

**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
г.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**Хроматические методы эндоскопической диагностики органов
пищеварения»**

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 «Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения» 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 «Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения» (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.	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.

Организационно-педагогические условия Программы.

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. N 471н, регистрационный номер 1253)
- Профессиональный стандарт «Врач - хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018г. N 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 заболеваний органов пищеварения»

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Эндоскопия»: применение эндоскопических методов диагностики и лечения у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта и нижних дыхательных путей

Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Хирургия»: профилактика, диагностика и лечение хирургических заболеваний и (или)

состояний, медицинская реабилитация пациентов
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. N 471н, регистрационный номер 1253).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>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</i>	<i>А/01.8</i>	Проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта
Профессиональный стандарт 2: 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
<i>А: Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «хирургия»</i>	<i>А/01.8</i>	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
<i>В: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «хирургия»</i>	<i>В/01.8</i>	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения	готовность к: применению эндоскопических вмешательств с применением хроматических методов диагностики	А/01.8 А/01.8 В/01.8
	должен знать: правила проведения эндоскопических исследований; порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта; клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов пищеварения; стандарты оказания специализированной медицинской помощи с применением эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями органов пищеварения; этиологию и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний органов пищеварения, в том числе у детей; возможности эндоскопических вмешательств с применением хроматических методов диагностики; показания и противопоказания к эндоскопическим вмешательствам с применением хроматических методов диагностики; основные принципы подготовки больных к эндоскопическим вмешательствам с применением хроматических методов диагностики; технику выполнения эндоскопических вмешательств с применением хроматических методов диагностики.	
	должен уметь: собирать и интерпретировать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями органов пищеварения;	

	интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта, результаты осмотров врачами-специалистами, лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследований; определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению эндоскопических вмешательств с применением хромотических методов диагностики пациентам с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; обосновывать медицинские противопоказания для эндоскопического вмешательства с применением хромотических методов диагностики, оформлять в медицинской документации пациента мотивированный отказ в проведении эндоскопического вмешательства с применением хромотических методов диагностики, информировать лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства с применением хромотических методов диагностики; выполнять эндоскопические вмешательства с применением хромотических методов диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта; оценивать эффективность и безопасность проведения хромотических эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта; оценивать результаты хромотических методов эндоскопической диагностики желудочно-кишечного тракта; оформлять заключение в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи	
	должен владеть: определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению эндоскопических вмешательств с применением	

	хроматических методов диагностики пациентам с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; обоснованием медицинских противопоказаний для эндоскопического вмешательства с применением хроматических методов диагностики, оформление в медицинской документации пациента мотивированного отказа в проведении эндоскопического вмешательства с применением хроматических методов диагностики, информирование лечащего врача о невозможности проведения эндоскопического вмешательства с применением хроматических методов диагностики; проведением эндоскопических вмешательств пациентам с применением хроматических методов диагностики при заболеваниях и (или) состояниях желудочно-кишечного тракта в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; применением необходимых медицинских изделий для выполнения эндоскопических вмешательств с применением хроматических методов диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; оценкой эффективности и безопасности применения необходимых медицинских изделий для выполнения эндоскопических вмешательств с применением хроматических методов диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи; выявлением симптомов и синдромов осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате эндоскопических вмешательств с	
--	---	--

	применением хромотических методов диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта; оценкой эффективности и безопасности проведения эндоскопических вмешательств с применением хромотических методов диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта; оценкой результатов проведения эндоскопических вмешательств с применением хромотических методов диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями желудочно-кишечного тракта; оформлением заключения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций 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			1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения»
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	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 Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения															
1.1	Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения	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 «Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения»

Код	Наименование тем, элементов и т. Д.
	Хроматические методы эндоскопической диагностики при заболеваниях пищевода, желудка и 12 п.к.
	Увеличительное эндоскопическое исследование слизистой
	Конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой
	Аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование
	Узкоспектральное NBI-исследование
	Эндоскопическое исследование в режиме интеллектуального цветового выделения (FICE);
	Хромоскопию, контрастное исследование
	Хроматические методы эндоскопической диагностики при заболеваниях кишечника
	Увеличительное эндоскопическое исследование слизистой
	Конфокальное микроэндоскопическое исследование слизистой
	Аутофлюоресцентное эндоскопическое исследование
	Узкоспектральное NBI-исследование
	Эндоскопическое исследование в режиме интеллектуального цветового выделения (FICE);
	Хромоскопию, контрастное исследование

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 объеме, предусмотренном учебным планом (УП).

Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО и решения одной ситуационной задачи

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
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
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации
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

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
	отлично
	хорошо
	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.

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
	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. № 513, каб. № 514, каб № 515
	ФГКУ «1602 военный клинический госпиталь» Минобороны России, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, д. 10.	эндоскопическое отделение каб. № 7, каб. № 8, каб. № 9

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

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
	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.
	Помещения (эндоскопическое отделение клиники ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (Литер Б-А , 5 этаж)) 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, кабинет №513: помещения укомплектованы специализированной мебелью, источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка

	для эндоскопии, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс - видеоколоноскопCF-Q160L, видеоколоноскопCF-H-180AL, видеоколоноскопЕС-250WL5, видеоколоноскопCF-Q150L,аргоно - плазменный коагулятор, баллонный дилататор, эндоскопический отсасыватель, набор для эндоскопической резекции слизистой, 2 установки для мойки эндоскопов-ENDOCLENS-
	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), колоноскоп (педиатрический), 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, видеоэндоскопическийкомплекс, видеогастроскоп операционный, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-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
	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
	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
	Электронная библиотека РостГМУ.	
	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
	Научная электронная библиотека	

	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.рф/
	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	h t
	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	
	Архив научных журналов / НЭИКОН.	h
	ECO-Vector Journals Portal / <u>Open Journal Systems</u> .	https://journals.eco-vector.com/
	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	
	Медицинский Вестник Юга России.	или с сайта РостГМУ
	Всемирная организация здравоохранения.	
	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	h
	: международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	
	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	h t
	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...	h t r o s

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

№	Фамилия, имя,	Ученая степень,	Должность	Место работы
----------	----------------------	------------------------	------------------	---------------------

п/п	отчество,	ученое звание		(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 «Хроматические методы

эндоскопической диагностики органов пищеварения» со сроком освоения 36

академических часов по специальности «эндоскопия», «хирургия»

	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
	Факультет	повышения квалификации и профессиональной пере-подготовки специалистов
	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Зав.кафедрой	Яковлев А.А.
	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
		gastro@rostgmu.ru
	Моб. телефон	+79185572934
	Кабинет №	511
	Учебная дисциплина	Эндоскопия
	Учебный предмет	Эндоскопия
	Учебный год составления	
	Специальность	Эндоскопия, хирургия
	Форма обучения	Все
	Модуль	Хроматические методы эндоскопической диагностики органов пищеварения»
	Тема	
	Подтема	все
	Количество вопросов	
	Тип вопроса	single
	Источник	-

Список тестовых заданий

			К уточняющим методам эндоскопической диагностики относится:		
			горячая биопсия		
			осмотр в белом свете		
			холодная биопсия		
			осмотр с использованием узкого спектра света		
			Базовые основы эндоскопической хромокопии были разработаны в:		
			1905г.		
			1952г.		
			1970г.		
			1990г.		
			2005гг.		
			Нанесение витального красителя на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта при эндоскопическом исследовании позволяет оценить все, кроме:		
			обнаружение мелких изменений слизистой оболочки.		
			выявление гистологического типа патологического образования.		

			изменение цвета слизистой оболочки с улучшением ее характеристики.		
			усиления контраста выступающих и углубленных образований слизистой оболочки.		
			оценка секреторной активности слизистой оболочки.		
			К положительным особенностям хроматических исследований с витальными красителями при эндоскопии относятся все, кроме:		
			низкая стоимость витальных красителей.		
			доступность витальных красителей.		
			легкая методика и воспроизводимость хроматических исследований.		
			приготовление ex tempore растворов витальных красителей.		
			возможность использования хроматических исследований в скрининговых программах (колоректальный рак, аденокарцинома пищевода и пр.).		
			К отрицательным особенностям хроматических исследований с витальными красителями при эндоскопии относятся все, кроме:		

			возможные аллергические реакции на витальные красители.		
			развитие индивидуальной нежелательной реакции на витальные красители.		
			уменьшение степени освещения слизистой оболочки.		
			неправильное окрашивание слизистой оболочки.		
			доступность витальных красителей.		
			Витальные красители, используемые при проведении рутинной хромоэндоскопии, подразделяются в зависимости от механизма окрашивания на все типы, кроме:		
			абсорбирующие.		
			контрастные.		
			реактивные.		
			хемилюминесцирующие.		
			К витальным красителям с абсорбирующими свойствами относятся все, кроме:		
			раствор Люголя.		
			метиленовый синий.		
			толуидиновый синий.		
			фенол красный.		

			К витальным красителем с контрастным свойством является:		
			индигокармин.		
			конго красный.		
			раствор Люголя.		
			метиленовый синий.		
			Раствор Люголя неабсорбируется следующими структурами, кроме.		
			клетки цилиндрического эпителия.		
			гликоген-содержащие клетки.		
			ядра колоновидных клеток желудочного и кишечного типа		
			кислотосодержащие клетки желудка.		
			Н.р. инфекция		
			Для диагностики каких патологических состояний используется хромоскопия с раствором Люголя?		
			кишечная метаплазия в желудке.		
			кислотопродуцирующие клетки слизистой оболочки желудка.		
			ранний рак желудка.		
			аутоиммунный гастрит с дисплазией эпителия желудка.		
			кишечная метаплазия при пищеводе Барретта.		
			Методы нанесения витальных красителей при хромотических эндоскопических исследованиях?		
			прямой.		
			непрямой.		
			обратный.		
			индукционный.		

