

**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 2025 г.

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

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**«Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях
билиопанкреатической системы»**

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

Трудоемкость: 36часов

Форма освоения: очная;

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы» 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 клинико - диагностического центра «Здоровье», врач - гастроэнтеролог, врач - эндоскопист, главный внештатный эндоскопист г. Ростова-на-Дону.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы» (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.

- статья 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 билиопанкреатической системы»

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 представить 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. N 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. N 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
В: Оказание специализированной медицинской помощи	B/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или)

в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия»		состояний и установления диагноза
	В/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 билиопанкреатической системы	готовность к: эндоскопической диагностики и лечению пациентов с заболеваниями билиопанкреатической системы с применением инновационных методов эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения	A/01.8 A/01.8 A/02.8 B/01.8 B/02.8
	должен знать: клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями билиопанкреатической системы; стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями билиопанкреатической системы; методы эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения заболеваний билиопанкреатической системы (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 билиопанкреатической системы в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи;

выполнять эндоскопические вмешательства у пациентов с билиопанкреатической системы;

выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями

билиопанкреатической системы;

оценивать результаты, эффективность и безопасность проведения эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями

билиопанкреатической системы

должен владеть:

методиками эндоскопической диагностики и эндохирургического лечения заболеваний

билиопанкреатической системы (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 билиопанкреатической системы 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
«Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы» в объеме 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	Совершенствуемые 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 Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы															
1.1	Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы	34	18		18			16	6	10					ПК-1	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	18		18			16	6	10						
	Итоговая аттестация	2														зачет
	Всего часов по программе	36	18	-	18	-		16	6	10						

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 Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Систематика и семиология 12 перстной кишки
1.2	РХПГ
1.2.1	Необходимое оснащение и дезинфекция оборудования
1.2.2	Показания противопоказания.
1.2.3	Подготовка пациента
1.2.4	Техника выполнения диагностической и лечебной ЭРХПГ
1.2.5	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
1.2.5.1	Детали и тонкости в визуальном восприятии
1.2.6	Осложнения
1.2.7	Экстракция конкрементов и дренирующие вмешательства
1.2.8	Дилатация стриктур
1.2.9	Удаление и замена пластикового стента
1.2.10	Эндоскопические транспапиллярные вмешательства
1.2.11	Клиническое значение эндоскопических транспапиллярных вмешательств
1.2.12	Эндоскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы и стентирование свищей панкреатического протока
1.2.13	Эндоскопическая папилэктомия

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 (в АС ДПО)

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 XQ – 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. Уилкоккс, 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 / <u>Open Journal Systems</u> .	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 Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
	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	д.м.н.	Доцент кафедры	ФГКУ "1602 военный

	Сергей Николаевич		гастроэнтерологии и эндоскопии	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 «Диагностическая и лечебная
эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы» со сроком
освоения 36 академических часов по специальности «эндоскопия»,
«хирургия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной пере-подготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав.кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	E-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	Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях билиопанкреатической системы
15	Тема	1.1-1.2.13
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Эндоскопическое лечение опухолей холедоха осуществляется		
			реканализацией лазером		
			фотодинамической терапией		
			криодеструкцией		
	*		бужированием с последующим стентированием		
1	1	2			
2			При ретроградной панкреатохолангиографии на рентгенограмме терминальный отдел расширенного холедоха в виде «клешни» говорит о		
			стенозирующем раке		
			стриктуре		
			папиллите		
	*		холедохолитиазе		
1	1	3			
3			Макроскопические признаки стеноза БДС при холедохоскопии		
			сосуды подслизистого слоя холедоха расширены, диаметр холедоха расширен		
			интрамуральная часть холедоха мешковидно расширена, сосуды подслизистого слоя холедоха расширены		
			терминальный отдел холедоха расширяется при нагнетании жидкости, продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются		
	*		продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются, отверстие сфинктера Одди не определяется		
1	1	4			

4			Макроскопические признаки фибринозной формы холангита		
			рубцы на слизистой оболочке холедоха, сосудистый рисунок не прослеживается		
			«моторная» игра сфинктера Одди не прослеживается, ирригационная жидкость прозрачная, без дополнительных включений		
	*		сосуды подслизистого слоя холедоха не прослеживаются, на стенках пленки фибрина		
			на стенках желчных протоков пленки фибрина, «моторная» игра сфинктера Одди хорошо видна		
1	1	5			
5			Наиболее характерным эндоскопическим признаком хронического склерозирующего холангита является		
	*		полное исчезновение продольных складок слизистой в терминальном отделе холедоха		
			наличие в просвете мутной желчи с примесью замазкообразных масс		
			сероватый цвет слизистой холедоха с наличием на ней различной выраженности рубцов		
			эрозирование слизистой оболочки дистальных отделов холедоха		
1	1	6			
6			Слизистая оболочка желчных протоков при холедохоскопии в норме характеризуется		
	*		зеленоватым цветом, блеском, отсутствием сосудистого рисунка		
			желто-розовым цветом, бархатистостью, нежным сосудистым рисунком		
			зеленоватым цветом, бархатистостью, нежным сосудистым рисунком		

