

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 6
«17» 06 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**«Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний
пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»**

**по основной специальности: эндоскопия
по смежным специальностям: хирургия**

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная;

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки» обсуждена и одобрена на заседании кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Яковлев А.А.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Черкасов Михаил Федорович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии №4 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2. Ханамирова Ляйля Загидуловна, к.м.н., заведующая амбулаторно-поликлиническое отделение №1 и №3 клинко - диагностического центра «Здоровье», врач - гастроэнтеролог, врач - эндоскопист, главный внештатный эндоскопист г. Ростова-на-Дону.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии, факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А.

Состав рабочей группы:

№/ №	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.,	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;
ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт
ПС - профессиональный стандарт
ОТФ - обобщенная трудовая функция
ТФ - трудовая функция
ПК - профессиональная компетенция
ЛЗ - лекционные занятия
СЗ - семинарские занятия;
ПЗ - практические занятия;
СР - самостоятельная работа;
ДОТ - дистанционные образовательные технологии;
ЭО - электронное обучение;
ПА - промежуточная аттестация;
ИА - итоговая аттестация;
УП - учебный план;
АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- ст. 76, Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - эндоскопист» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 июля 2021г. № 471н, регистрационный номер 1253).
- Профессиональный стандарт «Врач - хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018г. № 743н, регистрационный номер 1224).
- ФГОС ВО по специальности 31.08.70 Эндоскопия утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014г. № 1113.
- ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014г. № 1110
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – эндоскопия

Смежные специальности – хирургия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Эндоскопия», «Хирургия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при эндоскопической диагностике и лечении заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Эндоскопия»: врачебная практика с применением эндоскопических методов диагностики.

Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Хирургия»: врачебная практика в области хирургии.

Уровень квалификации: 8

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач - эндоскопист» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 июля 2021г. № 471н., регистрационный номер 1253).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: (Проведение эндоскопических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи, медицинской помощи при санаторно-курортном лечении)	A/01.8	Проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта
Профессиональный стандарт 4: Профессиональный стандарт «Врач - хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018г. № 743н, регистрационный номер 1224).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «хирургия»	A/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	A/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Эндоскопическая диагностики и лечение заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.	готовность к: эндоскопической диагностики и лечению пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки с применением инновационных методов эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения	A/01.8 A/01.8 A/02.8
	должен знать: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки; стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки; методы эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения заболеваний пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные)	
	должен уметь: определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки; выявлять симптомы и синдромы осложнений,	

побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки; оценивать результаты, эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки.

должен владеть:

методиками эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения заболеваний пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки (медицинские показания и медицинские противопоказания; техника выполнения, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные);

оформлением заключения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;

методикой составления и обоснования план лечения пациента с заболеваниями пищевода желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка
и двенадцатиперстной кишки» в объёме 36 часов

№ №	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенст вуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Модуль 1 Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки															
1.1	Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	16	16		18	6		18	6	4					ПК-1	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	24		18	6		18	6	4						
	Итоговая аттестация	2														зачет
	Всего часов по программе	36	24	-	18	6		10	6	4						

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1 Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

Код	Наименование тем, элементов и т. Д.
1.1	Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»
1.1.1	Диагностика заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.1.1	Сбор и интерпретация жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.1.2	Проведение осмотра, интерпретация и анализ результатов осмотра пациента заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.1.3	Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.1.4	Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.1.5	Определение медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи
1.1.2	Эндоскопические вмешательства у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

1.1.2.1	эзофагогастродуоденоскопия флюоресцентная
1.1.2.2	увеличительное эндоскопическое исследование слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.3	конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.4	аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.5	узкоспектральное NBI-исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.6	эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в режиме интеллектуального цветового выделения (FICE)
1.1.2.7	хромоскопия, контрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.8	биопсия слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.9	видеоэндоскопическая колпачковая резекция слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.10	видеоэндоскопическая петлевая резекция слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.11	Видеоэндоскопическое лигирование основания малигнизированного полипа пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.2.12	эндоскопическая резекцию слизистой пищевода, желудка
1.1.2.13	аргоноплазменная абляция подслизистых опухолей (очагов метаплазии) пищевода
1.1.2.14	эндоскопическое удаление подслизистых образований желудка
1.1.2.15	эндоскопическое удаление полипов из пищевода
1.1.2.16	эндоскопическое удаление подслизистых образований

	пищевода
1.1.2.17	эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования пищевода, желудка
1.1.2.19	эндоскопическое облучение лазером при заболеваниях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки
1.1.2.20	Эндоскопическая аргонплазменная коагуляция при новообразованиях пищевода, желудка
1.1.2.21	эндоскопическую Nd:YAG лазерную коагуляцию при новообразованиях пищевода, желудка
1.1.2.22	эндоскопическую фотодинамическую терапию при новообразованиях пищевода, желудка
1.1.3	Симптомы и синдромы осложнения, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.4	Оценка результатов, эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
1.1.5	Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития
1.1.5.1	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий, пациентам с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
1.1.5.2	Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания

	медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
1.1.5.3	Направление пациента с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО и решения одной ситуационной задачи

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца локальным актом университета.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе

неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует
---------------------	---	---	---------------------------------------	-------------

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии), Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, литер Б-А	5 этаж эндоскопическое отделение, каб. № 511, каб. № 515,
2	ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» Минобороны России, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, д. 10.	эндоскопическое отделение каб № 6, каб № 7

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Помещение укомплектовано специализированной учебной мебелью: типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования, мультимедийный презентационный комплекс, компьютерная техника, подключенная к сети «Интернет» с обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.
2.	Помещения (эндоскопическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (Литер Б-А , 5 этаж)) эндоскопическое отделение: кабинет №515: помещения укомплектованы специализированной мебелью, гастроскоп ХQ – 40- 4 шт., дуоденоскоп JF1T - 40(с боковой оптикой), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс – видеогастроскоп GIF-Q160, видеогастроскоп GIF-H-180, Видеогастроскоп GIF-Q150, видеогастроскоп EG-250WR5, эндоскопический отсасыватель.
3	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, эндоскопическое отделения ФГКУ «1602 Военные клинический госпиталь» Министерства обороны РФ укомплектованы специализированной мебелью, облучатель бактерицидный, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, аргон-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, баллонный дилататор.

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр.
	Основная литература
1.	Эндоскопия желудочно-кишечного тракта: руководство / С.А. Блащенко, А.Г. Короткевич, Е.П. Селькова [и др] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 520с – Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2.	Эндоскопия. Базовый курс лекций / В.В. Хрячков, Ю.Н. Федосов, А.И.

	Давыдов [и др.].- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с - Доступ из ЭБС «Консультант врача».
	Дополнительная литература
1	Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии / Ч. Уилкокс, М. Муньос-Навас, Дж. Й. Санг; пер. с англ. Под ред. Е.Д. Федорова. – Москва: Рид Элсивер, 2010. - 483 с.
2	Анищук А. А. Эндоскопия - взгляд изнутри: учеб.-мед. пособие для практикующих врачей / А.А. Анищук. – Москва: МИА, 2008. - 240с.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opacg/
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.пф/
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems.	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	Univadis.ru: международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index
18	Рубрикатор клинических рекомендаций	http://cr.rosminzdrav.ru/

	Минздрава России.	
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальностям «Эндоскопия», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или

ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 75%

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/ совмещение)
	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Малаханов Сергей Николаевич	д.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» Минобороны России /ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Скуратов Андрей Владимирович	к.м.н.	Ассистент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Конорезов Алексей Михайлович	-	Ассистент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.**

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Возможности эндоскопической
диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и
двенадцатиперстной кишки» со сроком освоения 36 академических часов по
специальности «Эндоскопия», «хирургия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав.кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	Е-mail	gastro@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Эндоскопия
10	Учебный предмет	Эндоскопия
11	Учебный год составления	2025
12	Специальность	Эндоскопия, хирургия
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	«Возможности эндоскопической диагностики и лечения заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки»
15	Тема	1.1-1.1.5
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Эндоскопическим признаком хронической язвы желудка является		
	*		выраженный воспалительный вал вокруг		
			размер меньше 7 мм		
			рыхлые контуры		
			интактная слизистая вокруг		
1	1	2			
2			Выделение гастрина стимулируется		
	*		растяжением антрального отдела		
			голодом		
			ацидификацией антрального отдела		
			растяжением кардиального отдела желудка		
1	1	3			
3			Наиболее безопасно бужировать пищевод при рубцовых стенозах		
	*		по металлической струне – направителю полыми бужами		
			через рот вслепую		
			по нитке		
			под рентгенологическим контролем		
1	1	4			
4			Излюбленной локализацией гранулярного очагового гастрита является		
			свод желудка		
			кардиальный отдел		
			антральный отдел		
	*		задняя стенка тела желудка		
1	1	5			
5			Основной причиной развития пищевода Барретта является		
			нарушение регенерации слизистой оболочки		
			снижение местных защитных		

			механизмов		
			С хроническое воспаление		
	*		желудочно-пищеводный рефлюкс		
1	1	6			
6			Истончение складок слизистой свода и тела желудка указывает на нарушение кровотока в желудке		
	*		атрофический гастрит		
			кахексию		
			болезнь Менетрие		
1	1	7			
7			Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять через (в часах)		
			4-5		
			2-3		
	*		6-8		
			10-12		
1	1	8			
8			Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при синдроме Пламмера-Винсона		
	*		врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу		
			анемии Адиссона-Бирмера		
			склеродермии		
1	1	9			
9			К наиболее частым причинам кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта относят синдром Маллори-Вейсса		
	*		пептическую язву и стрессовую язву		
			варикозное расширение вен пищевода		
			распадающуюся опухоль		