			фракционный.		
			В течение какого времени происходит изменение окраски слизистой оболочки пищевода после нанесения раствора Люголя?		
			2-3 сек.		
			15-20 сек.		
			1 минута		
			секунд		
			При появлении, после распыления на слизистую раствора Люголя, болей за грудиной, гиперсаливации, тошноты и позывов на рвоту с целью купирования нежелательной реакции необходимо выполнить все перечисленные мероприятия, кроме:		
			прекратить распыление раствора Люголя		
			промыть распылительный катетер физиологическим раствором		
			произвести распыление на слизистую оболочку пищевода 5-10 мл 0,5% раствора тиосульфата натрия		
			произвести аппликацию на слизистую оболочку пищевода и струйное введение в желудок 20 мл 0,25% раствора уксусной кислоты		
			О чем свидетельствует появление участков темно-коричневой		

			окраски слизистой оболочки пищевода после распыления на слизистую раствора Люголя?		
			области лейкоплакии пищевода.		
			область пищевода Барретта.		
			зона раннего рака пищевода.		
			участки регенерации слизистой оболочки после фотодинамической терапии.		
			Какая концентрация раствора Люголя, используется для хромоэзофагоскопической диагностики пищевода Барретта?		
			2%.		
			5%.		
			0,5%		
			Какая чувствительность, специфичность и точность хромоэзофагоскопии эпителия Барретта с использованием раствора Люголя?		
			60%, 80%, и 99%		
			89%, 93%, и 91%		
			49%, 63%, и 81%		
			89%, 99%, и 99%		
			К основным характеристикам метиленового синего, использующегося для хроматических исследований в дигестивной эндоскопии, относятся все, кроме:		
			активно поглощается тканями тонко и толстокишечного эпителия.		
			не окрашивает неабсорбирующий		

			плоский неороговевающий эпителий пищевода.		
			не окрашивает железистый эпителий желудка		
			используется для выявления мелких изменений в тонкой кишке (например глютеновая болезнь) и в толстой кишке (аденома и рак).		
			используется для диагностики артерио-венозной мальформации пищевода		
			Индиго кармин используется при эндоскопической хромокопии для всех целей, кроме		
			диагностика неэпителиального образования желудка.		
			диагностика пищевода Барретта.		
			для выявления раннего рака желудка.		
			для выявления атрофии в 12 перстной кишке при глютеновой энтеропатии.		
			При амбулаторной колоноскопии выявлено выступающее образование в толстой кишке. Какой метод хромоколоноскопии следует использовать для изучения поверхностного различия между гиперпластическими и аденоматозными полипами?		
			хромоколоноскопия с 2% раствором Люголя.		
			хромоколоноскопия с 0,1-0,5% раствором индиго кармина		
			хромоколоноскопия с 0,1% раствором фенола красного и 5%		

			мочевины (20-30 мл)		
			хромоколоноскопия с 1% водным раствором толуидинового синего.		
			При ЭГДС у больного выявлено наличие на большой кривизне антрального отдела желудка углубленного образования 1,5 см в диаметре с уплощенными краями и краевой латеральной периульцерозной гиперемией на фоне локального отека слизистой оболочки. Какой метод хромогастроскопии в данной ситуации будет предпочтителен для проведения дифференциальной диагностики между доброкачественной язвой и неопластическим изъязвлением ?		
			хромогастроскопия с 2% раствором Люголя.		
			хромогастроскопия с 0,25% раствором уксусной кислоты		
			хромогастроскопия с 1% водным раствором толуидинового синего.		
			хромогастроскопия с 0,1-0,5% раствором индиго кармина		
			При амбулаторной ЭГДС выявлены белесоватые участки слизистой оболочки в средней 1/3 пищевода. Какой метод хромоэзофагоскопии следует выбрать в данном случае?		
			хромоэзофагоскопия с 0,25% раствором уксусной кислоты.		
			хромоэзофагоскопия с 0,1-0,5% раствором индиго кармина		

			хромозофагоскопия с 2% раствором Люголя.		
			хромозофагоскопия с 1% водным раствором толуидинового синего		
			Какая чувствительность и специфичность хромозофагоскопии эпителия Барретта с использованием 1 % водного раствора толуидиновый синего?		
			60%, 80%		
			89%, 91%		
			Какие характеристики не относятся к показаниям для использования водного раствора уксусной кислоты при хромотических эндоскопических исследованиях?		
			уксусная кислота, слабая кислота, не окрашивает слизистую оболочку.		
			при распылении на слизистую оболочку происходит увеличение структурного рисунка.		
			при распылении на слизистую оболочку происходит деформация внутрислизистого сосудистого рисунка.		
			под воздействием уксусной кислоты легко повреждаются дисульфидные мостики гликопротеинов между слоями слизи, что приводит к обратимой денатурации белков.		

			эндоскопическая картина коррелирует с гистологической идентификацией специализированной кишечной метаплазии.		
			Какие характеристики не относятся к показаниям для использования водного 1% фенола красного и 5% раствора мочевины при хроматических эндоскопических исследованиях?		
			фенол красный является индикатором pH - регистрирует щелочную pH изменением цвета от желтого до красного.		
			при распылении на слизистую оболочку происходит увеличение структурного рисунка.		
			при распылении на слизистую оболочку желудка инфицированную <i>H.pylori</i> происходит изменение цвета от желтого до красного.		
			уреаза, синтезируемая <i>H.p.</i> приводит увеличению pH и инфицированная <i>H.p.</i> слизистая оболочка визуализируется в красно-окрашенной слизистой оболочке желудка.		
			клиническое применение Фенол красный находит в обнаружении инфекции <i>H.pylori</i> в желудке.		
			области желудочной кишечной метаплазии не будут изменять цвет		

			к красному		
			К отличительным особенностям метиленового синего от индийских чернил при эндоскопическом татуаже относятся все, кроме:		
			метиленовый синий используется для татуировки стенок толстой кишки с целью локализации повреждений при оперативном лечении.		
			метиленовый синий используется для маркировки проксимальных и дистальных отделов поражения при пищеводе Барретта.		
			метиленовый синий используется для легкого обнаружения патологии ободочной и толстой кишки интраоперационно или при эндоскопических вмешательствах.		
			метиленовый синий не вызывает заметной реакцию ткани и некроза стенок		
			метки метиленового синего сохраняются после введения в интервале от 7 недель до 36 месяцев.		
			Положительные характеристики хроматических исследований при эндоскопии, кроме:		
			низкая стоимость витальных красителей		
			доступность витальных красителей		
			легкая методика проведения и		

			воспроизводимость ХЭ		
			использование ХЭ в программах скрининга, направленных на выявление дисплазии и предопухолевых поражений при пищеводе Барретта, плоскоклеточного рака пищевода, раннего рака желудка, полипов толстой кишки и колоректального рака, дисплазия у больных с ВЗК (ЯК и БК)		
			возможные аллергические реакции на витальные красители		
			Отрицательные характеристики, затрудняющие использование хроматических исследований при эндоскопии, кроме:		
			расплескивание» красителя и неправильное окрашивание — распространенные проблемы, возникающие при ХЭ		
			возможно развитие индивидуальной нежелательной реакции на витальные красители (р-р Люголя – жжение и боль за грудиной, гиперсаливация и пр.)		
			приготовление ex tempore растворов для ХЭ удлиняет время исследования		
			«Синие» витальные красители уменьшают степень освещения слизистой оболочки		
			доступность витальных красителей		

			Основные методы нанесения красителей при хроматических эндоскопических исследованиях, кроме:		
			прямой метод - нанесение краски на поверхность слизистой оболочки непосредственно во время гастроскопии.		
			непрямой метод предполагает внутрисосудистое введение красителя.		
			внутрикостный		
			Что нет необходимо сделать перед проведением хромоэндоскопических исследований верхнего этажа желудочно-кишечного тракта?		
			непосредственно перед хромоскопией для блокирования перистальтики рекомендуется применять М-холинолитики (атропин - 0.01% - 1.0) или блокаторы Ca^{2+} каналов (дицетел 100 мг за 40-50 минут до исследования).		
			непосредственно перед хромоскопией для снижения секреции и очищения слизистой оболочки от слизи рекомендуется использовать ацетилцистеин 10% р-р в количестве 10 мл.		
			при избыточном вспенивании желудочного содержимого во время проведения хромогастроскопии рекомендуется использовать водный раствор симетикона		

			(эспумизан) в соотношении 1:1, в разовом количестве 10 -20 мл.		
			непосредственно перед хромоскопией для снижения секреции ввести ингибитор протоновой помпы		
			С какой целью не проводится осмотр пищевода в узкоспектральных режимах визуализации?		
			с целью улучшения диагностики изменений слизистой оболочки пищевода.		
			с целью повышения частоты выявления рака пищевода.		
			применение узкоспектральных режимов визуализации с прицельной биопсией рекомендуется для выявления дисплазии при наблюдении пациентов с пищеводом Барретта.		
			для выявления воспаления вследствие рефлюкса желудочного содержимого		

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

Задача 1.