			бледно-розовым цветом, бархатистостью, отсутствием сосудистого рисунка		
1	1	7			
7			Устье желчных протоков при холедохоскопии в норме имеют округлую форму и меняют свой размер при нагнетании жидкости		
			щелевидную форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости		
	*		округлую форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости		
			щелевидную форму и меняют свой размер при нагнетании жидкости		
1	1	8			
8			Показанием к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии является калькулезный холецистит		
	*		подозрение на заболевание протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей		
			дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой		
			эхинококкоз печени		
1	1	9			
9			Профилактика развития острого панкреатита после эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии служит		
			глубокое введение катетера в вирсунгов проток		
			промывание протоковой системы в конце исследования хлоргексидином		
			введение охлажденного контрастного вещества		

	*		назначение при необходимости антибактериальных препаратов, спазмолитиков и антиферментов		
1	1	10			
10			Противопоказанием к проведению ретроградной панкреатохолангиографии в плановом порядке является		
			повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам		
	*		острый панкреатит и обострение хронического панкреатита		
			острый холецистит		
			механическая желтуха		
1	1	11			
11			Количество контрастного вещества, вводимого в главный панкреатический проток, не должно превышать (в мл)		
			15		
			25		
			20		
	*		5		
1	1	12			
12			Проведение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (эрпхг) показано при		
			калькулезном холецистите		
			дифференциальном диагнозе между инфекционной и механической желтухой		
	*		подозрении на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей		
			эхинококкозе печени		
1	1	13			
13			При ЭРХПГ на рентгенограмме терминальный отдел расширенного		

			холедоха в виде «клешни» говорит о		
			стриктуре		
			стенозирующем раке		
			папиллите		
	*		холедохолитиазе		
1	1	14			
14			Противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются:		
			стеноз устья протока поджелудочной железы		
	*		тубуляторный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части холедоха		
			крупные камни общего желчного протока (1-2 см)		
			околососочковые дивертикулы		
1	1	15			
15			Профилактикой развития острого панкреатита после ЭРХПГ служит		
			глубокое введение катетера в вирсунгов проток		
	*		назначение при необходимости		
			антибактериальных препаратов, спазмолитиков и антиферментов		
			промывание протоковой системы в конце исследования хлоргексидином		
1	1	16			
16			Эндоскопическую папиллосфинктеротомию в нашей стране впервые произвел:		
			В.В.Виноградов и др. в 1975 г		
	*		Д.Ф.Благовидов и др. в 1976 г		
			Ю.М.Панцырев и др. в 1977 г		
			А.С.Балалыкин и др. в 1979 г		

1	1	17			
17			Профилактика постманипуляционного панкреатита при ЭРПХГ включает		
	*		стентирование панкреатического протока		
			стентирование желчного протока		
			аспирацию секрета		
			минимальное введение контрастного вещества		
1	1	18			
18					
			При анатомической невозможности канюляции для ЭРХПГ обычно выполняют		
	*		антеградную папиллотомию		
			баллонную дилатацию		
			стентирование		
			предрассекающую папиллотомию		
1	1	19			
19			Показанием к проведению ЭРХПГ является		
	*		подозрение на кисту поджелудочной железы		
			калькулезный холецистит		
			подозрение на заболевания протоковой -системы поджелудочной железы и желчных путей		
			дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой		
1	1	20			
20			Контрастное вещество при		

			выполнении ЭРХПГ должно быть		
			комнатной температуры		
			охлаждённым до 10-12°C		
	*		подогретым до 37°C		
			подогретым до 50°C		
1	1	21			
21			К противопоказаниям проведения ЭРПХГ в плановом порядке относят		
			острый холецистит		
			повышенную чувствительность к - йодсодержащим препаратам		
	*		пилоростеноз		
			механическую желтуху		
1	1	22			
22			ЭРПХГ необходимо выполнять - в		
			рентгенологическом кабинете		
			в кабинете гастроскопии		
	*		рентгенооперационной		
			эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгентелевизионной установкой		
1	1	23			
23			Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) является все перечисленное, кроме:		
			холедохолитиаза после холецистэктомии		
			доброкачественного ограниченного папиллярного стеноза		
	*		протяженного стеноза общего желчного протока		
			синдрома слепого мешка после холедоходуоденоанастомоза		

