

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности

31.08.70 «Эндоскопия»

Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1113;
- Профессиональным стандартом «Врач-эндоскопист», утвержденный Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 июля 2021 г. № 471н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных Роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Г.А. Новик (расшифровка)
---	--	-----------------------------

Доцент, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	С.Н. Минина (расшифровка)
---	--	------------------------------

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО

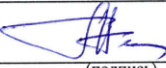
название кафедры

« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО

название кафедры

д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Г.А. Новик (расшифровка)
---	--	-----------------------------

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК5);

лечебная деятельность:

- готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Организация эндоскопической помощи населению в амбулаторных и стационарных условиях.
2. Преимущества использования цифровой аппаратуры в эндоскопии.
3. Возрастные особенности эндоскопической картины пищевода, желудка и

двенадцатиперстной кишки.

4. Пороки развития пищевода, эндоскопическая диагностика.
5. Пороки развития желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая диагностика.
6. Пороки развития трахеобронхиального дерева и легких, эндоскопическая диагностика.
7. Показания к плановой и экстренной ЭГДС. Абсолютные и относительные противопоказания.
8. Подготовка больного к ЭГДС. Виды анестезиологического пособия при эндоскопии в педиатрии. Целесообразность седации или анестезиологического пособия.
9. Осложнения ЭГДС. Диагностика, профилактика.
10. Хромоскопия в эндоскопии.
11. Эзофагиты. Особенности эндоскопической картины при инфекционных поражениях пищевода.
12. Причины нарушения проходимости пищевода, эндоскопическая диагностика.
13. Доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода.
14. Пищевод Барретта, роль эндоскопии в диагностике.
15. Эндоскопические методы лечения пищевода Барретта.
16. Инородные тела пищевода: клиника, диагностика, методика эндоскопического извлечения.
17. Недостаточность кардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, роль эндоскопии в их диагностике.
18. Эрозивно-язвенные поражения желудка.
19. Доброкачественные новообразования желудка
20. Злокачественные новообразования желудка.

6.2.2. Ситуационные задачи

У	-	Бригадой скорой медицинской помощи пациент К. 66 лет, доставлен в приемный покой многопрофильного стационара, с жалобами: на слабость, головокружение, черный стул в течение 3 последних дней. Из анамнеза известно: приехал в город С. с целью деловых переговоров. Ранее ФГДС не выполнялась. Страдает ГБ (препараты регулярно не принимает), СД II типа. Последний прием пищи 4 часа назад. Объективно: АД 90/60 мм.рт. ст. Рс 100 уд/мин. Кожные покровы бледные, влажные, липкие. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Per rectum : на перчатке черный дегтеобразный стул («мелена»). ОАК: Hb 80г/л, Eг 2,2*10 ¹² . Пациент направлен на ФГДС.
В	1	Какова Ваша дальнейшая тактика?
		Пациент с клинической картиной ЖКК при АД 90/60 мм. рт. ст., Рс 100 уд/мин., Hb 80г/л, и «меленой» должен быть госпитализирован в реанимационное хирургическое отделение с последующей постановкой желудочного зонда с отмыванием содержимого желудка холодной водой до чистых промывных вод. После подготовки пациента к исследованию выполняется ФГДС. По результатам исследования принимается решение об остановке ЖКК эндоскопическим способом, консервативном лечении или об оперативном лечении традиционным доступом.
В	2	Назовите известные Вам причины дегтеобразного черного стула.
		Истинное желудочно-кишечное кровотечение, носовое кровотечение, прием препаратов железа, активированного угля, препарата Де-нол, прием некоторых продуктов: черника, свекла.