1	1	10			
10			Под болезнью Менетрие понимают		
	*		грубую гипертрофию складок слизистой оболочки желудка		
			выраженный эрозивный рефлюкс-эзофагит		
			полипоз желудка		
			линейный разрыв слизистой желудка		
1	1	11			
11			Экспресс-тест на наличие хеликобактерной инфекции выполняют методом		
			количественного анализа		
			фенотипирования		
			иммунофлюоресценции		
	*		уреазной реакции		
1	1	12			
12			Эрозивный гастрит может быть вызван применением		
			резерпина		
			гастропротекторов		
			глицина		
	*		салицилатов		
1	1	13			
13			Повреждение слизистой оболочки пищевода, охватывающее более 75% окружности пищевода, согласно Лос-Анджелесской классификации, представляет собой степень		
			В		
			С		
			А		
	*		D		
1	1	14			
14			Сущность пероральной эндоскопической миотомии при ахалазии кардии заключается в		
	*		формировании тоннеля в		

			подслизистом слое		
			формировании тоннеля в слизистом слое		
			формировании тоннеля в мышечном слое		
			рассечении слизистой оболочки		
1	1	15			
15			Верхнее пищеводное кольцо Шацкого при аксиальной хиатальной грыже формируется за счет		
			тонуса верхнего пищеводного сфинктера (мышечного контрактильного кольца)		
	*		ограниченной растяжимости зоны кардии (слизистого кольца)		
			тонуса нижнего пищеводного сфинктера (мышечного контрактильного кольца)		
			ограниченной растяжимости зоны нижнего пищеводного сфинктера		
1	1	16			
16			1-й эхослой стенки желудка соответствует		
	*		поверхностным слоям слизистой оболочки		
			подслизистой оболочке		
			серозной оболочке		
			мышечной оболочке		
1	1	17			
17			Отсутствие источника кровотечения при эзофагогастродуоденоскопии с кровотечением в анамнезе по классификации Форреста соответствует		
			F I A		
			F II A		
	*		F III		
			F II B		

1	1	18			
18					
			Границей двенадцатиперстной и тонкой кишки является		
	*		связка Трейца		
			ободочная кишка		
			баугиниева заслонка		
			подвздошная кишка		
1	1	19			
19			Эффект аргонплазменной коагуляции обеспечивается за счет		
	*		электропроводящей плазмы		
			электропроводящего устройства		
			электропроводящей платы		
			электропроводящей системы		
1	1	20			
20			После заживления острой язвы		
			наблюдается рубцовое сужение просвета желудка		
			наблюдается умеренно выраженная деформация стенки		
			наблюдается значительная деформация стенки		
	*		деформация стенки желудка отсутствует		
1	1	21			
21			При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается ____ диафрагмы		
			на уровне		
			значительно ниже уровня		
			тотчас ниже уровня		
	*		значительно выше уровня		
1	1	22			
22			Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки чаще является признаком		
			умеренно выраженного воспаления		

	*		гемодинамических изменений в пищеварительную фазу		
			гиперпродукции соляной кислоты		
			острого гастрита		
1	1	23			
23			Безоары желудка могут осложняться		
			развитием стеноза привратника		
			ахалазией кардии		
	*		пилородуоденальной или кишечной		
			непроходимостью		
			неукротимой рвотой		
1	1	24			
24			Наибольшая складчатость слизистой		
			оболочки желудка выражена в		
			своде		
			кардии		
	*		теле		
			антруме		
1	1	25			
25			Пищевод взрослого человека в		
			среднем имеет длину (в см)		
			28-35		
			35-40		
	*		25-30		
			15-18		
1	1	26			
26			Риск аденокарциномы пищевода		
			увеличивается при размере сегмента		
			пищевода Барретта более (в см)		
			1		
			1,5		
			2		
	*		3		
1	1	27			
27			4-й эхослой стенки желудка		
			соответствует		
			слизистой оболочке		

	*		мышечной оболочке		
			серозной оболочке		
			подслизистой оболочке		
1	1	28			
28			Париетальные клетки фундальных желез желудка секретируют		
			соляную кислоту, желудочную липазу и прохимозин		
			пепсиноген и биогенные амины		
	*		соляную кислоту и внутренний фактор Кастла		
			пепсиноген, желудочную липазу и прохимозин		
1	1	29			
29			Чаще озлокачиваются ____ полипы желудка		
	*		аденоматозные		
			гиперпластические		
			лимфоидные		
			ювенильные		
1	1	30			
30			Наиболее частой локализацией раннего рака желудка является		
			задняя стенка		
			большая кривизна		
	*		малая кривизна		
			свод		