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на эпизоды отрыжки воздухом и кислым содержимым, жжение за грудиной после приема пищи, тяжесть и ощущение «кома» в подложечной области. Появление симптомов связывает с быстрой едой, во время перекусов, а также приемом острых продуктов и приправ, контрастных по температуре блюд и газированных напитков. Из анамнеза известно, что эпизоды вышеуказанной симптоматики впервые возникли около 6-ти лет назад. Не обследовался и не лечился. В

течение последних 5-ти недель отмечает ухудшение состояния, связанного с учащением эпизодов изжоги, симптоматики. Обратился за консультацией к участковому терапевту. Семейный анамнез: мать – 68 лет, страдает желчнокаменной болезнью; отец – умер в 56 лет, ОНМК. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 32 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 125/70 мм. рт. ст. Язык обложен белесовато-желтоватым 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 крови и мочи без отклонений от релевантных значений нормальных показателей.

Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

При ЭГДС – выявлены изменения слизистой оболочки дистального отдела пищевода, представленные на эндо-фотограмме.



Ваш предполагаемый диагноз и программа обследования?

Правильные ответы:

1. Эндоскопические признаки нарушения замыкательного механизма кардии (хиатальная скользящая грыжа) и перестройки эпителия пищевода по кишечному типу (пищевод Барретта).
2. Пациенту рекомендовано проведение дополнительных обследований: хромоэзофагоскопии с витальными красителями (4% раствор Люголя), биопсия из участков ахромии пищевода, рентгеноскопии пищевода, желудка

и 12 перстной кишки с нагрузочными тестами и осмотром в положении Тредленбурга, суточного мониторингирования Рн для определения частоты и продолжительности рефлюкса в пищевод, импедансометрии пищевода для определения характера рефлюктата.

Представлены результаты хромоэзофагоскопии с витальным красителем 4% раствором Люголя (эндо-фотография). Необходимо дать оценку выявленных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода при использовании хромоэзофагоскопии с 4% раствором Люголя.



Правильный ответ:

После применения раствора Люголя в качестве красителя четко визуализированы участки слизистой оболочки пищевода, которые лишены плоскоклеточного эпителия и выглядят как «языки пламени» ярко-красного цвета, что характерно для кишечной метаплазии пищевода Барретта.

Задача 2.

Больной М., 56 лет. Жалобы на приступообразную боль в правом подреберье с правосторонней полуопоясывающей иррадиацией в спину, возникающую после приема пищи, сопровождающуюся тошнотой и эпизодической рвотой остатками пищи с примесью желчи, общую слабость, снижение аппетита, потерю массы тела (на 4 кг за последние 2 месяца). Из анамнеза: считает себя больным в течение последнего года, когда стал отмечать появление ноющего характера болей и тяжести в эпигастриальной области и правом подреберье, возникающих после погрешности в диете. Не лечился. Не обследовался. Ухудшение самочувствия в течение последних 1,5 месяцев с учащения эпизодов абдоминального болевого синдрома сопровождающегося тошнотой и эпизодически рвотой с примесью желчи. Наследственность отягощена по желчекаменной болезни (у бабушки и матери проведена холецистэктомия по

поводу острого калькулезного холецистита). Об-но: живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При глубокой пальпации: слепая и восходящая кишка мягко-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненные при смещении, поперечноободочная кишка – недоступна пальпации; левые отделы ободочной кишки (нисходящая кишка) мягко-эластичной консистенции, подвижные, с сохраненной эластичностью, чувствительные при смещении, сигмовидная кишка в дистальной части, плотно-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, чувствительная при смещении. Печень на 2-3 см выступает из-под нижнего края правой реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Желчепузырные симптомы – отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Ваш предполагаемый диагноз и программа обследования?

Правильные ответы:

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.
2. Видеозофагогастродуоденоскопия. Общий анализ крови, глюкоза. Общий анализ мочи. Биохимический анализ крови: билирубин, холестерин, АСТ, АЛТ, щ.фосфатаза, ГГТП, креатинин, общий белок. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

При эзофагогастродуоденоскопии получены изображение:

Дайте описание представленной картины и укажите дополнительные методы обследования?

Правильные ответы:

1. Эндо-фото А. Язва передней стенки с/3 тела желудка. Эндо-фото Б -

изменение внутрислизистого сосудистого рисунка вблизи проксимального края язвы (осмотр в режиме NBI).

2. Видеогастроскопия с увеличением и осмотром в режиме NBI. Прицельная биопсия из измененных краев язвенного дефекта желудка.

При видеогастроскопии с увеличением и осмотром в режиме NBI получено изображение (эндо-фото Б).

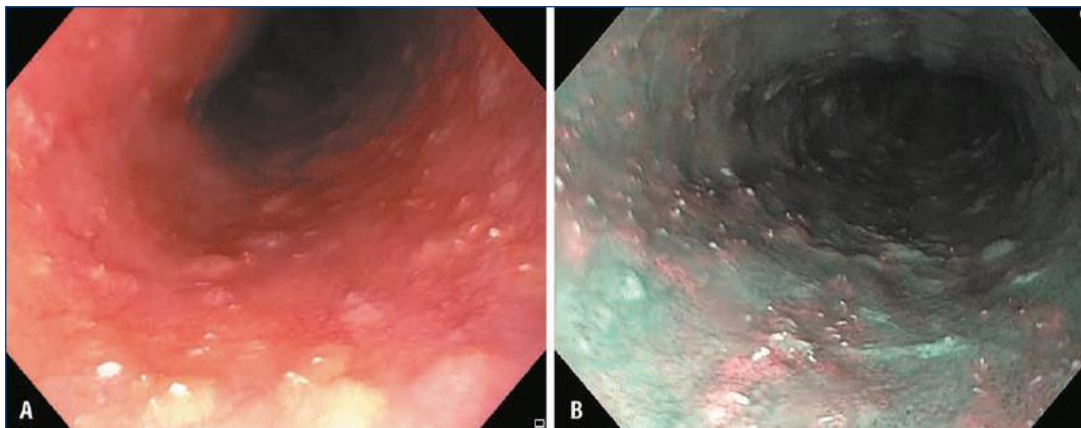
Дайте описание представленной картины (эндо-фото Б) и сформулируйте окончательное эндоскопическое заключение.

Правильные ответы:

1. Эндо-фото Б. Увеличение ($\times 115$), NBI-хромоскопия. Проксимальный край язвы передней стенки с/3 тела желудка. Штопороподобный капиллярный рисунок (CSP)
2. Первично-язвенная форма рака тела желудка.

Задача 3.

Мужчина, 68 лет обратился с жалобами на умеренные боли в области ранее проведенного хирургического вмешательства - лапароскопической резекции правой почки по поводу папиллярного почечноклеточного рака правой почки, G2 1 типа. Наследственный анамнез отягощен: у отца рак сигмовидной кишки. При проведении комплексного обследования у пациента диагностированы сопутствующие соматические заболевания: гипертоническая болезнь 2-й степени риска сердечно-сосудистых осложнений и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Вредные привычки отрицает. При общем осмотре: ожирение (рост 174 см, масса тела 92 кг, индекс массы тела $30,4 \text{ кг/м}^2$); артериальное давление 115/70 мм рт. ст.; частота пульса 74 уд/мин; температура тела $36,6^\circ\text{C}$. При физикальном осмотре всех органов и систем патологии не выявлено. Лабораторные показатели крови, мочи и кала в пределах нормы. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования органов грудной клетки и брюшной полости: без существенных отклонений от нормы. При проведении видеоэзофагогастродуоденоскопии получены следующие изображения (А и В).

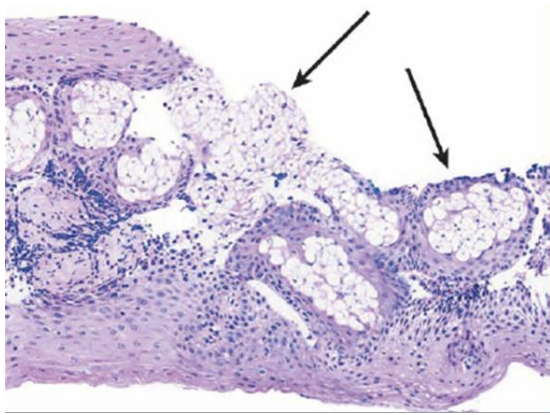


1. Дайте правильное описание представленной картины и укажите, какие дополнительные методы обследования были использованы для повышения диагностических возможностей видеоэндоскопического обследования?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в этом случае?

Правильные ответы

1. При выполнении видеоэндоскопии верхнего отдела пищеварительного тракта в дистальной трети пищевода по всем стенкам определяются множественные плоско-возвышающиеся участки округлой формы белесовато-желтого цвета размерами от 1 до 3 мм в диаметре, слизистая оболочка диффузно разрыхленная и гиперемирована (рис. А). В нижележащих отделах гастродуоденального комплекса: зона гастроэзофагеального перехода, тело и антральный отдел желудка, луковица и постбульбарные отделы двенадцатиперстной кишки - патологии не обнаружено. При осмотре в режиме NBI по всем стенкам пищевода определяются множественные плоско-возвышающиеся белесоватые участки округлой формы, перифокально от которых слизистая оболочка визуальна не изменена (рис. 1В).
2. Рекомендовано выполнение прицельной щипцовой биопсии для проведения морфологического исследования эзофагобиоптатов.

При патоморфологическом исследовании были выявлены изменения, представленные на эндоефотографии.



Окраска гематоксилином и эозином, X 400

Дольки зрелых себоцитов, расположенные в плоском эпителии (указаны стрелками).