В	3	Перечислите возможные источники кровотечения из пищевода, желудка и ДПК.
		Язвенное кровотечение, язва Деллафуа, синдром Маллори-Вейсса, злокачественная опухоль, GIST, полипы, ВРВ пищевода и желудка, эрозивно-геморрагическая гастропатия, вирсунгоррагия, гемобилия.
В	4	По результатам ФГДС: выявлен край язвенного дефекта передней стенки луковицы ДПК, прикрытый рыхлым фиксированным сгустком красного цвет, поступления свежей крови из-под сгустка не определяется. Классифицируйте данное язвенное кровотечение по Forrest (и расшифруйте).
		Forrest IIB. Состоявшееся кровотечение с фиксированным сгустком.
В	5	При данной эндоскопической картине Ваша дальнейшая тактика?
		С целью усиления гемостаза должен быть выполнен эндоскопический комбинированный гемостаз: инъекцирование р-ром адреналина (1мл+10мл 0.9% физ р-ра) ; после удаления сгустка- монополярная диатермокоагуляция (или клипирование).
У	-	01.06.2017 г. - пациентка О. , 36 лет ошибочно выпила раствор уксусной кислоты, сразу вызвала бригаду скорой помощи. На догоспитальном этапе оказана помощь – выпито 2 литра воды с последующей рвотой, после чего была доставлена в приемный покой в многопрофильный стационар. Объективно: АД 100/60 мм.рт. ст. Ps 110 уд/мин. Кожные покровы бледные, липкие. Температура тела 38,7С. Отмечаются боли за грудиной и в эпигастрии, многократная рвота, жажда.
В	1	Оцените тактику оказанной помощи на догоспитальном этапе.
		Тактика оказания помощи неверная. На догоспитальном этапе при ожогах кислотой необходимо промывать желудок о через толстый зонд водой.
В	2	Охарактеризуйте поражающее действие кислоты.
		- Глубина поражения ткани при ожогах кислотами меньше, чем при ожогах щелочами. - При ожогах образуется КОАГУЛЯЦИОННЫЙ НЕКРОЗ (сухой струп), который препятствует дальнейшему проникновению кислоты вглубь – в результате коагуляции белков клеток и нейтрализации щелочи тканей. - Быстрое понижение концентрации кислоты из-за разведения ее в воде, отнятой у тканей.
В	3	Охарактеризуйте поражающее действие щелочи.
		- Глубина поражения больше, чем при кислотах. - Развивается КОЛЛИКВАЦИОННЫЙ НЕКРОЗ (мягкое омертвление тканей) пищеварительного тракта вследствие омыления жиров и разрушения белков. - Ткани теряют свою структуру, разжижаются, представляют собой студенистую массу, почти не препятствующую дальнейшему проникновению в глубину стенок пищевода агрессивного вещества.
В	4	В какие сроки после химического поражения пищевода и желудка показано выполнение ФГДС (в экстренном порядке и плановом).
		В экстренном порядке ФГДС выполняется при поступлении или по жизненным показаниям (подозрение на перфорацию пищевода, ЖКК). В плановом порядке первый осмотр должен быть выполнен не ранее 7-10 суток после химической травмы.
В	5	При эндоскопическом осмотре на 10 сутки после получения химической