1	1	24			
24			Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано при:		
			остром холецистите		
			хроническом рецидивирующем холецистите		
	*		посттравматической гемобилии		
			осложненном холангите		
1	1	25			
25			Относительными противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, за исключением:		
	*		стеноза устья вирсунгова протока		
			крупных камней холедоха		
			нарушения свертываемости крови		
			хронической дуоденальной непроходимости		
1	1	26			
26			Этапы подготовки больного к эндоскопической папиллосфинктеротомии включают все перечисленное, кроме:		
			лечения системных нарушений		
	*		лапароскопии		
			психоэмоциональной подготовки больного		
			подготовки кишечника к контрастному исследованию		
1	1	27			
27			К препаратам, применяемым в качестве премедикации перед папиллосфинктеротомией, относятся все перечисленные, кроме:		
			промедола		
			атропина		
			но-шпы		

	*		эфедрина		
1	1	28			
28			К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением:		
			кровотечения из области разреза		
			ретроперитонеальной перфорации		
			острого панкреатита		
			холангита		
	*		дуоденостаза		
1	1	29			
29			Для извлечения камней из желчных протоков после эндоскопической папиллосфинктеротомии используются:		
	*		петля Дормиа		
			папиллотом		
			биопсионные щипцы		
			трехзубый грейфер		
			инструмент типа «крысиный зев»		
1	1	30			
30			Контрольное эндоскопическое исследование после эндоскопической папиллосфинктеротомии проводится через:		
			сутки		
			2-3 дня		
	*		2 недели		
			30 дней		
			5-7 дней		

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

Задача №1.

Женщина 42 лет осмотрена хирургом и направлена на УЗИ органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопию. Жалобы: на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, осветление стула. Анамнез заболевания: в течение 2 недель отмечала периодические приступы тянущих болей в правом

подреберье, сутки назад отметила желтизну склер и кожных покровов, потемнение мочи, вызвала бригаду СМП, госпитализирована в хирургический стационар, в общем анализе крови уровень гемоглобина 132 г/л, лейкоцитоз не отмечается, в биохимическом анализе крови обращает на себя внимание повышение уровня общего билирубина до 124 мкмоль/л, прямого билирубина до 82 мкмоль/л, по данным УЗИ отмечается умеренное расширение внепеченочных желчных протоков, дистальные отделы общего желчного протока не визуализируются, в просвете желчного пузыря большое количество мелких конкрементов, стенки утолщены, печень не увеличена, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, паренхима поджелудочной железы неоднородная. Анамнез жизни: хронические заболевания: отрицает, употребление алкоголя и курение: отрицает, операции: отрицает, гемотрансфузий не было, семейный анамнез не отягощен, аллергия на лекарства: отрицает, гинекологический анамнез: 1 беременность, 1 роды. Объективный статус: общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров желтушной окраски, сухой, теплый, чистый. Видимые слизистые иктеричные, без катаральных явлений, нормальной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах, симптом Кера-Мерфи слабopоложительный, перитонеальные симптомы отрицательные. Диагноз – механическая желтуха. Оклюзия конкрементом большого сосочка двенадцатиперстной кишки

ВОПРОСЫ:

1. У данной пациентки при стандартной эзофагогастродуоденоскопии могут быть выявлены изменения в двенадцатиперстной кишке в виде

А) наличия в просвете двенадцатиперстной кишки большого количества пенящейся желчи

Б) наличия темно-коричневого геморрагического содержимого на стенках двенадцатиперстной кишки

В) наличия на слизистой стенок двенадцатиперстной кишки высыпаний по типу «манной крупы»

* Г) отсутствия в просвете двенадцатиперстной кишки желчи

2. Стандартную эзофагогастродуоденоскопию необходимо дополнить таким эндоскопическим методом как

А) эндосонография

Б) колоноскопия

В) бронхоскопия

* Г) дуоденоскопия

3. При выполнении дуоденоскопии у данной пациентки в первую очередь необходимо визуализировать в двенадцатиперстной кишке

А) слизистую луковицы

Б) малый сосочек

***В) большой сосочек**

4. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо выполнить

А) осмотр в узко спектральном свете

***Б) биопсию зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки**

В) забор содержимого двенадцатиперстной кишки для микробиологического исследования.