1. О какой патологии свидетельствуют выявленные макроскопические и патоморфологические изменения?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Правильный ответ:

Эктопия сальных желез в пищевод

2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить между поражениями пищевода при грибковых эзофагитах, а также гликогеновым акантозом, ксантомами, папилломами и зернистоклеточными опухолями.

Задача 4.

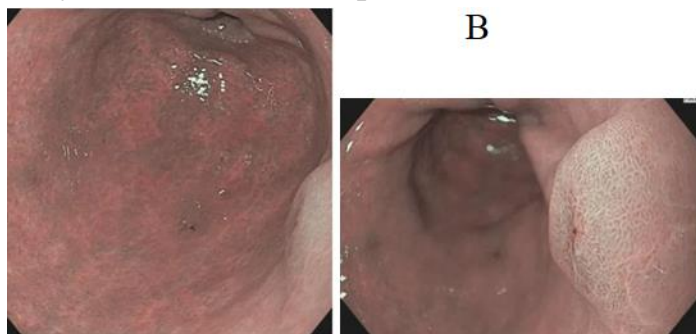
Больная З., 64 лет. Жалобы на приступообразную боль тупого характера в эпигастральной области и правом подреберье с иррадиацией в спину, возникающую после приема пищи, сопровождающуюся эпизодической рвотой с примесью пищи и желчи, тошноту, изжогу, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза: считает себя больной в течение нескольких лет. Получала курсовое лечение в амбулаторных условиях по поводу хронического гастрита с положительным эффектом. Около 1 года назад проводился курс эрадикационной терапии по поводу хронического эрозивного пангастрита. Контроль эрадикации не проводился. Последнее ухудшение в течение последних 3-х месяцев. Эффекта от курсовой терапии не зарегистрировано. Наследственность отягощена по язвенной болезни (у отца резекция желудка по поводу хронической каллѐзной язвы тела желудка). Об-но: живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. При глубокой пальпации: слепая и восходящая кишка мягко-эластичной

консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненные при смещении, поперечноободочная кишка – недоступна пальпации; левые отделы ободочной кишки (нисходящая кишка) мягко-эластичной консистенции, подвижные, с сохраненной эластичностью, чувствительные при смещении, сигмовидная кишка в дистальной части, плотно-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, чувствительная при смещении. Печень на 3 см выступает из-под нижнего края правой реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Желчепузырные симптомы – сомнительные. Селезенка не пальпируется. При УЗИ брюшной полости, проведенные в поликлинике по месту жительства: печень - правая доля 121х12 мм; левая доля 102 х 78 мм. Эхогенность диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок не изменен. Холедох 7 мм. Воротная вена 10 мм, кровоток гепатопетальный. Желчный пузырь - размеры 56х28х10 мм. Стенка 4 мм. Поджелудочная железа визуализируется фрагментарно из-за выраженного метеоризма.

Ваш предполагаемый диагноз и программа обследования?

Правильные ответы:

1. Хронический холецистит с билиарным сладжем, в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка?
2. Видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС) с быстрым уреазным тестом. Результаты ВЭГДС. Представлены на эндо-фото А и В.



Быстрый уреазный тест из слизистой оболочки антрального отдела желудка – результат положительный.

1. Ваше заключение по результатам ВЭГДС (эндо-фото А и В)
2. Ваш диагноз на основании результатов ВЭГДС и быстрого уреазного теста.

Правильный ответ:

1. Язва малой кривизны антрального отдела желудка. Острые геморрагические и папулезные эрозии большой кривизны тела и антрального отдела желудка.

2. Язвенная болезнь желудка с локализацией язвы на малой кривизне антрального отдела желудка в стадии обострения. Хронический эрозивный антральный Н.р. ассоциированный гастрит в фазе обострения.

Перечислите все необходимые эндоскопические манипуляции которые необходимо было провести пациенту при выполнении диагностической эзофагогастродуоденоскопии.

Правильный ответ:

1. Биопсия (4-5 биоптатов) из краев язвенного дефекта антрального отдела желудка.

2. Биопсия (5 биоптатов) из слизистой оболочки тела, антрального отдела желудка (передняя и задняя стенки) и угла желудка.

Задача 5.

Больной Г., 52 года. Жалобы на эпизоды изжоги после приема пищи, сопровождающиеся отрыжкой воздухом, кислым вкусом по рту, тяжесть, дискомфорт, чувство быстрого насыщения после еды. Из анамнеза: в течение нескольких лет отмечает эпизоды тяжести и дискомфорта в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения. В течение последних 5-6 месяцев регистрирует появление изжоги после приема пищи и физической нагрузке. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу. Об-но: язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. При глубокой пальпации: слепая и восходящая кишка мягко-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненные при смещении, поперечноободочная кишка плотно-эластичной консистенции, подвижная, с сохраненной эластичностью; левые отделы (нисходящая и сигмовидная кишка) ободочной кишки мягко-эластичной консистенции, подвижные, с сохраненной эластичностью, чувствительные при смещении. Печень по нижнему краю правой реберной дуги, край закруглен, консистенция плотная, поверхность гладкая. Желчепузырные симптомы – отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Ваш предполагаемый диагноз и программа обследования?

Правильный ответ:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хронический гастрит, неуточненной этиологии, в фазе обострения. Функциональная диспепсия, вариант постпрандиального дистресс синдрома.
2. Общеклинические анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи).
3. ЭКГ.
4. Эзофагогастродуоденоскопия.

Представлены результаты дообследования:

1. Общеклинические анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи) в пределах нормальных значений.
2. ЭКГ – ритм синусовый, правильный, ЧСС 82 в 1 минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Незначительные нарушения реполяризации в области верхушки и передней стенки.



3. При ЭГДС (эндо-фотограмма а) – в средней 1/3 пищевода определяется минимальное изменение округлой формы красного цвета с мелкими наложениями белесоватого фибрина слизистой оболочки. Кардиальная розетка эластичная, смыкается полностью. Эндоскопические признаки

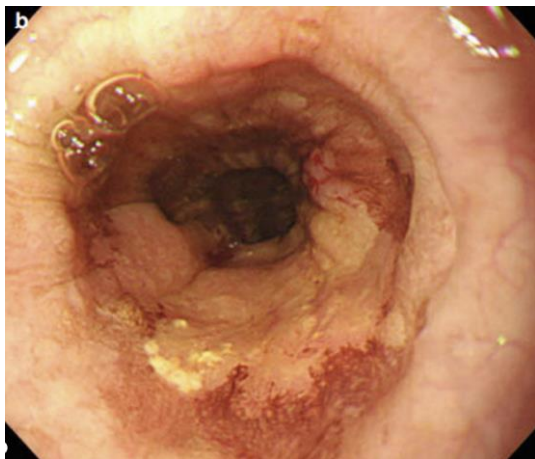
поверхностного гастрита, с преимущественной локализацией в нижней трети тела желудка и антральном отделе желудка. При патоморфологическом исследовании: в биоптатах тела и антрального отдела желудка признаки очаговой атрофии, кишечной метаплазии полного типа, фовеолярной гиперплазии, умеренной нейтрофильной инфильтрации.

Укажите Ваш предполагаемый диагноз и объем дополнительного обследования?

Правильный ответ.

1. Подозрение на ранний рак средней 1/3 пищевода, красный тип.
2. Хромозофагоскопия с 2% раствором Люголя
3. Прицельная биопсия из участков ахромии / гиперхромии слизистой оболочки пищевода при хромозофагоскопии с 2% раствором Люголя.

Представлена эндо-фотограмма пищевода (хромозофагоскопия с 2% раствором Люголя)



При хромозофагоскопии определяются зоны ахромии в области округлого очага гиперемии слизистой средней 1/3 пищевода. Биопсия из участков ахромии.

Укажите Ваш предполагаемый диагноз и предполагаемые результаты гистологического исследования эзофагобиоптатов?

Правильный ответ.

1. Плоский ранний рак (0 -IIb) средней 1/3 пищевода.
2. Гистологически диагностирован плоскоклеточный рак (эпидермоидная карцинома).

Задача 6.

Больной В., 38 лет Жалобы на эпизоды средне-эзофагеальной дисфагии возникающие при приеме в пищу плотной пищи, чувство тяжести и распираания за грудиной во время приема пищи, гиперсаливацию, снижение массы тела (6 кг за последние 2 месяца). Из анамнеза: в течение нескольких месяцев стал отмечать появление тяжести и дискомфорта за грудиной, возникающие во время приема плотной пищи. Обратился на консультацию к терапевту.

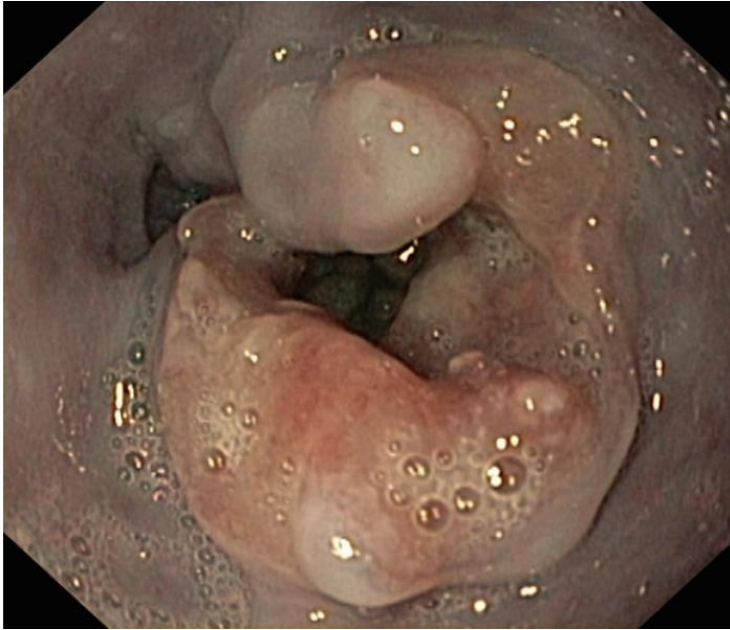
Ваш предполагаемый диагноз и программа дополнительного обследования?