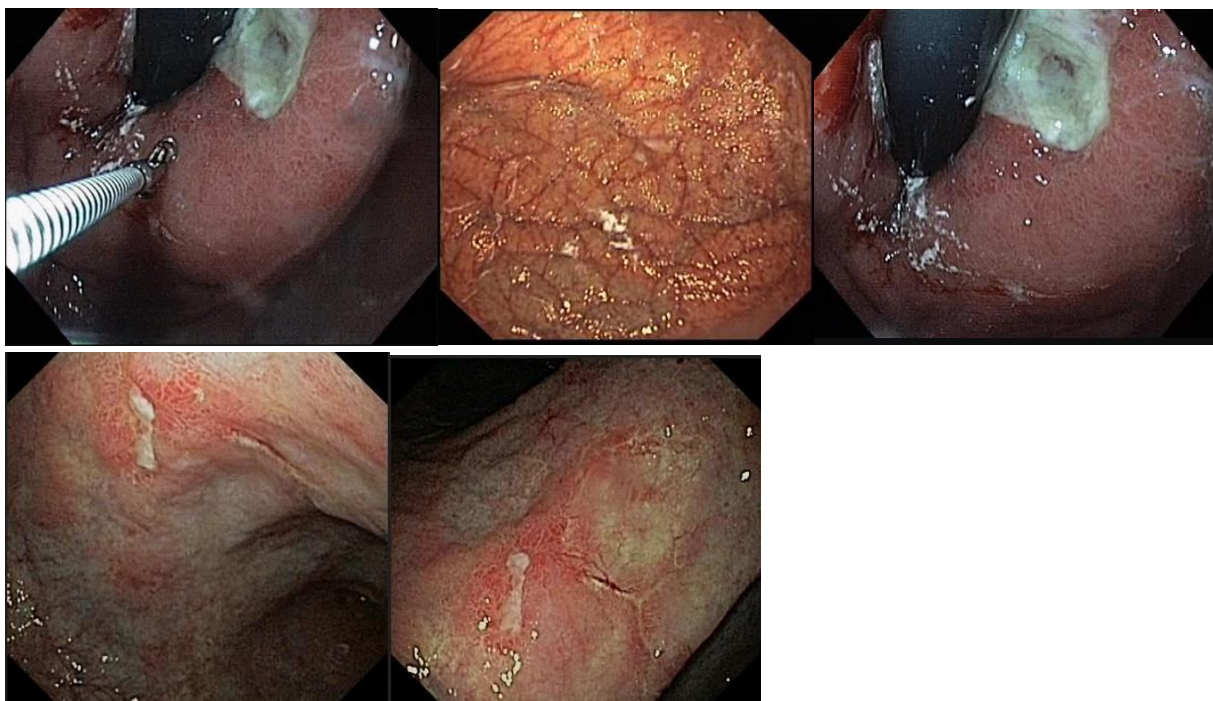
2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача №1.

Мужчина, 62 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные боли ноющего-давящего характера в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, чувство быстрого насыщения, тошноту, рвоту с примесью желчи не приносящую облегчение. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около ½ года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая антацидные препараты. Эффект от указанного лечения был

кратковременным. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 4 недель. Соблюдение диетического режима и прием антацидных препаратов не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 77 лет, страдает язвенной болезнью желудка; отец – умер в 65 лет от рака желудка. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 18 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови - Нв- 96 г/л, СОЭ -46 мм/час. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). При ЭГДС получены изображения

Уреазный тест слизистой желудка не проводился



ВОПРОСЫ:

1. Дайте правильное описание выявленных изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.

* А) Хронический атрофический гастрит. Две язвы желудка с локализацией в субкардиальном отделе и в области угла желудка. Хронический гастрит. Язвы желудка.

Хронический эрозивный гастрит. Язва тела желудка.

Б) Хронический атрофический гастрит. Две язвы желудка с локализацией в субкардиальном отделе и в области угла желудка.

В) Язвы желудка. Хронический эрозивный гастрит. Язва тела желудка.

Г) Две язвы желудка с локализацией в субкардиальном отделе и в области угла желудка. Хронический гастрит. Язвы желудка.

Хронический эрозивный гастрит. Язва тела желудка.

Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

* А) Заключение о хроническом атрофическом гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной окраски слизистой оболочки желудка, ее истончением и уплощением продольных складок с участками воспалительно измененной слизистой оболочкой («пестрая» слизистая оболочка), выраженная аркадная сеть подслизистых сосудов; заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы в субкардиальном отделе желудка и в области угла желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного овальной формы язвенного дефекта в субкардиальном отделе желудка (при инверсионном осмотре) и линейной формы язвы в области угла желудка. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована.