5. Данной пациентке необходимо выполнить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, в ходе которой произвести

А) баллонной дилатацию большого сосочка двенадцатиперстной кишки

Б) эндоскопическую септотомию

В) папиллэктомию

*** Г) папиллосфинктеротомию и литоэкстракцию**

6. При проведении литоэкстракции необходим такой инструмент как

***А) корзинка Дормиа**

Б) торцевой папиллотом

В) баллонный дилататор

Г) луковидный папиллотом

7. В случае безуспешных попыток канюляции устья большого сосочка двенадцатиперстной кишки необходимо

***А) выполнить атипичную папиллосфинктеротомию**

Б) выполнить папиллэктомию

В) выполнить мукозэктомию

Г) прекратить вмешательство

8. Помимо эндоскопической папиллосфинктеротомии в случае невозможности литоэкстракции следует применить

***А) баллонную дилатацию зоны папиллотомии**

Б) пункцию желчного протока под контролем эндосонографии

В) стентирование общего желчного протока

Г) папиллэктомию

9. Показаниям к стентированию общего желчного протока у данной пациентки относится

***А) невозможность литокэстракции после папиллотомии и баллонной дилатации**

Б) наличие сладжа в поступающей в просвет двенадцатиперстной кишки желчи

В) контрастирование главного панкреатического протока

Г) проведение струны в главный панкреатический проток

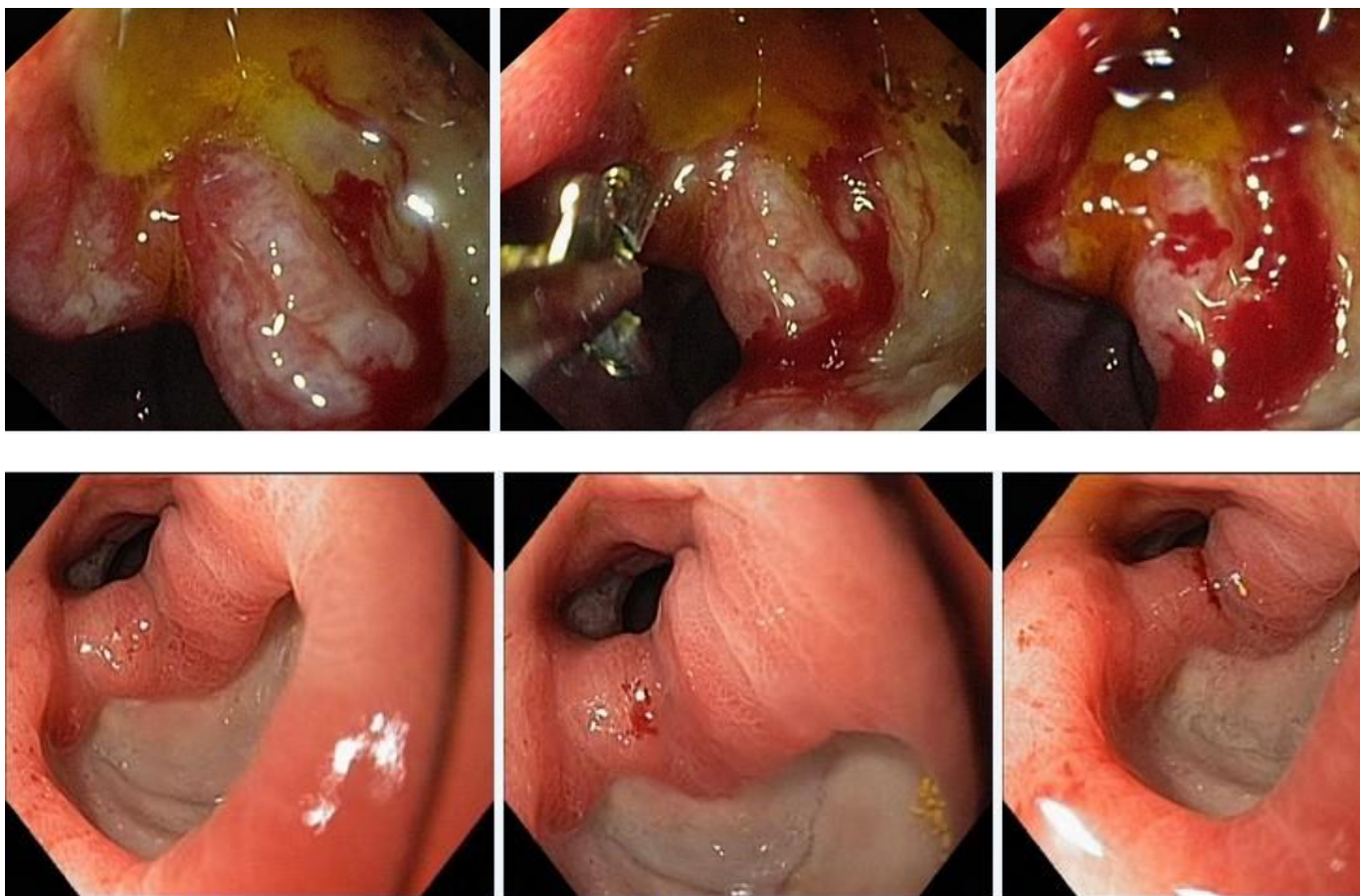
Задача № 2

Мужчина, 54 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразную боль в правом подреберье с полуопоясывающей иррадиацией в спину, возникающую после погрешности в диете, желтушность кожных покровов, темный цвет мочи. Вышеуказанная симптоматика, нередко сопровождается тошнотой, гиперсаливацией и рвотой с примесью пищи.

Из анамнеза известно, что эпизоды болей в эпигастральной области и правом подреберье впервые возникли около 4-х лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая спазмолитические препараты с положительным клиническим эффектом. Ухудшение состояния в течение последних 2-х недель. Соблюдение диетического режима, спазмолитиков не привело к уменьшению симптоматики, сохранялись боли в правой половине живота, усиливающиеся после еды. Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 72 года, страдает желчекаменной болезнью; отец – умер в 64 года от рака желудка. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, желтушной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд. в мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Желчепузырные симптомы сомнительные

