

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 20 21 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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.2)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.70 «Эндоскопия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Новик Г.А. (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Минина С.Н. (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
название кафедры

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

Заведующая кафедрой	Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО название кафедры	
Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Новик Г.А. (расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен

- знать:

Общие знания:

- перспективы развития эндоскопии;
- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в области эндоскопии;
- основы страховой медицины и менеджмента в эндоскопии;
- основные права и обязанности медицинских работников;
- вопросы законодательства по профессиональным нарушениям и формы уголовной ответственности за их совершение;
- общие вопросы организации плановой и экстренной эндоскопической помощи в стране взрослому населению и детям, пути совершенствования эндоскопической службы;
- работу врача - эндоскописта в условиях страховой медицины.

Специальные знания:

- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;
- этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);
- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;
- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;
- показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;
- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;
- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;
- оборудование эндоскопических кабинетов и операционных, технику безопасности при работе с аппаратурой.

- уметь:

- собрать анамнез и сопоставить полученные сведения с данными имеющейся медицинской документацией на больного с тем, чтобы выбрать нужный вид эндоскопического исследования;
- выявить аллергическую предрасположенность больного к анестетикам с тем, чтобы определить вид анестезии, при которой будет выполняться эндоскопическое исследование;
- определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического исследования;
- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;
- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа в зависимости от характера планируемого эндоскопического исследования;
- выбрать способы биопсии и уметь их выполнять;
- визуально четко определять анатомические границы отделов исследуемых органов и физиологических сужений;
- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;
- определить нозологическую форму заболевания на основании выявленных макроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов;
- правильно оформить протокол эндоскопического исследования;
- уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа эндоскопической деятельности.

- владеть навыками:

- методами местной анестезии глоточного кольца, трахеобронхиального дерева, местной инфильтрационной анестезией;
- техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при ЭГДС; 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;
- прицельной биопсией из патологических очагов слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- методом фиксации материала биопсии для гистологического исследования;
- техникой выполнения мазков-отпечатков для цитологического исследования;
- методами осуществления забора асцитической жидкости, выпота из брюшной полости для цитологического исследования и посевов.
- эзофагогастродуоденоскопии;
- бронхофиброскопии и ригидной бронхоскопии;
- колоноскопии;
- лапароскопии;
- прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;

- извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
- выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
- расширения и рассечения послеоперационных сужений пищевода;
- папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
- установки зонда для питания;
- дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства;
- выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.70 «Эндоскопия»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	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	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Текущий Промежуточный
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
5	ПК-6	готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	Текущий Промежуточный
6	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов	Текущий Промежуточный

		у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	
7	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Текущий Промежуточный

3. Соответствие формируемых компетенций задач освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики				
	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний эндоскопического профиля, установления диагноза	Назначение лечения детям с заболеваниями эндоскопического профиля, контроль его эффективности и безопасности	Назначение реабилитационных мероприятий детям с заболеваниями гэндоскопического профиля и контроль их эффективности	Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация деятельности подчиненного персонала
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1	+			+	
ПК-2	+				+
ПК-5	+				+
ПК-6		+			
ПК-8			+	+	
ПК-9				+	

**Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по практике (Б 2) по специальности 31.08.70 «Эндоскопия»
2, 3-ий семестр**

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-100	1-60	1-30	1-10
2.	ПК-1	1-100	3-60	1-30	1-10
4.	ПК-2	1-20	5-30		1-10
5.	ПК-5	1-20	3-30	1-30	1-10
6.	ПК-6	1-20	3-60	20-25	1-10
7.	ПК-8	21-40	1-3		
8.	ПК-10	40-60	1-3	1-20	

9.	ПК-11	40-60	1-3	1-25	
----	-------	-------	-----	------	--

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-100	1-60	1-30	1-10
2.	ПК-1	1-100	3-60	1-30	1-10
4.	ПК-2	1-20	5-30		1-10
5.	ПК-5	1-20	3-30	1-30	1-10
6.	ПК-6	1-20	3-60	20-25	1-10
7.	ПК-8	21-40	1-3		
8.	ПК-10	40-60	1-3	1-20	
9.	ПК-11	40-60	1-3	1-25	

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и

режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

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 ороговевшего 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% аминокaproновой 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- аргонплазменная 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- гамартомный 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 Аргоноплазменная 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

51 При пищеводе Барретта увеличивается риск возникновения

- а-плоскоклеточного рака
- б-саркомы
- в-аденокарциномы
- г-инфильтративного рака