Б) Заключение о хроническом атрофическом гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной окраски слизистой оболочки желудка, ее истончением и уплощением продольных складок с участками воспалительно измененной слизистой оболочкой («пестрая» слизистая оболочка), линейной формы язвы в области угла желудка. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована.

В) Заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы в субкардиальном отделе желудка и в области угла желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного овальной формы язвенного дефекта в субкардиальном отделе желудка (при инверсионном осмотре) и линейной формы язвы в области угла желудка. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована.

Г) Заключение о хроническом атрофическом гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной

окраски слизистой оболочки желудка, ее истончением и уплощением продольных складок с участками воспалительно измененной слизистой оболочкой («пестрая» слизистая оболочка), выраженная аркадная сеть подслизистых сосудов.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

А) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) с целью выявления участков гиперфиксации красителя и прицельной биопсией
2. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уре-азный тест и определение АГ Н.р. в кале)

Б) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

1. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уре-азный тест и определение АГ Н.р. в кале)
2. биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования

В) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) с целью выявления участков гиперфиксации красителя и прицельной биопсией

* Г) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего:

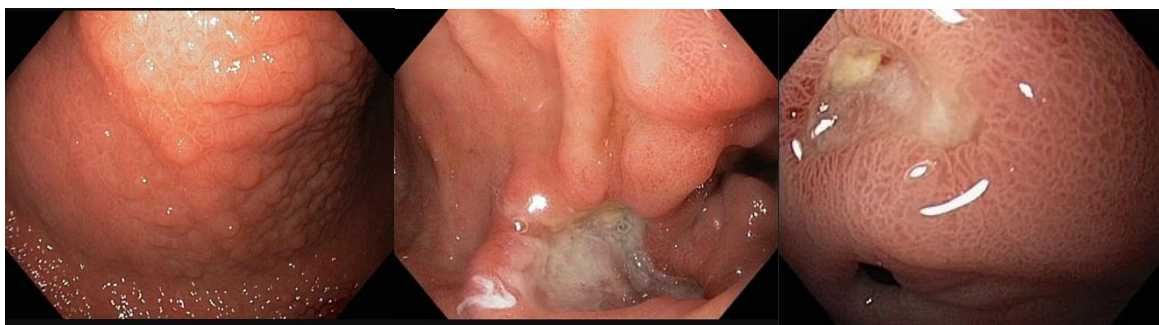
1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) с целью выявления участков гиперфиксации красителя и прицельной биопсией
2. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале)
3. биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования

Задача № 2

Мужчина, 36 лет, обратился к врачу с жалобами на приступы острых болей в правом подреберье с правосторонней полуопоясывающей иррадиацией, возникающие через 1,5-2 часа приема пищи, чувство быстрого насыщения, тошноту, рвоту с примесью пищи, принятой накануне. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая

антацидные препараты. Эффект от указанного лечения был кратковременным. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 6 недель. Соблюдение диетического режима и прием антацидных препаратов не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 59 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 21 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 130/75 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). При ЭГДС получены изображения



ВОПРОСЫ:

Дайте правильное описание выявленных при ЭГДС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение.

А) Две язвы с локализацией на малой и большой кривизне препилорического отдела желудка. Язвы желудка Хронический эрозивный гастрит. Язва привратника

В) Две язвы с локализацией на малой и большой кривизне препилорического отдела желудка.

С) Хронический гастрит. Язвы желудка Хронический эрозивный гастрит. Язва привратника

*Д) Хронический Н.р. ассоциированный гастрит. Две язвы с локализацией на малой и большой кривизне препилорического отдела желудка. Рубцово-

язвенная деформация выходного отдела желудка 2 ст. Хронический гастрит. Язвы желудка Хронический эрозивный гастрит. Язва привратника
Е) Хронический Н.р. ассоциированный гастрит. Две язвы с локализацией на малой и большой кривизне препилорического отдела желудка. Рубцово-язвенная деформация выходного отдела желудка 2 ст.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

А) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы на большой кривизне препилорического отдела желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного неправильно овальной формы язвенного дефекта на большой кривизне препилорического отдела и округлой формы язвы на малой кривизне препилорического отдела. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином.

*В) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы на большой кривизне препилорического отдела желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного неправильно овальной формы язвенного дефекта на большой кривизне препилорического отдела и округлой формы язвы на малой кривизне препилорического отдела. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована. Определяется конвергенция складок с передней стенки и малой кривизны антрального отдела желудка с формированием деформации стенки желудка и привратника.

С) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы на большой кривизне препилорического отдела желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного неправильно овальной

формы язвенного дефекта на большой кривизне препилорического отдела и округлой формы язвы на малой кривизне препилорического отдела.

Д) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе.