При лабораторном обследовании: общий анализ крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей. При биохимическом исследовании крови: билирубин общий 47 ммоль/л, непрямой – 20 ммоль/л, ГГТП – 450 Ед, щ.фосфатаза 172 ммоль/л, холестерин 7,8 ммоль/л. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии с осмотром БДС (ЭГДС).

При ЭГДС получены изображения



ВОПРОСЫ:

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

Ответ: Антральный поверхностный гастрит с острыми эрозиями. Дуоденогастральный рефлюкс. Язва постбульбарного отдела 12 перстной кишки. Парафатеральный дивертикул с признаками дивертикулита. Катаральный папиллит.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ: Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее: УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы; СРКТ с в/в болюсным контрастированием (зона интереса 12 перстная кишка, головка поджелудочной железы, внепеченочные желчные протоки); тестирование на Н.р. (2 неинвазивных метода)

Обоснуйте базовый лечебный препарат, длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

Ответ: Базовыми препаратами для лечения больного с язвенной болезнью 12 перстной кишки являются: ИПП (рабепразол, пантопразол, омепразол) и препараты висмута (де нол) - 4 недели. При положительных тестах на Н.р. включение 2-х антибиотиков (амоксциллина и кларитромицина) длительностью 14 дней. Длительность первичного курса медикаментозной терапии должна составлять не менее 4 недель с проведением повторного эндоскопического исследования с ревизией области язва постбульбарного отдела и зоны БДС.

Задача №3

Мужчина, 37 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные боли в эпигастриальной области без иррадиации, сопровождающиеся слабостью, ощущением жара, сердцебиением, диареей.

Из анамнеза известно, что вышеуказанная симптоматика впервые возникли около 3 лет назад. Не обследовался, лечился самостоятельно, соблюдая диету и принимая спазмолитики. Ухудшение в течение последних 6-х недель с учащения приступов болей в эпигастрии, сопровождающихся общими симптомами (слабость, ощущение жара в теле, сердцебиение) и диареей. Дважды отмечал изменение цвета стула - дегтеобразный стул.