		травмы (по экстренным показаниям): слизистая ротоглотки отечная, рыхлая, с эрозиями 0,5-0,8см под гематином, контактно кровоточит. Эластичность ВПС сохранена. Слизистая ВПС и пищевода с выраженным отеком, под обильным налетом фибрина, с множественными изъятиями неправильной формы 0,6*1,2см; 0,7*1,5см, дно под фибрином и гематином. Укажите степень и стадию химического ожога.
		Химический ожог пищевода (от 01.06.2017 г.) – эрозивно-язвенное поражение пищевода, II степени, III стадии, с признаками состоявшегося кровотечения.
У	-	В многопрофильный стационар доставлен мужчина 50 лет с входящим диагнозом термического поражение лица, верхних конечностей III ст. Из анамнеза известно: пострадавший дальнбойщик; с целью оценки количество бензина в баке, решил подсветить бак зажигалкой. Перенесенные операции: левосторонняя верхнедолевая лобэктомия. Пациент госпитализирован в ожоговое реанимационное отделение. В экстренном порядке выполнена ФБС, выявлена термо-химическая ингаляционная травма дыхательных путей III ст. (эндоскоп заведен через ИТ, дистальный край которой располагается на 2,0 см выше карины. Слизистая н/3 трахеи, карины и бронхов отечная, ярко гиперемизированная, в просвете умеренное количество вязкого прозрачного секрета. Устья сегментарных бронхов сужены за счет отека слизистой.)
В	1	Оцените верно ли выставлена степень ингаляционной травмы.
		Степень ингаляционной травмы дыхательных путей выставлена верно.
В	2	Какие сегментарные бронхи левого легкого отсутствуют?
		Отсутствуют В1+В2, В3
В	3	Эндоскопическая тактика при термо-химической ингаляционной травме дыхательных путей III ст.
		Санация 2 % р-ром соды. Орошение р-ром преднизолона (75 мг), антисептик (диоксидин 0,5%). Повторная санация по экстренным показаниям.
В	4	Показания для повторной санации ТБД?
		Ателектаз легкого, подтвержденный рентгенологически; гнойный эндобронхит, легочное кровотечение, подозрение на стеноз.
В	5	Показания к интубации трахеи и ИВЛ при ингаляционной травме
		Абсолютными показаниями для интубации трахеи являются: • признаки дыхательной недостаточности, • отсутствие сознания. Высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, связанных с нарушениями газообмена: • ожоги кожи III ст. >40% п.т., • локализация ожогов III ст. на лице и шее с риском прогрессирующего отека мягких тканей, • угнетение сознания по шкале ком Глазго < 8 баллов, • ожоги верхних дыхательных путей с поражением гортани, • поражение продуктами горения дыхательных путей III степени.
У	-	Пациентка М., 45 лет самостоятельно обратилась в многопрофильный стационар с жалобами на нарушение глотания, боли за грудиной после попытки приема пищи. Из анамнеза: в течение 10 лет беспокоит постоянная изжога и боли за грудиной и в эпигастрии. Самостоятельно лечилась «разведенной содой», через 2 часа боли возобновлялись. В течение

		последних 2-х лет по совету соседки на постоянной основе принимает препараты нитроглицерина (ИБС?). Семейный анамнез отягощен - мать болела раком желудка. ФГДС ранее выполнялась.
В	1	Какие заболевания можно заподозрить у пациента?
		Рак пищевода или кардии; Пептическую стриктуру пищевода (с наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); Постожеговая стриктура; Стенозы другой этиологии- постлучевые, постинфекционные (дифтерия, туберкулез, сифилис), проявления системных заболеваний соединительной ткани (системной склеродермии, СКВ), микотические, посттравматические. ИБС, стенокардию; Ахалазию пищевода. Ущемленная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы Инородное тело пищевода Дивертикул Ценкера Аневризма грудного отдела аорты Опухоль средостения со сдавлением пищевода «извне».
В	2	Классификация рубцовых сужений пищевода по локализации и протяженности?
		По локализации: • высокие стриктуры (глоточные, шейные); • средние (аортальные, бифуркационные); • низкие (кардиальные); • комбинированные (пищевода и желудка). По локализации стриктур пищеводных анастомозов: - Высокие – на уровне глотки и в/3 пищевода, - Низкие – на уровне диафрагмы или выше нее до с/3 пищевода. По протяженности: • короткие (мембранозные, циркулярные до 1 - 3 см); • трубчатые (на участке более 3 см); • четкообразные (двойная, тройная и более локализация); • тотальные
В	3	Клинико-рентгенологическая классификация степеней сужения.
		1 степень - избирательная: d стриктуры = 1 - 1,5 см, признаки механической непроходимости возникают на прием некоторых видов пищи (хлеб, картофель, фрукты), при торопливой еде, при рентгенологическом исследовании прохождение контраста не замедлено. 2 степень - компенсированная: d = 0,6 - 0,8 см, пищевод проходим только для полужидкой пищи, при рентгенологическом исследовании прохождение контраста замедленно с кратковременной задержкой над сужением, отмечается небольшое супрастенотическое расширение. 3 степень - субкомпенсированная: d = 0,3 - 0,5 см, рентгенологически - резко выраженное нарушение прохождения контраста, супрастенотическое расширение пищевода с явлениями застойного эзофагита. 4 степень - облитерация пищевода (обратимая), отмечается полное нарушение проходимости (жидкости, слюны, контрастной взвеси), ярко выраженное супрастенотическое расширение пищевода. Однако при проведении консервативной терапии или после наложения гастростомы проходимость пищевода клинически может частично восстановиться.