52 Стеноз выходного отдела желудка может формироваться при

- а- химическом ожоге желудка
- б- специфическом поражении желудка (туберкулез, сифилис)

- в- болезни Крона
- г- при любом из указанных заболеваний

53 При стриктуре в зоне гастроэнтероанастомоза преимущественно дилатация методом

- а- бужирования по струне-проводнику
- б- электрорассечение
- в- баллонная дилатация
- г- реканализация с помощью лазера

54 Язвы Кушинга могут возникнуть у больных

- а- при распространенных ожогах
- б- с тяжелой патологией ЦНС
- в- после тяжелых травматических операций
- г- с инфарктом миокарда, шоком, сепсисом

55 Язвы Курлинга могут возникнуть у больных

- а- при распространенных ожогах
- б- с тяжелой патологией ЦНС
- в- после тяжелых травматических операций
- г- с инфарктом миокарда, шоком, сепсисом

56 Язвы Дъелафуа это

- а- вариант специфического поражения желудка
- б- следствие приема ulcerогенных препаратов
- в- аррозия в области сосудистой мальформации
- г- проявление порталной гастропатии тяжелой степени

57 Синдром Бурхаве это

- а- надрыв слизистой в зоне пищеводно-желудочного перехода
- б- перфорация пищевода в зоне эпифрениального дивертикула
- в- спонтанный разрыв пищевода
- г- перфорация пищевода при стентировании

58 Характерным диагностическим признаком синдрома Бурхаве является

- а- наличие воздуха в правой плевральной полости
- б- наличие воздуха в тканях шеи
- в- наличие воздуха в левом средостении
- г- наличие воздуха под правым куполом диафрагмы

59 Классификация по Forrest используется при

- а- любых видах желудочно-кишечных кровотечений
- б- кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка
- в- язвенных кровотечениях
- г- кровотечениях при синдроме Меллори-Вейса

60 Тип 2 а по Forrest это

- а- капиллярное подтекание крови
- б- видимый (некровоточащий) сосуд
- в- фиксированный тромб-сгусток
- г- плоское черное пятно

61 Тип 2 в по Forrest это

- а- капиллярное подтекание крови
- б- видимый (некровоточащий) сосуд
- в- фиксированный тромб-сгусток
- г- плоское черное пятно

62 Тип 2 с по Forrest это

- а- капиллярное подтекание крови
- б- видимый некровоточащий сосуд
- в- фиксированный тромб-сгусток
- г- плоское черное дно язвы

63 Тип 3 по Forrest это

- а- струйное кровотечение
- б- плоское черное дно язвы
- в- язва с чистым (белым) дном
- г- отсутствие видимого источника кровотечения

64 Какой раствор не используется при хромоэзофагоскопии

- а- индиго кармин
- б- метиленовый синий
- в- толуидиновый синий
- г- раствор Люголя

65 Краситель Толуидиновый синий используется для

- а- дифференцировки желудочной и кишечной метаплазии
- б- контрастирования рельефа слизистой
- в- диагностики очагов злокачественного перерождения слизистой
- г- выявления кислотпродуцирующих зон

66 Краситель индиго кармин используется для

- а- дифференцировки желудочной и кишечной метаплазии
- б- контрастирования рельефа слизистой
- в- диагностики пищевода Барретта
- г- выявления кислотпродуцирующих зон

67 Для выявления злокачественных поражений слизистой применяют

- а- распыление индиго кармина с последующей Zoom- эндоскопией
- б- комбинированное применение Конго-красного и метиленового синего
- в- хромокопия с толуидиновым синим
- г- возможно использование любого варианта

68 Какая существует форма туберкулезного поражения желудка

- а- язвенная
- б- гипертрофическая (опухолевидная)
- в- фиброзно-склеротическая
- г- любая из перечисленных

69 При сифилисе желудка чаще всего поражается

- а- кардиальный отдел
- б- тело желудка
- в- антральный отдел
- г- частота поражения указанных отделов приблизительно одинаковая

70 Широко используемый метод эндоскопического гемостаза при кровотечении из варикозных вен пищевода

- а- аргонплазменная коагуляция
- б- диатермокоагуляция
- в- склеротерапия
- г- клипирование

71 Метод эндоскопического гемостаза при кровотечении из множественных ангиоэктазий

- а- аргонплазменная коагуляция
- б- диатермокоагуляция
- в- склеротерапия
- г- клипирование

72 К механическому методу гемостаза при язвенном кровотечении относится

- а- склеротерапия
- б- нанесение медицинского клея
- в- клипирование
- г- аппликация капрофера