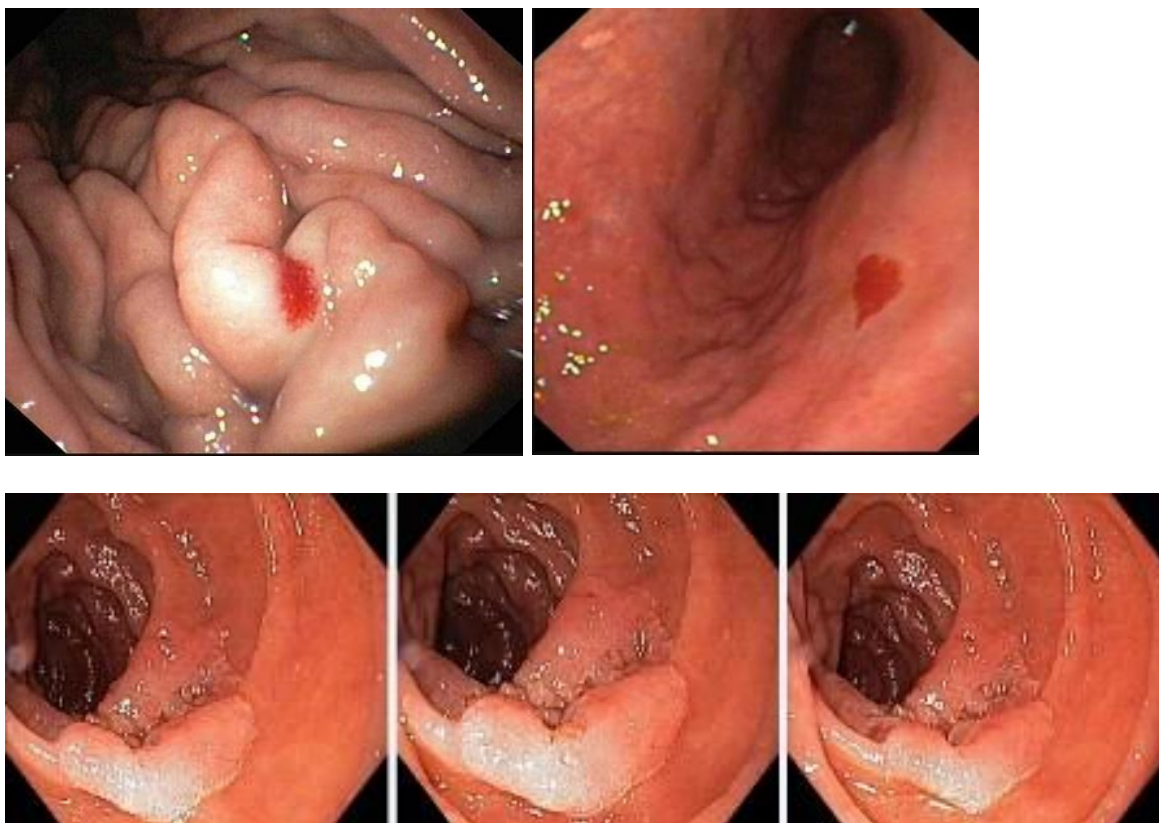
Учитывая выраженный болевой абдоминальный синдром обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Семейный анамнез: мать – умерла в 66 лет о хронической почечной недостаточности, отец – умер в 74 года от рака желудка.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. ИМТ – 21 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 уд. в мин., АД – 130/80мм рт. ст. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. 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 - 24мм/час, Нв -120 г/л. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии ЭГДС).

При ЭГДС получены изображения





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

Обоснуйте поставленное Вами эндоскопическое заключение

Ответ: Солитарное полиповидное образование 2 типа большой нижней трети тела желудка (карциноидный полип). Артериовенозная мальформация (большая кривизна тела желудка и задняя стенка антрального отдела желудка). Состояние после желудочно-кишечного кровотечения Forrest J.A. III. Солитарное полиповидное образование 12 перстной кишки 1 типа. Полип желудка. Острые эрозии желудка. Полип 12 перстной кишки. Полипоз желудка. Эрозивный гастрит. Рубцовая деформация луковицы 12 перстной кишки.

Обоснование эндоскопического заключения:

- Заключение о наличии полиповидного образования (карциноидный полип) 2 типа большой кривизны желудка установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие выступающего образования с ярко-красной верхушкой, короткой, тонкой подвижной ножкой на высоте продольной складки большой кривизны средней трети тела желудка.
- Заключение о наличии артериовенозной мальформации (большая кривизна тела желудка и задняя стенка антрального отдела желудка). Состояние после желудочно-кишечного кровотечения Forrest J.A. 3 группа

установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие 2-х внутрислизистых петехий на большой кривизне и задней стенке антрального отдела желудка без признаков продолжающегося и состоявшегося кровотечения.

- Заключение о наличии солитарного полиповидного образования 12 перстной кишки 1 типа установлено на основании типичных эндоскопических признаков: наличие плоского выступающего образования железистого типа бледно-розового цвета на широком основании, расположенного на большой кривизне 12 перстной кишки.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ:

Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающее:

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

4. Обоснуйте базовые лечебные препараты и длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

Ответ: Стандартом лечения полиповидных образований является проведение эндоскопической электроэксцизии

Стандартом лечения артериовенозных мальформаций желудка и профилактикой желудочно-кишечных кровотечений является проведение аргонплазменной коагуляции.

Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено через 6 и / или 12 месяцев после проведения электроэксцизии полиповидных образований желудка и 12 перстной кишки

Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов из полиповидных образований желудка и 12 перстной кишки: карциноид без дисплазии эпителия вилезная аденома 12 перстной кишки.

Какая Ваша дальнейшая диагностическая тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ: Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии карциноидного полипа желудка и железистого полипа 12 перстной кишки.

Рекомендовано проведение эндоскопической полипэктомии и аргонплазменной коагуляции артериовенозных мальформаций желудка.

Задача №4

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

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

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

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.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ:

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)
4. СРКТ брюшной полости с в/в контрастным усилением.

3. Обоснуйте базовые лечебные препараты и длительность лечения, время и содержание повторного эндоскопического исследования.

Ответ: Базовыми препаратами для лечения больного с язвенной болезнью 12 перстной кишки являются ингибиторы протонной помпы и цитопротекторы, которые профилактируют развитие осложнений (желудочно-кишечное кровотечение).

Длительность курса противоязвенной медикаментозной терапии должна составлять не менее 6 недель на фоне модификации пищевого поведения и изменения образа жизни.

Повторное эндоскопическое исследование может быть проведено после получения отрицательных результатов гистологического исследования биоптатов, полученных из мелкобугристых опухолевидных образований в дне язвенного дефекта для верификации опухолевого процесса.

5. Через 2 недели получены результаты гистологического исследования биоптатов из дна изъязвления 12 перстной кишки - аденокарцинома. Какая Ваша дальнейшая диагностическая тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

Ответ: Эндоскопические и гистологические признаки укладываются в предварительное заключение о наличии первичной инфильтративно-язвенной формы аденокарциномы 12 перстной кишки.

Рекомендована консультация хирурга-онколога для решения вопроса о хирургическом лечении.

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; множество 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; множество 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; множестве 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

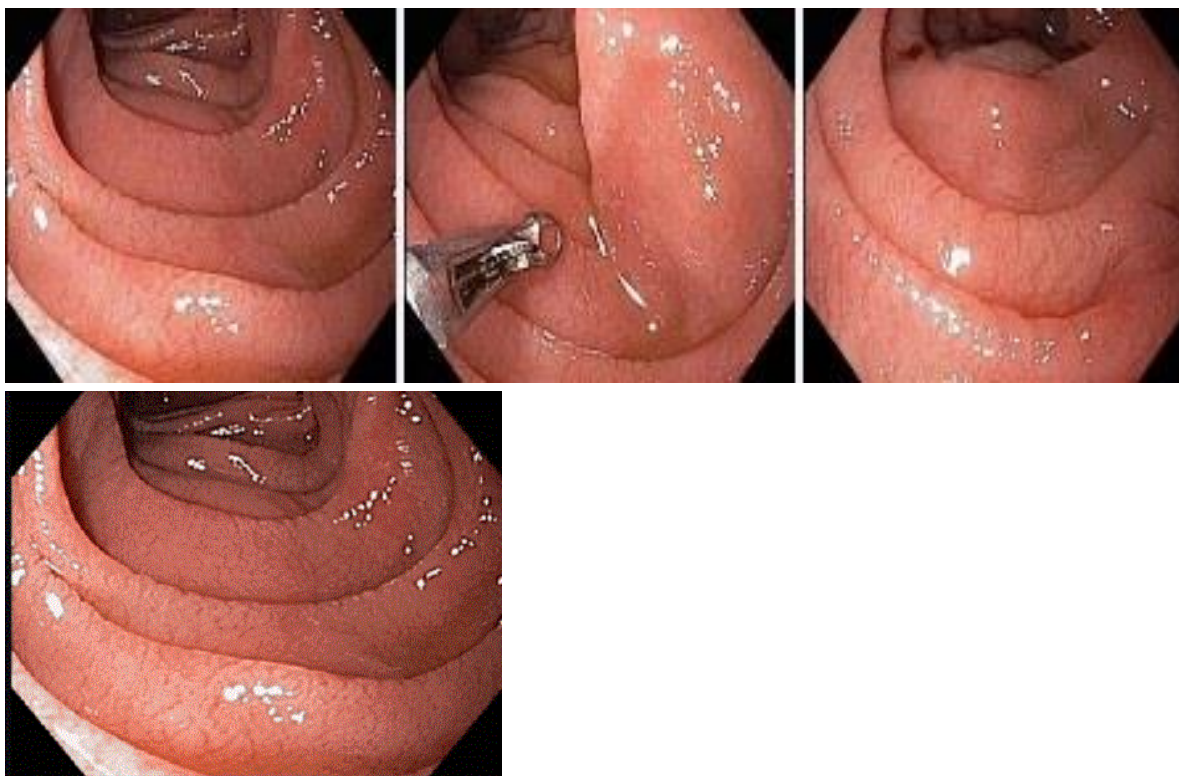
Б) биопсию слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка для проведения быстрого уреазного теста и гистологического исследования

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



Быстрый уреазный тест в биоптате 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 глютеновой 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 глютеновой 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.