Е). Заключение о язвенной болезни желудка с локализацией язвы на большой кривизне препилорического отдела желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного неправильно овальной формы язвенного дефекта на большой кривизне препилорического отдела и округлой формы язвы на малой кривизне препилорического отдела. Дно язвенных дефекты заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована. Определяется конвергенция складок с передней стенки и малой кривизны антрального отдела желудка с формированием деформации стенки желудка и привратника.

3) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

А) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

- биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования биопсию из краев язвенных дефектов препилорического отдела желудка

*В) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

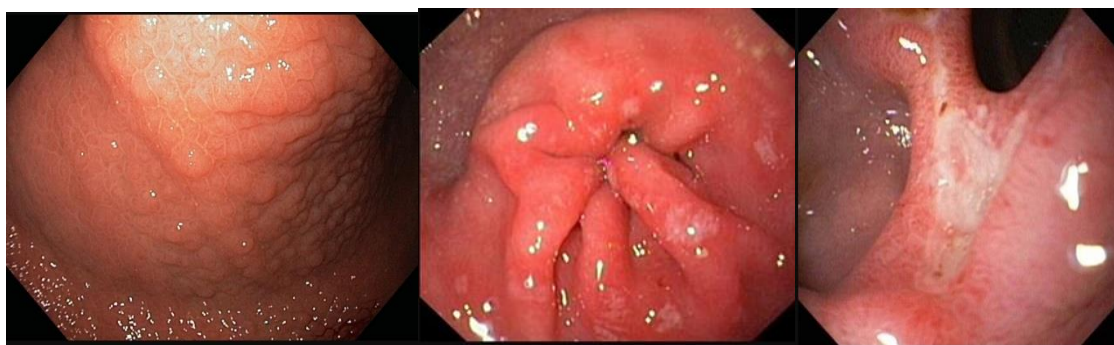
1. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале),
2. биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования биопсию из краев язвенных дефектов препилорического отдела желудка.

С) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее: тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уре-азный тест и определение АГ Н.р. в кале).

Задача №3

Мужчина, 23 лет, обратился к врачу с жалобами на периодические резкие, острые, приступообразные боли в эпигастральной области, сопровождающиеся ощущением жжения, возникающие через 1,5-2 часа приема пищи, изжогу, чувство быстрого насыщения. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области впервые возникли около года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая

антацидные препараты и спазмолитики. Эффект от указанного курсового лечения был положительным. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики возникло около 3-х недель. Соблюдение диетического режима, прием антацидных препаратов не привело к улучшению самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 53 лет, страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки; отец – умер в 58 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 83 уд. в мин., АД – 110/65 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). При ЭГДС получены изображения:



ВОПРОСЫ:

Дайте правильное описание выявленных при ЭГДС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение

*А) Хронический Н.р. ассоциированный гастрит с единичными эрозиями в антральном отделе желудка. Язва большой кривизны луковицы 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки Хронический гастрит. Язва 12 перстной кишки Хронический эрозивный гастрит. Язва луковицы 12 перстной кишки.

Б) Язва большой кривизны луковицы 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки Хронический гастрит. Язва 12 перстной кишки Хронический эрозивный гастрит. Язва луковицы 12 перстной кишки.

В) Хронический Н.р. ассоциированный гастрит с единичными эрозиями в антральном отделе желудка. Язва большой кривизны луковицы 12 перстной

кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки
Хронический гастрит.

Г) Хронический Н.р. ассоциированный гастрит с единичными эрозиями в антральном отделе желудка.

Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

*А) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; множество поверхностных дефектов, размерами от 0,2-0,3 до 0,5 см, расположенных, как на высоте утолщенных складок в антральном и препилорическом отделах, так и в межскладочном пространстве; множестве очагов лимфоидной гиперплазии в антральном отделе желудка. Заключение о язвенной болезни 12 перстной кишки с локализацией язвы на передней стенке луковицы 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного треугольной формы язвенного дефекта на передней стенке луковицы 12 перстной кишки. Дно язвы заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована. Определяется конвергенция складок с передней стенки и малой кривизны с формированием деформации стенки луковицы 12 перстной кишки

Б) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; множество поверхностных дефектов, размерами от 0,2-0,3 до 0,5 см, расположенных, как на высоте утолщенных складок в антральном и препилорическом отделах, так и в межскладочном пространстве; множестве очагов лимфоидной гиперплазии в антральном отделе желудка. Заключение о язвенной болезни 12 перстной кишки с локализацией язвы на передней стенке луковицы 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного треугольной формы язвенного дефекта на передней стенке луковицы 12 перстной кишки.

В) Заключение о хроническом Н.р. ассоциированном антральном гастрите установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: гиперемия и отек слизистой оболочки антрального отдела желудка с формированием утолщенных продольных складок в препилорическом отделе; множество поверхностных дефектов, размерами от 0,2-0,3 до 0,5 см, расположенных, как на высоте утолщенных складок в антральном и препилорическом отделах,

так и в межскладочном пространстве; множество очагов лимфоидной гиперплазии в антральном отделе желудка.