		5 степень - облитерация пищевода (необратимая)
В	4	Назовите степени дисфагии
		0 степень- нормальное глотание; 1 степень затруднения при приеме твердой пищи; 2 степень – питание полужидкой пищей; 3 степень – питание жидкой пищей; 4 степень – невозможность проглотить слюну.
В	5	Методы эндоскопического лечения пептических стриктур пищевода.
		• Бужирование по направляющей струне; • Баллонная гидродилатация; • Рассечение рубца током высокой частоты; • Инъекции лидазы и кортикостероидов в зону рубца (в комбинации с дилатационными методами); • Эндопротезирование пластиковыми стентами; • Эндопротезирование биodeградирующими стентами.
		Больная Б: 16 лет. Поступила в экстренном порядке впервые по скорой помощи, с жалобами на: головокружение, слабость. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно- розовые, при пальпации живот мягкий безболезненный. Per rectum на перчатке кал черного цвета. Общий анализ крови: Гемоглобин - 112 г/л; Гематокрит, 34,5 % ; Эритроциты $3,7 \times 10^9$, Тромбоциты 175×10^9, Лейкоциты 10×10^9. Биохимический анализ крови: Общий белок 80 г/л, Альбумины 40 г/л, Общий билирубин 11,5 мкмоль/л Непрямой билирубин 5 мкмоль/л , Прямой билирубин 14 мкмоль/л Аспартатаминотрансфераза до 29 ед/л , Аланинаминотрансфераза до 31 ед/л , Холестерин 4,5 ммоль/л , Липопротеиды ВП 2,5 ммоль/л , Фибриноген 2 г/л , Амилаза 43 ед/л , Мочевая кислота 275 мкмоль/л , Креатинин 77 мкмль/л , Мочевина 5,2 ммоль/л , С-реактивный белок 0,3 мг/л , Глюкоза 6,2 ммоль/л. УЗИ: Органы брюшной полости в пределах возрастной нормы. Общий анализ мочи: без изменений. ФГДС: В нижней 1/3 пищевода по задней стенке имеется линейный разрыв слизистой, размером 0,9-1,2 х 0,3 см, глубиной до 0,2 см, без подметания свежей крови из дна и слоев. Желудок обычной формы и размеров, угол Гисса сглажен. В желудке небольшое количество жидкости с примесью лизированной крови и сгустками, поступление свежей крови не отмечается. Слизистая в теле и антральном отделе желудка на видимых участках равномерно гиперемирована. Привратник округлый, в тонусе, проходим. Луковица ДПК не деформирована, стенки её расправляются полностью при инсуффляции воздуха. Слизистая её бледно-розовая, без дефектов. Постбульбарный отдел расправляется полностью, складки его сглажены, слизистая бледно-розовая, бархатистая, без дефектов. на стенках отмечаются мелкие сгустки (не фиксированные), по отмыванию которых поступление свежей крови и тромбированных сосудов не выявлено. БДС расположен обычно, незначительно выбухает в просвет, устье его свободно, поступление желчи не отмечается.
В	1	Предварительный диагноз?