Ваш предполагаемый диагноз и программа дополнительного обследования?

Susp. ЗНО пищевода

2. Рекомендовано проведение эзофагогастродуоденоскопии.

На эндо-фото представлены результаты эзофагогастродуоденоскопии.



При ЭГДС в средней трети пищевода определяется овальной формы изъязвление с приподнятыми, ригидными краями. Просвет пищевода в зоне изъязвления деформирован, непроходим для гастроскопа.

Ваше окончательное эндоскопическое заключение и программа дополнительного обследования?

Правильный ответ:

Развитой рак средней трети пищевода с формированием трубчатого стеноза.

2. Эзофагоскопия с биопсией

3. Рентгеноскопия пищевода и желудка

4. ЭУС пищевода

Задача 7.

Больная Г., 48 лет.

Жалобы на эпизоды давяще-распирающего характера боли за грудиной, возникающую после приема контрастной по температуре пищи. Из анамнеза: считает себя больной в течение 5 лет, когда стала отмечать

появление эпизодов болей за грудиной. При УЗИ признаки хронического панкреатита, ЖКБ. Около 2-х лет назад проведена эндоскопическая холецистэктомия. Ухудшение самочувствия через год после операции - вновь появились боли за грудиной во время еды, гиперсаливация. Получала по назначению терапевта курсовое лечение (креон, рабепразол, мебеверин) с кратковременным положительным эффектом. Последнее ухудшение в течение месяца, связывает с погрешностью в диете. И психоэмоциональной нагрузкой. Эффекта от курсовой терапии не зарегистрировано. Наследственность отягощена по желчекаменной болезни (у материнской линии у всех родственников верифицирована ЖКБ) и раку желудка (отец умер от неоперабельного рака желудка). Об-но: живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации: слепая и восходящая кишка мягко-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненные при смещении, поперечноободочная кишка – недоступна пальпации; левые отделы ободочной кишки (нисходящая кишка) мягко-эластичной консистенции, подвижные, с сохраненной эластичностью, безболезненные при смещении, сигмовидная кишка в дистальной части, плотно-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненная при смещении. Печень на 1 см выступает из-под нижнего края правой реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. При УЗИ брюшной полости, проведенные в поликлинике по месту жительства: печень - правая доля 121х12мм; левая доля 102 х 78 мм. Эхогенность диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок не изменен. Холедох 7 мм. Воротная вена 10 мм, кровоток гепатопетальный. Поджелудочная железа визуализируется фрагментарно из-за выраженного метеоризма. При эзофагогастродуоденоскопии (эндо-фото а): в средней трети пищевода определяется участок слизистой оболочки с минимальной неравномерностью внутрислизистого сосудистого рисунка. Слизистая оболочка желудка и 12 перстной кишки без признаков воспалительных и атрофических изменений.

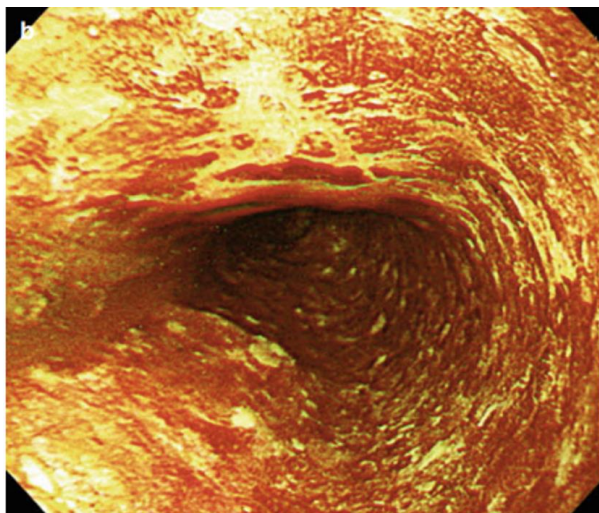


Ваш предполагаемый диагноз и программа обследования?

Правильный ответ:

1. Ранний рак с/3 пищевода, красный плоский тип?
2. Хромозофагоскопия с 2% раствором Люголя. Прицельная биопсия из очагов гипер-, ахромии слизистой оболочки пищевода.

Представлено эндо-фото слизистой оболочки пищевода после введения 2% раствора Люголя.



В области 11 часов определяется зона слизистой оболочки пищевода не окрашиваемая раствором Люголя (b). При гистологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак (эпидермоидная карцинома).

Ваше заключительное эндоскопическое заключение?

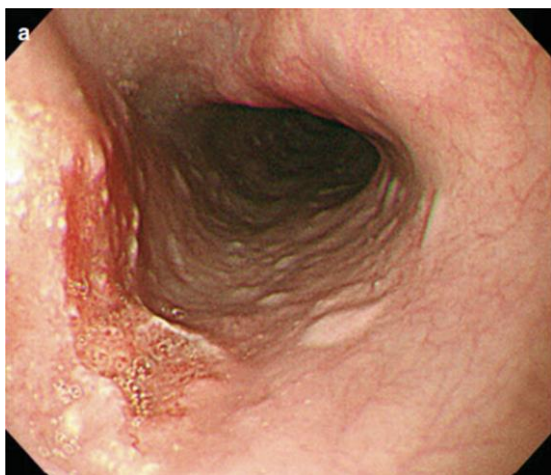
Правильный ответ.

1. Ранняя форма поверхностного рака средней трети пищевода, вариант (О-

Задача 8.

Больной С., 63 лет. Жалобы на эпизоды дискомфорта за грудиной при приеме грубой, острой пищи, тяжесть и дискомфорт в эпигастральной области после еды, снижение аппетита. Из анамнеза: считает себя больным в течение 3 лет, когда стал отмечать появление дискомфорта в эпигастрии после еды. Получал по назначению терапевта курсовое лечение (креон, рабепразол, мебеверин) с кратковременным положительным эффектом. Последнее ухудшение в течение 3-х месяцев, связывает с погрешностью в диете. И психоэмоциональной нагрузкой. Эффекта от курсовой терапии не зарегистрировано. Наследственность отягощена по желчекаменной болезни (у материнской линии у всех родственников верифицирована ЖКБ) и раку желудка (отец умер от неоперабельного рака желудка). Об-но: живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации: слепая и восходящая кишка мягко-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненные при смещении, поперечноободочная кишка – недоступна пальпации; левые отделы ободочной кишки (нисходящая кишка) мягко-эластичной консистенции, подвижные, с сохраненной эластичностью, безболезненные при смещении, сигмовидная кишка в дистальной части, плотно-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненная при смещении. Печень на 1 см выступает из-под нижнего края правой реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. При УЗИ брюшной полости, проведенные в поликлинике по месту жительства: печень - правая доля 121х12мм; левая доля 102 х 78 мм. Эхогенность диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок не изменен. Холедох 7 мм. Воротная вена 10 мм, кровоток гепатопетальный. Поджелудочная железа визуализируется фрагментарно из-за выраженного метеоризма. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу, который рекомендовал проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии. При эзофагогастродуоденоскопии (эндо-фото а): в средней трети пищевода определяется участок слизистой оболочки с минимальной неравномерностью внутрислизистого сосудистого рисунка.

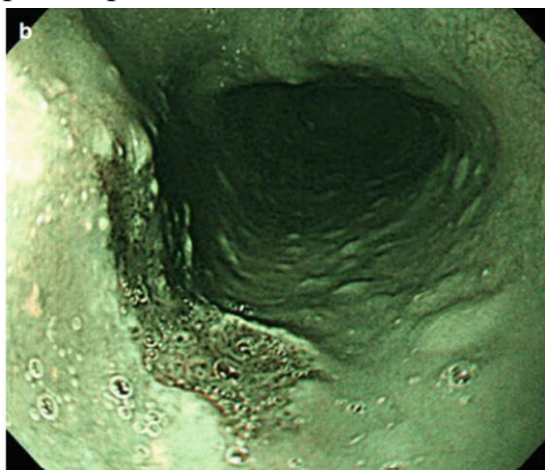
Слизистая оболочка желудка и 12 перстной кишки без признаков воспалительных и атрофических изменений.



Ваш предполагаемый диагноз и программа обследования?

Правильный ответ:

1. Ранний рак с/3 пищевода, красный плоский тип?
 2. Хромозофагоскопия с 2% раствором Люголя. Прицельная биопсия из очагов гипер-, ахромии слизистой оболочки пищевода.
- Представлено эндо-фото слизистой оболочки пищевода после введения 2% раствора Люголя.



В области 11 часов определяется зона слизистой оболочки пищевода, не окрашиваемая раствором Люголя (b).

При гистологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак (эпидермоидная карцинома).

Ваше окончательное эндоскопическое заключение?