73 Ведущий эндоскопический признак инфильтративно-стенозирующего рака в отличие от рубцового сужения

- а- неравномерная инфильтрация и ригидность стенок
- б- гиперемия слизистой оболочки
- в- стеноз с ровными краями
- г- отек слизистой оболочки

74 Характерная локализация рака пищевода после перенесенного химического ожога

- а- выше рубцовой стриктуры
- б- на месте рубцовых изменений
- в- не связана с местом ожога
- г- ниже рубцовой стриктуры

75 К немеханическому методу гемостаза при язвенном кровотечении относится

- а- склеротерапия
- б- нанесение медицинского клея
- в- аппликация капрофера
- г- все указанные методы

76 Оптимальный метод гемостаза при кровотечении из множественных толстокишечных дивертикулов

- а- аппликация капрофера
- б- диатермокоагуляция
- в- аргонплазменная коагуляция
- г- лигирование

77 Для эндоскопической картины портальной гастропатии характерно

- а- усиление венозного рисунка кардиального отдела и дна желудка
- б- гиперемированная слизистая желудка с пятнистой эритемой
- в- участки атрофии кардиального отдела и дна желудка
- г- феномен «арбузного желудка»

78 Какой из полипов желудка является предраковым заболеванием

- а- гамартномный полип
- б- аденоматозный полип
- в- гиперпластический полип
- г- любой из перечисленных

79 Гиперпластический полип считается органотипичным для

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

80 Наиболее часто встречающимися злокачественными опухолями желудка являются

- а- аденокарциномы
- б- лимфомы
- в- карциноидные опухоли
- г- плоскоклеточный рак

81 Что такое пластический линит

- а- феномен «арбузного желудка»
- б- инфильтративный диффузный рост аденокарциномы желудка
- в- линейные участки атрофии слизистой желудка
- г- вариант проявления портальной гастропатии

82 Рак пищевода наиболее часто является

- а- плоскоклеточным раком
- б- аденокарциномой
- в- меланомой
- г- лейомиосаркомой

83 При хромоскопии для выявления ранних и плоских аденом оптимально использовать

- а- метиленовый синий
- б- раствор Люголя
- в- толудиновый синий
- г- комбинацию метиленового синего и конго красного

84 Ведущий эндоскопический признак малигнизации лейкоплакии

- а- увеличение размеров
- б- изменение формы
- в- изменение цвета
- г- изъязвление

85 Какие лекарственные препараты наиболее часто вызывают поражение слизистой пищевода в виде изъязвления

- а- гипотензивные и антиаритмические
- б- гормональные
- в- антибиотики
- г- нестероидные противовоспалительные

86 Утолщенные складки желудка могут выявляться при

- а- болезни Менетрие
- б- пластическом лините

- в- лимфоме желудка
- г- любом из перечисленных заболеваний

87 При эндосонографии в стенке желудка различают

- а- 3 слоя
- б- 4 слоя
- в- 5 слоев
- г- 6 слоев

88 При эндосонографии желудка 3-ий слой соответствует

- а- глубокому слою слизистой оболочки
- б- подслизистому слою
- в- мышечной оболочке
- г- серозной оболочке

89 Выявленное при ЭГДС патологическое подслизистое образование желудка может являться

- а- лейомиомой
- б- варикозно расширенными венами
- в- липомой
- г- любым из перечисленных образований

90 Выявленное при эндосонографии гипоехогенное образование, исходящее из 4-го слоя, наиболее вероятно является

- а- карциноидом
- б- аберрантной поджелудочной железой
- в- лейомиомой
- г- подслизистой кистой

91 Варикозно расширенные вены желудка при эндосонографии выявляются в

- а- 1-ом слое
- б- 2-ом слое
- в- 3-ем слое
- г- 4-ом слое

92 Какова причина изолированного варикозного расширения вен желудка

- а- ахалазия кардии
- б- тромбоз селезеночной вены
- в- кардиоэзофагеальный рак
- г- любая из перечисленных причин

93 Техника какой операции предполагает выявление более грубой деформации желудка при эндоскопии

- а- Ниссена
- б- Танера
- в- Пациоры
- г- наложения гастростомы

94 Термин dysphagia lusoria означает, что дисфагия обусловлена

- а- эпифренальным дивертикулом
- б- кольцом Шацкого
- в- сосудистой аномалией
- г- пептической стриктурой пищевода

95 Кольцо Шацкого образовано

- а- мышечной тканью
- б- утолщенной слизистой
- в- рубцовой тканью
- г- хрящевой тканью