Г) Заключение о язвенной болезни 12 перстной кишки с локализацией язвы на передней стенке луковицы 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие углубленного треугольной формы язвенного дефекта на передней стенке луковицы 12 перстной кишки. Дно язвы заполнено белым фибрином. Края приподняты, слизистая оболочка по периметру углубленного образования гиперемирована. Определяется конвергенция складок с передней стенки и малой кривизны с формированием деформации стенки луковицы 12 перстной кишки.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

*А) тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале) биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования.

Б) биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования

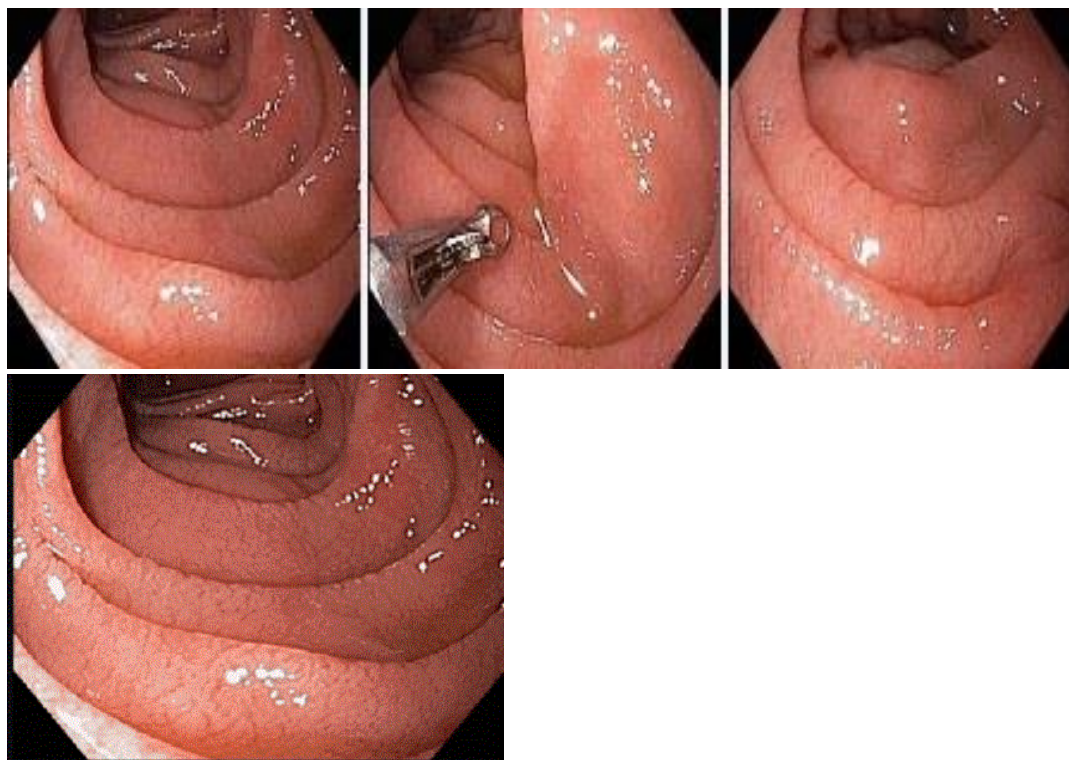
В) тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале) биопсию слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Задача № 4.

Мужчина, 18 лет, обратился к врачу с жалобами на диарею до 4-5 раз в день без примеси слизи и крови, метеоризм, флатуленцию, снижение массы тела, общую слабость. Из анамнеза известно, что нарушение стула и симптомы кишечной диспепсии с детского возраста. Лечился у педиатра и гастроэнтеролога с переменным успехом. Ухудшение самочувствия с появлением вышеуказанной симптоматики и прогрессирующей потери массы тела возникло около 10 недель. Соблюдение диетического режима и прием спазмолитиков не сопровождалось улучшением самочувствия. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – 50 лет, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 63 лет от острого инфаркта миокарда. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 16 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 110/55 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области

отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. В общем анализе крови - Нв- 102 г/л, СОЭ - 16 мм/час. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

При ЭГДС получены изображения



Уреазный тест слизистой желудка не проводился

ВОПРОСЫ:

Дайте правильное описание выявленных при ЭГДС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение

* А) Атрофия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, характерная для глютенной энтеропатии. Хронический дуоденит. Хронический дуоденит. Косвенные признаки хронического панкреатита.

Б) Косвенные признаки хронического панкреатита.

В) Хронический дуоденит. Косвенные признаки хронического панкреатита.

Г) Атрофия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, характерная для глютенной энтеропатии.

Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

* А) Заключение об атрофии слизистой оболочки 12 перстной кишки, характерной для глютеновой энтеропатии установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной окраски слизистой оболочки 12 перстной кишки с ее истончением, исчезновением бархатистости слизистой оболочки, обусловленной нормальной структурой ворсинчатого эпителия, уплощением типичных циркулярных складок.

Б) Заключение об атрофии слизистой оболочки 12 перстной кишки, характерной для глютеновой энтеропатии установлено на основании типичных эндоскопических маркеров: сочетание бледной окраски слизистой оболочки 12 перстной кишки с ее истончением.

В) Заключение об атрофии слизистой оболочки 12 перстной кишки, характерной для глютеновой энтеропатии установлено на основании типичных эндоскопических маркеров.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

*А) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хродуоденоскопию с витальными красителями (0,1% раствор индигокармина) с целью уточнения структуры слизистой оболочки, прицельную полисегментарную биопсию слизистой оболочки 12 перстной кишки с морфологическим исследованием.

Б) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хродуоденоскопию с витальными красителями (0,1% раствор индигокармина).

В) Прицельную полисегментарную биопсию слизистой оболочки 12 перстной кишки с морфологическим исследованием.

Задача № 5

Мужчина, 67 лет, обратился к врачу с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, снижение аппетита, тошноту, рвоту с примесью пищи, принятой накануне, субфебрильную лихорадку преимущественно в вечернее время. Из анамнеза известно, что эпизоды болей в животе, возникающие после приема пищи впервые возникли около 1 года назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая спазмолитики. Ухудшение в течение последних 3-х недель с усиления болей в животе, рвоты и снижение аппетита. Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 76 лет о хронической

почечной недостаточности, отец – умер в 68 года от рака желудка. При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 150/90мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, где пальпируется опухолевидное образование. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При лабораторном обследовании мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

В общем анализе крови: СОЭ - 64мм/час, Нв - 90 г/л. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

При ЭГДС получены изображения



ВОПРОСЫ:

Дайте правильное описание выявленных ЭГДС изменений с использованием принятой эндоскопической терминологии и сформулируйте наиболее вероятное эндоскопическое заключение

А). Инфильтративно-язвенная форма рака 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы и проксимального отдела 12 перстной кишки 2 ст. Язва 12 перстной кишки.

*В) Инфильтративно-язвенная форма рака 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы и проксимального отдела 12 перстной кишки 2 ст. Язва 12 перстной кишки Язва луковицы 12 перстной кишки. Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки.

С) Язва луковицы 12 перстной кишки. Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки.

Д) Инфильтративно-язвенная форма рака 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы и проксимального отдела 12 перстной кишки 2 ст.

Е) Язва 12 перстной кишки Язва луковицы 12 перстной кишки. Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки.

2. Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

А) **Эталон ответа:** Заключение о инфильтративно-язвенной форме рака 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- в дне язвенного дефекта фибрин и мелкобугристая опухолевая ткань грубая деформация просвета 12 перстной кишки

*В) **Эталон ответа:** Заключение о инфильтративно-язвенной форме рака 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие неправильной формы углубленного образования на нижней полуокружности 12 перстной кишки с неравномерно приподнятыми, бугристыми краями гиперемией слизистой оболочки по периметру углубленного образования.
- в дне язвенного дефекта фибрин и мелкобугристая опухолевая ткань грубая деформация просвета 12 перстной кишки

С) **Эталон ответа:** Заключение о инфильтративно-язвенной форме рака 12 перстной кишки установлено на основании типичных эндоскопических признаков:

- наличие неправильной формы углубленного образования на нижней полуокружности 12 перстной кишки с неравномерно приподнятыми, бугристыми краями гиперемией слизистой оболочки по периметру углубленного образования.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

А) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя.
2. проведение рентгеноскопии пищевода, желудка и 12 перстной кишки с целью уточнения состояния 12 перстной кишки и исключения инфильтрации стенки 12 перстной кишки в зоне локализации углубленного дефекта;

*В) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя

2. проведение рентгеноскопии пищевода, желудка и 12 перстной кишки с целью уточнения состояния 12 перстной кишки и исключения инфильтрации стенки 12 перстной кишки в зоне локализации углубленного дефекта;
3. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале)

СРКТ с контрастированием

С) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

1. проведение рентгеноскопии пищевода, желудка и 12 перстной кишки с целью уточнения состояния 12 перстной кишки и исключения инфильтрации стенки 12 перстной кишки в зоне локализации углубленного дефекта;

СРКТ с контрастированием.

Д) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

1. хромогастроскопию с витальными красителями (0,5% раствор метиленового синего) и прицельной биопсией из зон гиперфиксации витального красителя.

2. тестирование Н.р. как минимум 2-мя неинвазивными тестами (дыхательный уреазный тест и определение АГ Н.р. в кале), СРКТ с контрастированием.

Е) Пациенту рекомендовано проведение СРКТ с контрастированием.