		Синдром Меллори-Вейсса. Распространенный поверхностный гастрит.
В	2	Дальнейшая тактика? Нужно ли клипировать линейный дефект слизистой в пищеводе?
		Необходимо подготовить желудок (промыть), для детального осмотра слизистой желудка с целью исключения других источников кровотечения. Клипировать линейный дефект слизистой в пищеводе.
В	3	Окончательный диагноз?
		Синдром Маллори-Вейсса. Распространенный поверхностный гастрит.
В	4	Нужно ли брать биопсию слизистой желудка?
		Биопсия слизистой желудка на высоте кровотечения не выполняется.
В	5	Какой процент риска повторного кровотечения?
		10-15% случаев.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Алгоритм проведения местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией;
2. Алгоритм проведения эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС;
3. Алгоритм проведения всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки – при колоноскопии; трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка – при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;
4. Алгоритм прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
5. Методы фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
6. Техника выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
7. Методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.
8. Проведение эзофагогастродуоденоскопии;
9. Проведение бронхофиброскопии и ригидной бронхоскопии;
10. Проведение колоноскопии;

6.2.4. Тестовые задания

1. Сколько анатомических частей выделяют в пищеводе?

а- 2

б- 3

в- 4

г- у каждого пациента индивидуально

2. Сколько физиологических сужений имеет пищевод ?

а- 2

б- 3

в- 4

г- у каждого пациента индивидуально

3. Передняя часть грудного отдела пищевода прилежит к

а- мембранозной части трахеи

б- к дуге аорты

в- к задней поверхности левого бронха

г- ко всем указанным органам

4. Место перехода глотки в пищевод у новорожденных детей проецируется на
а- 2 шейный позвонок
б- 3-4 шейные позвонки
в- 5-6 шейные позвонки
г- 7 шейный позвонок
5. Место перехода глотки в пищевод у пациентов старше 15 лет проецируется на
а- 3-4 шейные позвонки
б- 5-6 шейные позвонки
в- 6-7 шейные позвонки
г- 1 грудной позвонок
6. Среднее расстояние от края загубника до глоточно-пищеводного перехода у грудных детей составляет
а- 7,5 – 8 см
б- 10-11 см
в- 12-13 см
г- 14-15 см
7. Поперечный диаметр пищевода у детей первых месяцев жизни составляет
а- 4-5 мм
б- 7-8 мм
в- 10-11 мм
г- 12-15мм
8. В какой зоне пищевода отсутствует слой продольных мышц, что повышает риск перфорации ?
а- ниже глоточно-пищеводного перехода на задней стенке
б- в зоне прилегания мембранозной части трахеи
в- в области аортального сужения
г- в абдоминальной части пищевода
9. Ниже аортального сужения к передней стенке пищевода прилежит
а- бифуркация трахеи
б- правый главный бронх
в- левый главный бронх
г- нисходящая часть аорты
10. Прицельную биопсию для выявления пищевода Барретта следует брать после хромокопии с
а- индиго-кармином
б- раствором Люголя
в- Конго красным
г- гематоксилин- эозином
11. Лейкоплакия пищевода это
а- очаги грибкового поражения
б- грануляционные разрастания
в- очаги ороговевающего эпителия
г- участки эпителизированных эрозий

12. Ценкеровский дивертикул располагается
а- в любом отделе пищевода
б- в зоне глоточно-пищеводного перехода
в- в средней трети пищевода
г- в нижней трети пищевода (эпифренально)
13. Лейомиома относится к
а- эпителиальным опухолям
б- неэпителиальным опухолям
в- воспалительным псевдополипам
г- мышечным опухолям
14. Что повышает риск осложнений при проведении ЭГДС
а- нарушение ритма сердца
б- внутричерепная гипертензия
в- артериальная гипертензия
г- все перечисленные факторы
15. При химическом ожоге пищевода диагностическая ЭГДС показана
а- в 1 сутки
б- на 5-6 сутки
в- на 9-10 сутки
г- только после 20 суток от момента ожога
16. Чем следует орошать слизистую пищевода при химическом ожоге кристаллами $KMnO_4$?
а- физиологическим раствором
б- 5% аминакапроновой кислотой
в- 5% аскорбиновой кислотой
г - 5% раствором глюкозы
17. Клинически перфорация в шейном отделе пищевода проявляется
а- болями при глотании
б- подкожной эмфиземой
в- осиплостью голоса
г- всеми перечисленными симптомами
18. На обзорной рентгенограмме при перфорации пищевода определяется свободный воздух
а- на боковых поверхностях шеи
б- в виде пневмоторакса
в- под правым куполом диафрагмы
г- в зависимости от уровня перфорации
19. Наиболее четкие эндоскопические критерии существуют при диагностике
а- истинной диафрагмальной грыжи
б- параэзофагеальной грыжи
в- аксиальной грыжи
г- всех перечисленных грыж
20. Для врожденного короткого пищевода характерно
а- извитой просвет пищевода
б- грубая продольная складчатость
в- прямой просвет пищевода