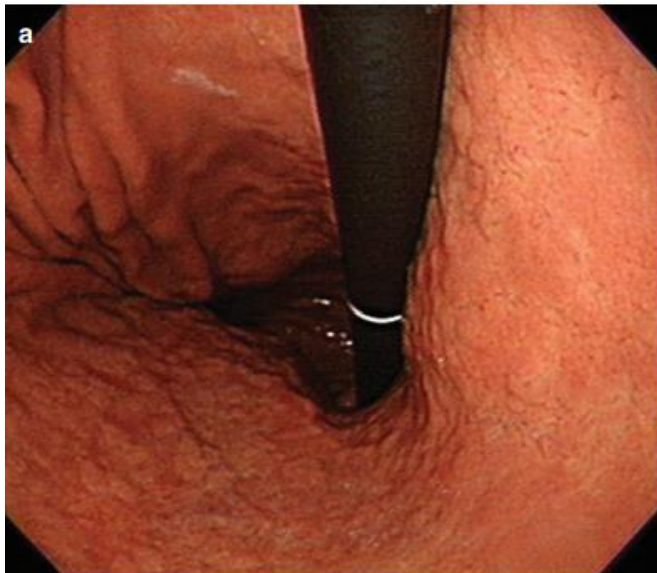
1. Правильный ответ:

Ранняя форма поверхностного рака средней трети пищевода, вариант (О-ІІb)

Задача 9.

Больной С., 72 лет. Жалобы на тяжесть и дискомфорт в эпигастральной области после приема пищи, снижение аппетита. Из анамнеза: считает себя больным в течение последних 5 лет, когда стал отмечать появление дискомфорта в эпигастрии после еды. По назначению терапевта получал курсовое лечение (креон, рабепразол, церукал) с кратковременным положительным эффектом. Последнее ухудшение в течение 1,5 месяцев, связывает с погрешностью в диете. Эффекта от курсовой базисной терапии не зарегистрировано. Наследственность отягощена по желчекаменной болезни (у материнской линии у всех родственников верифицирована ЖКБ) и раку желудка (мать умерла от неоперабельного рака желудка). Об-но: живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации: слепая и восходящая кишка мягко-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненные при смещении, поперечноободочная кишка – недоступна пальпации; левые отделы ободочной кишки (нисходящая кишка) мягко-эластичной консистенции, подвижные, с сохраненной эластичностью, безболезненные при смещении, сигмовидная кишка в дистальной части, плотно-эластичной консистенции с сохраненной подвижностью, безболезненная при смещении. Печень на 2 см выступает из-под нижнего края правой реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется. Желчепузырные симптомы отрицательные. При УЗИ брюшной полости, по данным амбулаторного обследования в поликлинике по месту жительства: печень - правая доля 116x10 мм; левая доля 97 x 90 мм. Эхогенность диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок не изменен. Холедох 9 мм. Воротная вена 8 мм, кровоток гепатопетальный. Поджелудочная железа 18x20x22 мм, визуализация затруднена из-за метеоризма. Обратился за консультацией к гастроэнтерологу, который рекомендовал проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии.

На эндо-фото (а, b, c) представлены результаты видеогастроскопии.



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото
2. Укажите объем дополнительного обследования пациента?

Правильный ответ:

1. При эндоскопии слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка определяются комбинированные признаки узловатости и атрофии слизистой оболочки тела желудка с немногочисленными беловатыми зернистыми бляшками в теле и антральном отделе желудка.
2. Рекомендовано проведение хромогастроскопии с индигокармином. Рекомендовано проведение биопсии из участков метаплазии железистого эпителия слизистой оболочки желудка после хромогастроскопии с индигокармином.

На эндо-фото (е, г) представлены результаты видеохромогастроскопии с

раствором индигокармина.

1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото (е, g)
2. Какие рекомендации, касающиеся диспансерного наблюдения за больным, должны быть отражены в эндоскопическом заключении?

Правильный ответ:

1. После нанесения индигокармина на слизистую оболочку тела желудка определяется четкая железистая структура кишечной метаплазии (указана стрелками).
2. Рекомендовано динамическое эндоскопическое исследование желудка (хромогастроскопия с индигокармином, NBI и пр.) с биопсией слизистой оболочки из зон кишечной метаплазии. Кратность проведения эндоскопического исследования – 1 раз в 2 года.

Задача 10.

Женщина, 68 лет, в течение 6 месяцев отмечала наличие симптомов желудочной диспепсии (тяжесть и жжение в эпигастрии после приема небольшого количества пищи, ощущение быстрого насыщения, эпизодически тошнота). По рекомендации врача-гастроэнтеролога была проведена эзофагогастроскопия (осмотр в белом свете). Результат эндоскопического исследования представлен на эндо-фото.



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото.
2. Укажите объем дополнительного обследования пациента?

Правильный ответ:

1. При эндоскопии слизистой оболочки тела желудка было выявлено 3 полипа желудка с выраженной эритематозной и отечной слизистой оболочкой.

Самый большой полип размерами 3 см в диаметре и имел небольшую язву на вершукше.

2. Рекомендовано проведение виртуальной хромогастроскопии в режиме узкого спектра освещения (NBI).

3. Рекомендовано проведение биопсии из полиповидных образований желудка.

Результат эндоскопического исследования в режиме NBI представлен на эндо-фото.



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото.

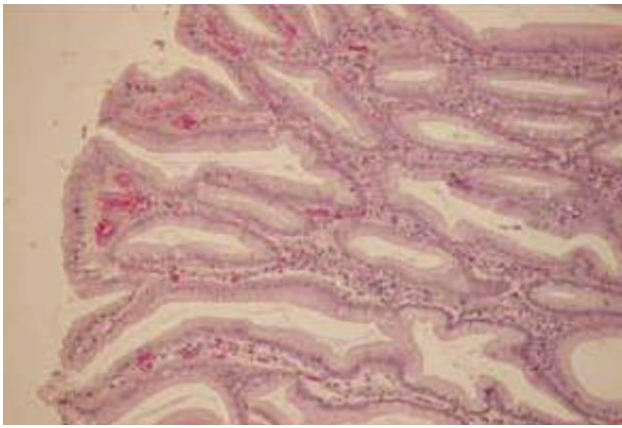
2. Укажите тактику ведения больной?

Правильный ответ:

1. При эндоскопии желудка с использованием виртуальной хромогастроскопии в режиме узкого спектра освещения (NBI) были выявлены расширенные желудочные ямки и плотные капиллярные петли (указаны стрелками). Небольшие изъязвления на вершине полипа выглядели как белые области, похожие на эндоскопию в белом свете.

2. Рекомендовано проведение эндоскопической полипэктомии самого большого полипа с последующим патоморфологическим исследованием.

Результаты патоморфологического исследования удаленного полипа представлены на фотографии. Гистопатологический результат соответствовал гиперпластическому полипу.



1. Ваше окончательное эндоскопическое заключение?
2. Тактика ведения больной с позиции врача-эндоскописта. Обоснование тактики ведения больной.

Правильный ответ:

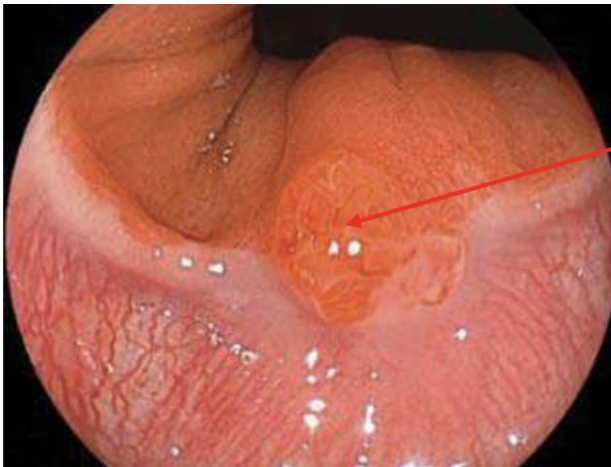
1. Хронический гиперпластический гастрит без морфологических признаков интраэпителиальной неоплазии.
2. Гиперпластические полипы развивается в результате воспалительной пролиферации фовеолярных клеток желудка. Как правило формирование гиперпластического полипа связано с инфекцией *H. pylori* и аутоиммунным гастритом. Гиперпластический полип может возникнуть в любом месте желудка, но чаще всего располагается в антральном отделе. При эндоскопическом исследовании выявляют гладкие, куполообразные и множественные полипы. Размеры полипов обычно достигают 1 см в диаметре, однако нередко выявляются большие гиперпластические полипы, который могут быть дольчатыми или на ножке, что может приводит к обструкции привратника. Кроме того, поверхностный эпителий полипа может быть эрозирован, что способствует развитию желудочно-кишечного кровотечения. Потенциальный риск рака увеличивается при полипах размером более 1 см, поэтому гиперпластические полипы размером более 1 см в диаметре должны быть полностью удалены с использованием эндоскопической диатермоэксцизии.

Рекомендовано динамическое эндоскопическое исследование с использованием режима NBI и биопсией из выступающих образований тела желудка. Кратность эндоскопического исследования – 1 раз в 2 года.

Задача 11.

Мужчина, 60 лет, обратился на прием к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на частую изжогу, отрыжку воздухом, пищей и кислым содержимым после еды и при физических нагрузках. Учитывая длительность симптоматики,

которая регистрировал в течение 3-х лет, больному рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС). Результаты эндоскопического исследования представлены на эндо-фото.



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

Правильный ответ.