96 Гиперпластический полип сопровождается риском развития злокачественного процесса

- а- в вершшке полипа
- б- в основании полипа
- в- в слизистой желудка рядом с полипом
- г- выявление малигнизации равновероятно в любой из указанных областей

97 При выявлении у пациента декомпенсированного постъязвенного стеноза пилоробульбарной зоны показано

- а- бужирование по струне-проводнику
- б- баллонная дилатация
- в- электрорассечение
- г- хирургическое лечение

98 Наиболее вероятным источником кровотечения у больного с обострением хронического панкреатита являются

- а- множественные ангиоэктазии желудка
- б- варикозные вены желудка
- в- пептическая язва пищевода
- г- язва Дьюлафуа

99 Хроническая язва желудка или 12-типерстной кишки наиболее часто пенетрирует в

- а- печень
- б- желчный пузырь
- в- поджелудочную железу
- г- диафрагму

100 Характерным эндоскопическим признаком пенетрации язвы является

- а- значительная глубина дефекта
- б- тромбированные сосуды в дне язвы
- в- деформация стенки органа в зоне язвы с фиксированными складками слизистой
- г- большое количество детрита в дне язвы

Правильные ответы:

1 – б	26 – г	51 – в	76 – в
2 – в	27 – г	52 – г	77 – б
3 – г	28 – б	53 – в	78 – б
4- б	29 – г	54 – б	79 – б
5- г	30 – в	55 – а	80 – а
6- а	31 – б	56 – в	81 – б
7- б	32 – г	57 – в	82 – а
8 – а	33 – в	58 – в	83 – г
9- в	34 – а	59 – в	84 – г
10 – б	35 – г	60 – в	85 – в
11 – в	36 – г	61 – в	86 – г

12 – б	37 – г	62 – г	87 – г
13 – г	37 – в	63 – в	88 – б
14 – г	39 – в	64 – а	89 – г
15 – а	40 – а	65 – в	90 – в
16 – в	41 – б	66 – б	91 -
17 – г	42 – г	67 – г	92 – б
18 – г	43 – в	68 – г	93 – б
19 – в	44 – в	69 – б	94 – в
20 – в	45 – в	70 – в	95 – б
21 – г	46 – г	71 – а	96 – в
22 – в	47 – г	72 – в	97 – г
23 – в	48 – г	73 – а	98 – б
24 – б	49 - а	74 – б	99 – в
25 – г	50 – б	75 – г	100 - в

3.2 Вопросы собеседования

1. Топографическая анатомия бронхолегочного аппарата,
2. Топографическая анатомия пищеварительного тракта,
3. Топографическая анатомия органов брюшной полости и малого таза,
4. Анатомические и физиологические особенности детского возраста;
5. Этиопатогенетические механизмы основных заболеваний, с которыми обычно встречается врач-эндоскопист;
6. Клиника, диагностика, профилактика и лечение основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, пневмонии, доброкачественных и злокачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);
7. Клиника, диагностика, профилактика и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных и доброкачественных опухолей желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронического колита, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухоли панкреатодуоденальной зоны);
8. Клиника, диагностика, профилактика и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности);
9. Клиническая симптоматика основных хирургических и терапевтических заболеваний;
10. Диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;
11. Показания и противопоказания к диагностической и лечебно-оперативной ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии;
12. Способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;
13. Принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;
14. Оборудование эндоскопических кабинетов и операционных, технику безопасности при работе с аппаратурой.

3.3. Алгоритмы 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;
11. Проведение лапароскопии;
12. Проведение прицельной биопсии из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
13. Алгоритм извлечения инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
14. Алгоритм удаления доброкачественных опухолей из желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева во время эндоскопического исследования;
15. Алгоритм выполнения местного гемостаза во время ЭГДС и бронхоскопии;
16. Алгоритм расширения и рассечения послеоперационных сужений пищевода;
17. Алгоритм папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
18. Алгоритм установки зонда для питания;
19. Алгоритм дренирования брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства;
20. Алгоритм выполнения санационной бронхоскопии с региональным лимфатическим введением антибиотиков и иммуномодуляторов.

3.4. 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. Ps 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*10¹². Пациент направлен на ФГДС.
В	1	Какова Ваша дальнейшая тактика?
		Пациент с клинической картиной ЖКК при АД 90/60 мм. рт. ст., Ps 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, вирусногеморрагия, 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: инъекционное введение 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 дальнобойщик; 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 мкмоль/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 x 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.