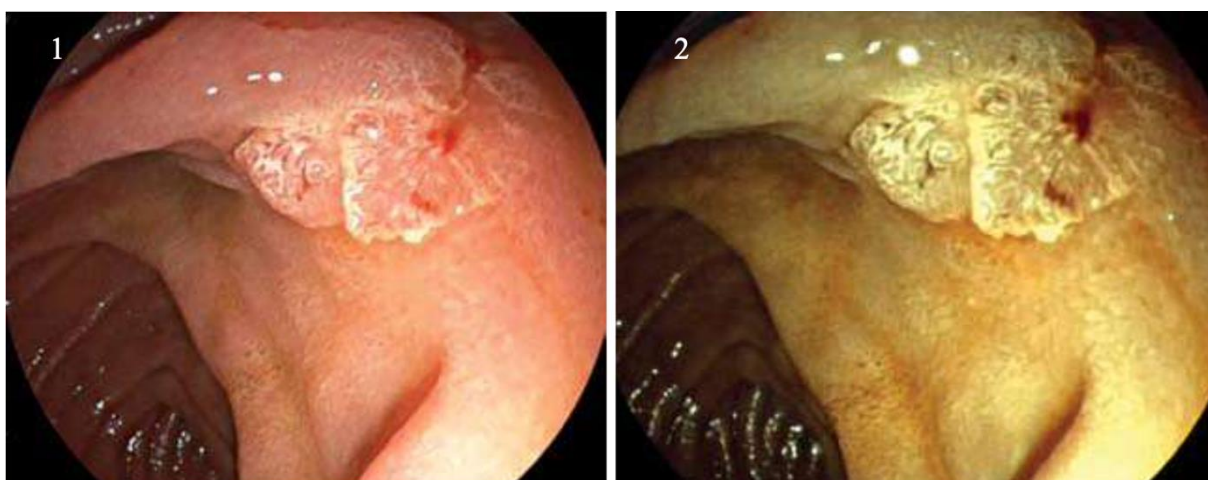
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- *А) Пациенту рекомендовано проведение дообследования, включающего: хромодуоденоскопию 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: хромодуоденоскопию с витальными красителями (0,1% раствор индигокармина)
- В) Прицельную полисегментарную биопсию слизистой оболочки 12 перстной кишки с морфологическим исследованием

Задача № 5

Мужчина 65 лет обратился к врачу-гастроэнтерологу с клиническими и лабораторными признаками холангита, вызванного периампулярной аденомой. При комплексном обследовании диагноз периампулярной аденомы был верифицирован и больному проведена операция – эндоскопическая ампулэктомия. Рекомендован эндоскопический контроль через 12 месяцев.

При контрольном эндоскопическом исследовании выявлены изменения, представленные на эндо-фото (1, 2).



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото.
2. Укажите тактику ведения больной?

Правильные ответы.

1. При дуоденоскопии с осмотром в белом света выявлен папиллярный плоский полип в неоампуле (эндо-фото 1). При использовании технологии FICE визуализированы белые ворсинки с нормальным сосудистым рисунком (эндо-фото 2).
2. Рекомендовано проведение биопсии из выступающего образования в неоампуле большого дуоденального сосочка.

Результаты патоморфологического исследования биоптатов, полученных из новообразования неоампулы большого дуоденального сосочка – остатки ампулярной аденомы.

1. Как Вы сформулируете эндоскопическое заключение? Обоснование.

Правильный ответ.

1. Эндоскопическое заключение: остаток ампулярной аденомы.

Обоснование ответа. Ампулярная аденома встречается редко и обычно протекает бессимптомно. Ампулярное поражение можно удалить с помощью эндоскопической петлевой полипэктомии, однако существует риск рецидива. Эндоскопия с увеличением позволяет получить четкое изображение мелких поверхностных структур слизистой оболочки, а в пораженной ампуле большого дуоденального сосочка можно визуализировать компактные образования представленные комбинацией из ямок и белых ворсинок. Микрососудистая архитектура обычно не имеет отклонений.