1. При ВЭГДС в режиме белого света выявлено наличие выступающего образования в виде узелка ярко-красного цвета размером 0,5 см в диаметре, располагающегося на уровне желудочно-пищеводного перехода. В центре узлового образования определяется расширенная желудочная ямка (указана стрелкой).
2. Рекомендовано проведение видеоэзофагоскопии с использованием режима

Результаты видеоэзофагоскопии с использованием режима NBI представлены на эндо-фото.



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото.
2. Ваше окончательное эндоскопическое заключение.

3. Укажите тактику ведения больного с полным обоснованием.

Правильный ответ:

1. Видеоэзофагоскопия с использованием режима NBI выявила расширенную желудочную ямку с увеличенными извилистыми сосудами однородного рисунка, что противоречит злокачественной трансформации слизистой оболочки.

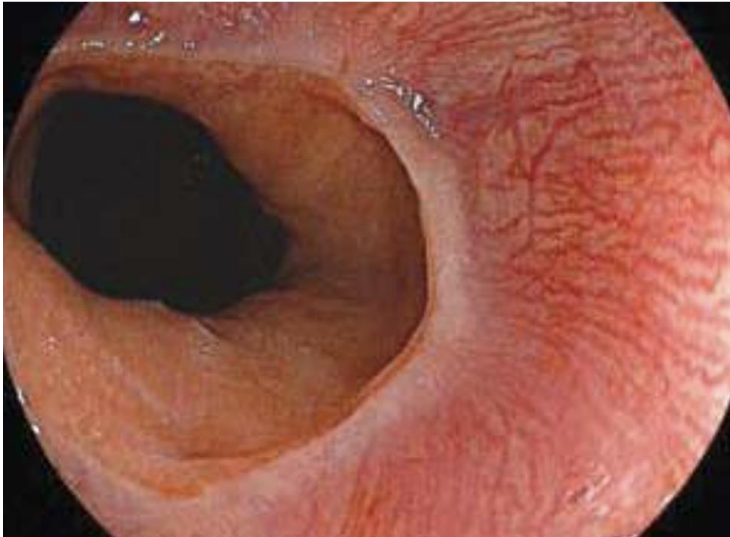
2. Гиперпластический полип в зоне пищеводно-желудочного перехода.

3. Рекомендовано динамическое эндоскопическое наблюдение с использованием хромоэзофагоскопии (2% или 4% раствор Люголя) или осмотром в режиме NBI, кратность исследования 1 раз в 2 года. Гиперпластический полип желудочно-пищеводного перехода (EGJ), также называемый воспалительным полипом пищевода, представляет собой достаточно редкое поражение, характеризующееся гиперпластическим эпителием (фовеолярного типа, плоскоклеточным или обоими) с различным количеством воспаленной стромы. При эндоскопическом исследовании достаточно часто обнаруживаются узелки или полипы с / или без эритематозной слизистой оболочки. Гиперпластический полип желудочно-пищеводного перехода диагностируется у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без явной патологии желудка. Гиперпластический полип представляет собой гиперреактивную реакцию слизистой оболочки как ответ на повреждение пищевода, включая связанное с рефлюксом изъязвление и заживление, длительную рвоту, болезнь Крона, гетеротопию слизистой оболочки желудка, инфекция и прочее. Гиперпластический полип пищевода имеет значительно более высокий уровень многослойного эпителия и связан с ультракоротким (<1 см) или коротким сегментом (от 1 до 3 см) пищевода Барретта. В то же время гиперпластический полип имеет потенциально минимальную злокачественность, поэтому эндоскопическое удаление его не требуется.

Задача 12.

65-летняя женщина обратилась на консультацию к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на изжогу, отрыжку воздухом, кислый и горький вкус во рту. Из анамнеза: вышеперечисленные симптомы беспокоят в течение 4-х лет. Лечилась самостоятельно, соблюдая диету и эпизодически принимала антациды с хорошим клиническим результатом. Ухудшение самочувствия в течение последних 3-х месяцев, когда стала регистрировать симптомы ацидизма и регургитации практически после каждого приема пищи. Эффекта от диетических ограничений и приема антацидов был непостоянный. Назначено дообследование – видеоэзофагогастроскопия в белом цвете. На

видео-фото представлены изменения пищевода.

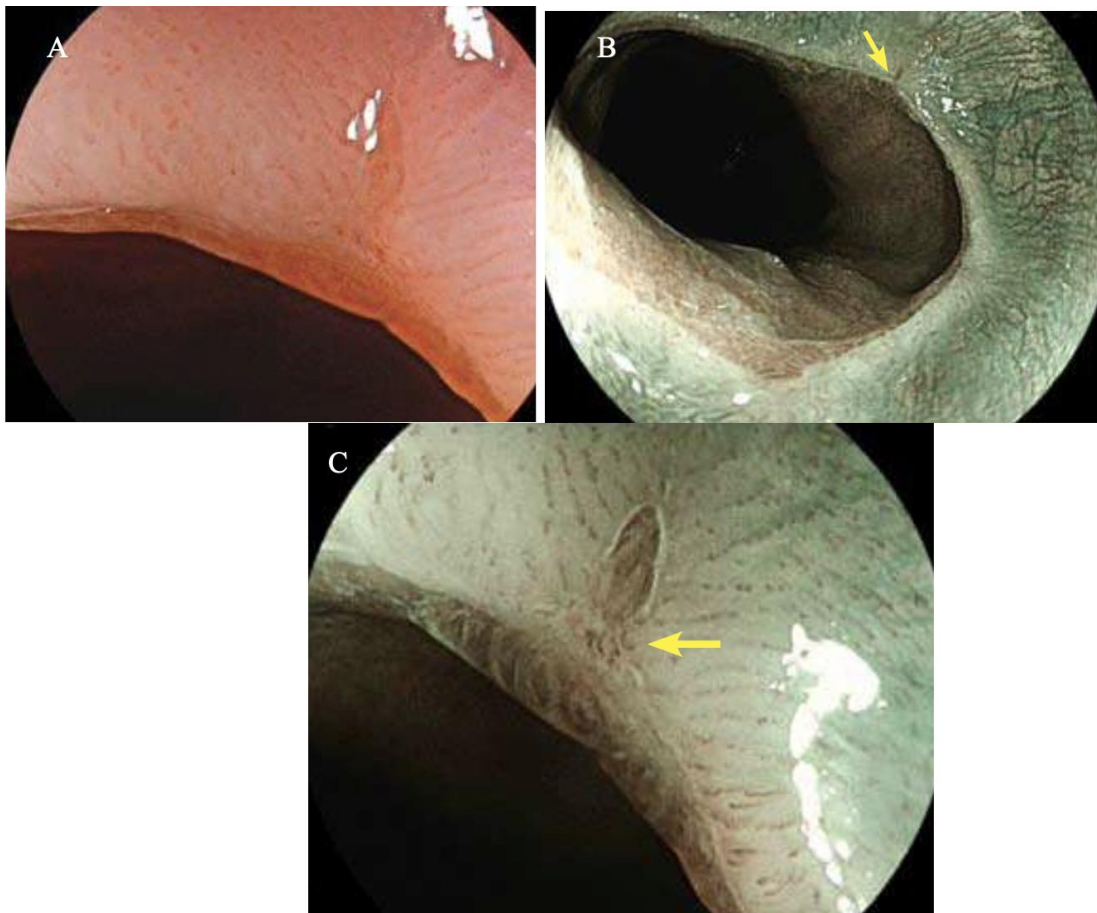


1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото.
2. Укажите тактику ведения больной?

Правильный ответ.

1. При ВЭГДС в стандартном режиме белого света выявлено наличие углубленного дефекта в области Z-линии на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода.
2. Рекомендовано проведение видеоэзофагоскопии с использованием режима NBI и конфокального увеличения.

На эндо-фото представлены изображения в режимах конфокального увеличения (А), осмотра в режиме NBI (В) и комбинированного метода: конфокальное увеличение и NBI (С).



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото (А, В, С).
 2. Как Вы сформулируете эндоскопическое заключение. Обоснование.
- Правильный ответ.

1. Эндо-фото А: при конфокальной эндоскопии определяется усиленный и деформированный внутрислизистый сосудистый рисунок. Эндо-фото В: при осмотре в режиме NBI более четко определяется линейный дефект в области Z-линии (указан желтой стрелкой). Эндо-фото С: использование комбинированного осмотра (конфокальное увеличение и NBI) позволило более четко осмотреть щелевидный дефект в области Z-линии, а также визуализировать расширенные и извилистые сосуды внутрислизистого рисунка в месте пищеводно-желудочного соединения (указаны желтой стрелкой).