г- множественные участки лейкоплакии

21. Наиболее четким эндоскопическим признаком пилоростеноза является

а- зияние кардии

б- затруднение при проведении эндоскопа через щелевидный привратник

в-выраженный сосудистый рисунок подслизистого слоя желудка и сглаженность складчатости слизистой дна и тела

г- взбухание пилорического жома в просвет желудка при инсуффляции воздуха

22. Для диагностики целиакии биоптат берется из

а- луковицы 12-типерстной кишки

б- области Фатерова соска

в- как можно ближе к связке Трейца

г- любого отдела 12-типерстной кишки

23. Взятие щипковой биопсии нецелесообразно при диагностике

а- пищевода Барретта

б- раннего рака

в- лейомиомы

г- экссудативной энтеропатии

24. Хромоскопия с метиленовым синим используется для

а- выявления нарушения архитектоники слизистой

б- выявления кишечной метаплазии

в- определения кислотпродуцирующих зон желудка

г- окрашивания ядер злокачественных эпителиоцитов

25. Задняя стенка желудка прилежит

а- к аорте

б- к селезенке

в- к поджелудочной железе

г- ко всем перечисленным органам

26. «Излюбленной» локализацией хористомы является

а- дно желудка

б- тело желудка

в- угол желудка-

г- антральный отдел

27. Сглаженность складчатости слизистой тела и дна желудка у новорожденного свидетельствует о

а- атрофии слизистой желудка

б- пороке развития желудка

в- нарушении перистальтики желудка

г- физиологической норме

28. Емкость желудка новорожденного в среднем составляет

а- 10-15 мл

б- 25-30 мл

в- 100 мл

г- 250 мл

29. Проведение ЭГДС у детей первых месяцев жизни чревато такими осложнениями как
а- перераздутие органов желудочно-кишечного тракта
б- компрессия трахеи
в- тонкокишечная инвагинация
г- всеми перечисленными осложнениями
30. Проведение экстренной ЭГДС при желудочно-кишечном кровотечении противопоказано при
а- инфаркте миокарда
б- гипертоническом кризе
в- терминальном состоянии больного
г- всех указанных состояниях
31. При ЭГДС у больного с пернициозной анемией целесообразно взятие биоптата из
а- пищевода
б- дна и тела желудка
в- антрального отдела желудка
г- постбульбарного отдела 12-типерстной кишки
32. Проведение эндосонографии целесообразно при
а- диагностике подслизистых образований
б- диагностике глубины и протяженности рубцовых изменений стенки органа
в- инвазивного роста опухолевых образований
г- всех перечисленных ситуациях
33. Для эрадикации варикозно расширенных вен пищевода используется
а- клипирование
б- аргоноплазменная коагуляция
в- лигирование
г- сочетание указанных методов
34. Пациенту не показан ежегодный эндоскопический контроль, если удаленный полип оказался
а- аденомой
б- гиперпластическим полипом
в- фовеолярной гиперплазией
г- ювенильным полипом
35. К эпителиальным полипам не относится
а- очаговая фовеолярная гиперплазия
б- гиперпластический полип
в- тубулярная аденома
г- гамартонный полип
36. К неэпителиальным полипам относится
а- гетеротопия поджелудочной железы
б- воспалительный псевдополип
в- доброкачественный лимфатический полип
г- все перечисленные образования
37. Воспалительные полипы могут возникнуть
а- при болезни Крона

- б- после перенесенного химического ожога
- в- на фоне таких инфекций как амебиаз, шистозомиаз, бациллярная дизентерия
- г- при любом из перечисленных заболеваний

38. Наибольшим риском малигнизации обладает

- а- тубулярная аденома
- б- ворсинчатая аденома
- в- тубулярно-ворсинчатая аденома
- г- фиброидный псевдополип

39. Аргонплазменная коагуляция является оптимальным методом эндоскопического гемостаза

- а- при кровотечении из варикозно расширенных вен желудка
- б- при язвенном кровотечении
- в- при кровотечении из области ангиодисплазий
- г- при синдроме Дъелафуа

40. При системной склеродермии наиболее часто возникает эрозивное поражение слизистой

- а- пищевода
- б- желудка
- в- 12-типерстной кишки
- г- толстой кишки

41. Стриктурой пищевода называется сужение сегмента пищевода длиной

- а- не более 1 см
- б- до 4 см
- в- от 5 до 7 см
- г- любой длины

42. Стенозом пищевода называется сужение

- а- менее 3 мм в диаметре
- б- менее 5 мм в диаметре
- в- протяженностью от 1 до 4 см
- г- протяженностью более 4 см

43. Какой из методов бужирования рубцовых стриктур пищевода имеет наибольший % осложнений

- а- бужирование по струне-направителю
- б- ретроградное бужирование по нити через гастростому
- в- «слепое» бужирование
- г- любой из методов имеет примерно равный % осложнений

44. Баллонную дилатацию предпочтительнее использовать при

- а- множественных стриктурах пищевода
- б- стенозах пищевода
- в- одиночной несформированной стриктуре
- г- одиночной сформированной стриктуре

45. Метод электрорассечения предпочтителен

- а- при эксцентрично расположенной стриктуре
- б- при множественных стриктурах
- в- при одиночной сформированной стриктуре

г- при стенозе пищевода

46. При химическом ожоге пищевода 3 степени рубцовые процессы длятся

- а- 3 месяца
- б- 6 месяцев
- в- 1 год
- г- до 3 лет

47. Наименьшей агрессивностью на белки тканей при химическом ожоге обладают вещества, относящиеся по механизму действия к

- а- коррозивам
- б- обезвоживателям
- в-солеобразующим
- г-нарывным

48. Сужение просвета пищевода может быть следствием

- а- химического ожога
- б- инвазивного кандидоза
- в- инфильтративного рака
- г- всех перечисленных заболеваний

49. Наивысшей агрессивностью воздействия на ткани пищевода обладают вещества по механизму действия относящиеся к

- а- окислителям
- б- солеобразующим
- в- обезвоживателям
- г- нарывным

50. Риск развития осложнения в виде кровотечения при ЭГДС наиболее высок у пациентов с

- а- рубцовой стриктурой пищевода
- б- портальной гипертензией
- в- эрозивным гастритом
- г- приблизительно одинаков во всех группах

6.3. Рекомендуемая литература

Основная:

1. "Эндоскопия. Базовый курс лекций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423301.html>
2. "Эндоскопия желудочно-кишечного тракта [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. С.А. Блащенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410363.html>

Дополнительная:

1. Лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции в урологии [Электронный ресурс] / Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич, Рамишвили Владимир Шотаевич, Сулейманов Сулейман Ибрафимович, Одилов Аминджон Юсупович, Фаниев Михаил Владимирович, Гигиадзе Отари Владимирович, Демин Никита Валерьевич, Зокиров Нурали Зоирович - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439012.html>
2. Практическая кольпоскопия [Электронный ресурс] / Роговская С.И. - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437247.html>