2. Эндоскопическое заключение: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь пищевода с минимальными изменениями (MERD).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь пищевода с минимальными изменениями (MERD) диагностируется с помощью эндоскопии в белом свете при выявлении белесоватого изменения или гиперемии без четких границ в дистальной части слизистой оболочки пищевода, которые затрудняют визуализацию архитектоники внутрислизистых кровеносных сосудов. Следует помнить, что традиционная эндоскопия в белом свете может быть неоптимальной при MERD, поэтому многие случаи ошибочно

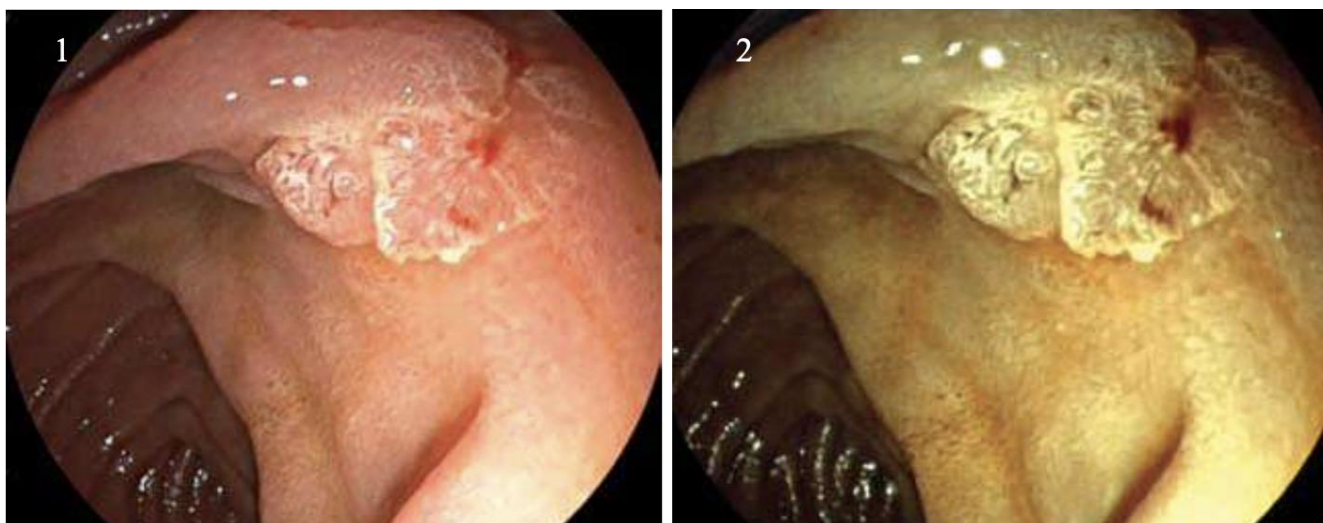
диагностируются как НЭРБ (неэрозивная рефлюксная болезнь). В эпоху цифровой хромоэндоскопии MERD диагностируется с использованием четких критериев: треугольные углубления, выступающие гребни или ворсинчатые узоры, обусловленных увеличением количества расширенных интрапапиллярных капиллярных петель (IPCL), а также точечной эритемы в дистальном отделе пищевода. Чувствительность, специфичность и точность указанных критериев составляет: 77%, 83% и 79%, соответственно. Дополнение цифровой хромоэндоскопии метода конфокального увеличения сопровождается повышением диагностической ценности эндоскопии в диагностике MERD.

Задача 13.

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).



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. Остаток ампулярной аденомы.

Ампулярная аденома встречается редко и обычно протекает бессимптомно. Первичный рак двенадцатиперстной кишки является редким новообразованием. При обзоре 117 433 патологоанатомических исследований только у пяти пациентов был выявлен рак двенадцатиперстной кишки. Таким образом, частота рака двенадцатиперстной кишки при вскрытии составила всего 0,04%. 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.

Задача 14.

Женщина 44 лет обратилась на консультацию к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на периодические боли ноющего характера в эпигастральной области, возникающие после приема пищи, сопровождающиеся чувством раннего насыщения и тошнотой. Из анамнеза: вышеперечисленная симптоматика беспокоит в течение 2 лет. Ухудшение состояния в течение нескольких недель. Рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии.

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



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

Правильные ответы.

1. При эндоскопическом исследовании визуализируется узелковая структура слизистой оболочки тела желудка на фоне нормальной слизистой оболочки желудка.

2. Рекомендовано проведение цифровой хромокопии с использованием технологии NBI и биопсии слизистой оболочки желудка.

На эндо-фото 2 представлены изменения слизистой оболочки желудка, полученные с использованием цифровой хромокопии с использованием технологии NBI.

1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото 2.
2. Как Вы сформулируете эндоскопическое заключение? Обоснование.



Правильные ответы.

1. При эндоскопическом исследовании с использованием NBI определяется расширенная желудочная ямка с нормальным сосудистым рисунком (отмечена стрелкой). Результаты патоморфологического исследования

гастробиоптатов: хронический гастрит без атипичных клеток.

2. Узловой гастрит.

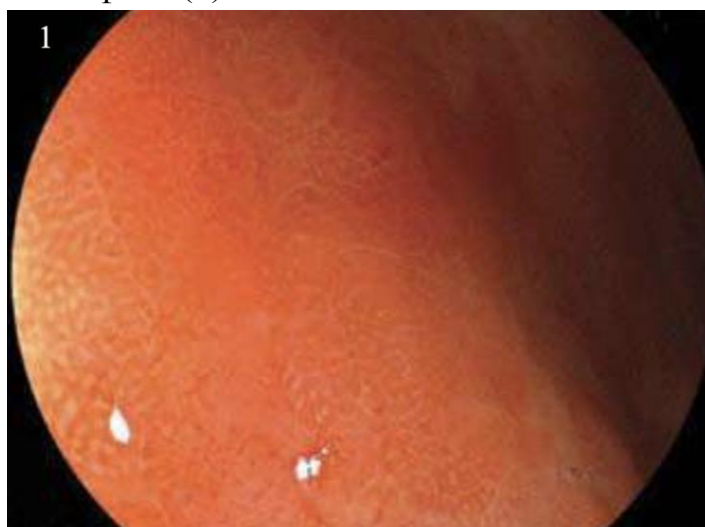
Существует тесная связь между узловым гастритом и инфекцией *Helicobacter pylori* (*H.pylori*). Эндоскопические данные включают множественные узловые дефекты наполнения и выступающие области желудка (мозаичный рисунок) в теле желудка на фоне нормальной слизистой оболочки. Это явление получило название «куриной кожи». Более того, это может представлять собой воспаление или инфильтративное новообразование. Другими дифференциальными диагнозами этого аномального паттерна являются следующие заболевания: Болезнь Менетрие, лимфома, синдром Золлингера-Эллисона и мастоцитоз.

Задача 14.

У 41-летней женщины с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой после курса лучевого лечения появились симптомы желудочной диспепсии.

С целью первичной диагностики рекомендовано проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии.

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



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото 1.

2. Укажите тактику ведения больной.

Правильные ответы.

1. При проведении ВЭГДС выявлено атрофическое изменение всей слизистой оболочки желудка. Биопсия желудка показала кишечную метаплазию.

2. Рекомендовано проведение ежегодной ВЭГДС с биопсией слизистой оболочки тела и антрального отдела.

При ежегодном динамическом наблюдении (ВЭГДС) регистрировались

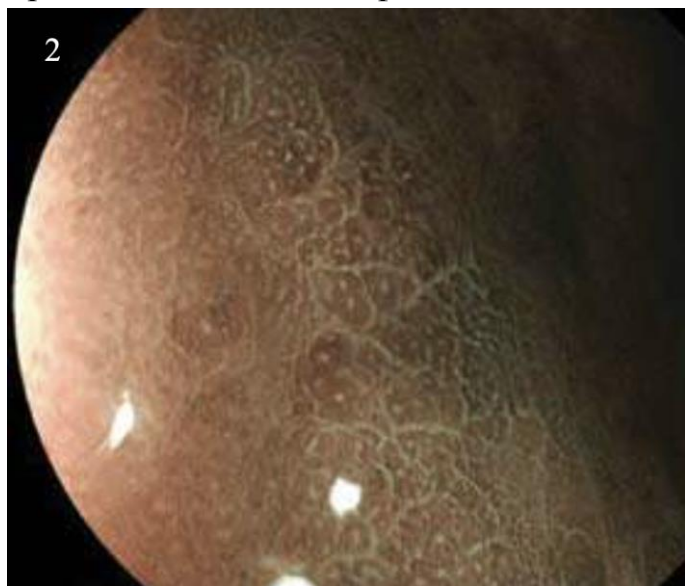
признаки диффузной атрофии слизистой оболочки.

1. Укажите тактику ведения больной?

Правильный ответ.

1. Рекомендовано проведение цифровой хромокопии с использованием технологии NBI, биопсии слизистой оболочки желудка и быстрого уреазного теста.

Результаты цифровой хромокопии с использованием технологии NBI представлены на эндо-фото 2



1. Опишите изменения, представленные на эндо-фото 2.

Правильные ответы.

1. При проведении цифровой хромокопии с использованием технологии NBI визуализированы рассеянные поражения с голубым гребнем.

Биопсия показала легкий хронический атрофический гастрит и желудочно-кишечную метаплазию (ЖКИ) без дисплазии.

Быстрый уреазный тест отрицательный.

1. Как Вы сформулируете эндоскопическое заключение? Обоснование.

Правильный ответ.

Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией.

Желудочно-кишечная метаплазия (ЖКМ) и дисплазия относятся к числу хорошо известных предраковых поражений желудка. Обнаружение таких предраковых поражений может привести к диагностике раннего рака желудка и улучшению выживаемости. Ежегодная эндоскопия представляется оправданной у всех пациентов с кишечной метаплазией, по крайней мере, с одним из следующих состояний: (1) расширение ЖКМ >20% поверхности слизистой оболочки; (2) наличие ЖКМ неполного типа; (3) родственник

первой степени родства больных раком желудка; и (4) курильщики. За остальными пациентами с ЖКМ можно предложить менее интенсивное (2-3 года) наблюдение. При динамическом наблюдении эндоскопия с улучшенным изображением необходима для получения четкой визуализации как микроциркуляторного русла, так и микроструктуры поверхности желудка, что позволяет точно диагностировать ранние злокачественные новообразования.