



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

## ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.70 Эндоскопия
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Практика по получению навыков по специальности в симуляционных условиях
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная
<i>Объем практики (в зач. единицах)</i>	3
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	108

Санкт-Петербург – 2019

Практика по получению навыков по специальности в симуляционных условиях разработана на основании требований федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1113 и в соответствии с учебным планом, утвержденным ректором от «29» марта 2019 г.

**Составители программы практики:**

- Кузьмин-Крутецкий М.И. Д.м.н., профессор, зав.кафедрой эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова
- Сайденкова М.С. К.м.н., доцент кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова
- Гогохия Х.О. ассистент кафедры эндоскопии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

**Рецензент: д.м.н.,**

Перегудов Сергей Иванович, д.м.н., профессор 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) ВМА имени С.М. Кирова

Практика по получению навыков по специальности в симуляционных условиях обсуждена на заседании кафедры Эндоскопии «14» февраля 2019 г.

Руководитель ОПОП ВО по специальности  
Заведующий кафедрой, проф. \_\_\_\_\_ /Кузьмин-Крутецкий М.И./  
(подпись)

Одобрено методическим советом хирургического факультета  
«04» марта 2019 г. Протокол №3

Председатель \_\_\_\_\_ /Глушков Н.И./

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики.....	4
2. Задачи практики.....	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	4
4. Формы проведения практики.....	4
5. Время и место проведения практики.....	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	4
7. Структура и содержание практики.....	6
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	6
9. Фонд оценочных средств.....	6
10. Критерии оценки.....	6
11. Оценочные средства.....	7
12. Учебно-методическое и информационное обеспечение.....	18-19
13. Материально-техническое обеспечение.....	20
14. Методические рекомендации по прохождению практики.....	21

## 1. Цели практики

Целью Практики по получению навыков по специальности в симуляционных условиях является формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-эндоскописта.

## 2. Задачи практики

Задачи сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность: закрепить полученные за время обучения теоретические знания, научиться их применять, отработать полученные практические навыки, закрепить профессиональные умения и навыки, сформировать компетенции врача-специалиста

## 3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика по получению навыков по специальности в симуляционных условиях относится к базовой части Блока 2 учебного плана по специальности 31.08.70 Эндоскопия

Для прохождения практики необходимы знания и умения, полученные при изучении дисциплин: анатомия, нормальная физиология, патологическая физиология, патологическая анатомия, препедевтика внутренних болезней, хирургия.

## 4. Формы проведения практики

Практика проводится непрерывно – путем выделения в календарном учебном графике непрерывного периода учебного времени для проведения всех видов практик, предусмотренных ОПОП ВО.

## 5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в 3 семестре.  
Место проведения: ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России в помещениях, оборудованных фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства.

## 6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО):

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Иметь навык
1	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	принципы ранней диагностики заболеваний	проводить мероприятия по ранней диагностике	методами ранней диагностики заболеваний в организации и проведении скринингов

		причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания			
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	принципы проведения профилактических медицинских осмотров, принципы диспансеризации и взрослых	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию взрослого населения	проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и взрослого населения
3	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	основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы; МКБ-10	определить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы в соответствии с МКБ-10	определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
4	ПК-6	готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения)	принципы ведения пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта	составлять план ведения пациента	ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	принципы оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия	оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие	оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия

## 7. Структура и содержание практики

### Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Часы	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Базисная сердечно-легочная реанимация	6	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	3-10

2	Расширенная сердечно-легочная реанимация	6	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	3-10
3	Особенности эндоскопического осмотра отдельных органов и систем желудочно-кишечного тракта	10	Изучение принципов и методики проведения осмотра пациента с патологией желудочно-кишечного тракта. Отработка навыков осмотра пациента с патологией желудочно-кишечного тракта	10-15
4	Самостоятельная работа	84	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Изучение принципов и методики проведения осмотра пациента с патологией желудочно-кишечного тракта. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	
5	Зачет	2		

## 8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник практики

Форма аттестации:

- промежуточная, в форме зачета

Промежуточная аттестация проводится в форме проверки навыков в соответствии с программой практики, документации практики и состоит из тестирования, решения ситуационных задач.

## 9. Фонд оценочных средств

### Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи

2	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
---	------------------	---	----------------------------------	---

## Оценочные средства

### Ситуационные задачи:

У	-	<p>Больная Б: 58 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.</p> <p>Общий анализ крови: Гемоглобин - 112 г/л; Гематокрит, 34,5 % ; Эритроциты <math>3,7 \times 10^9</math>, Тромбоциты <math>175 \times 10^9</math>, Лейкоциты <math>10 \times 10^9</math>. 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.</p> <p>УЗИ: Органы брюшной полости в пределах возрастной нормы.</p> <p>Общий анализ мочи: без изменений.</p> <p>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. В дне желудка имеется сгусток бардово-синюшного цвета, детальный осмотр дна желудка затруднен. Слизистая в теле и антральном отделе желудка на видимых участках очагово гиперемирована на бледно-розовом фоне. 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.</p> <p>При инверсионном осмотре дна желудка после аспирации жидкой части под сгустком визуализируется край подслизистого образования. Детально осмотреть который не предоставляется возможным.</p>
В	1	Предварительный диагноз?

э	-	Синдром Меллори-Вейсса. Нео дна желудка. Эритематозная гастропатия
P2	-	Ответ дан верно
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Дальнейшая тактика? Нужно ли клипировать линейный дефект слизистой в пищеводе, если после подготовки желудка (эвакуации сгустка из дна) в дне желудка определяется подслизистое образование округлой формы, размером 3,5х4 см, слизистая над ним гладкая, блестящая, в центре отмечается пупковидное втяжение, дно которого под фибрином?</b>
э	-	Необходимо подготовить желудок (промыть), для детального осмотра подслизистого образования в дне желудка. Клипировать линейный дефект слизистой в пищеводе лучше всего после детального осмотра подслизистого образования, который вероятнее всего может быть источником кровотечения.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Окончательный диагноз?</b>
э	-	Подслизистое образование, вероятнее всего GIST?. Синдром Маллори-Вейсса. Эритематозная гастропатия
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>4</b>	<b>Нужно ли брать биопсию из подслизистого образования? Другие методы дообследования?</b>
э	-	Брать биопсию из подслизистого образования не целесообразно. В плановом порядке рекомендовано выполнение ЭУС.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>5</b>	<b>Может ли данное подслизистое образование являться источником кровотечения?</b>
э	-	В 50% случаев.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.


<b>У</b>	-	<b>Бригадой скорой медицинской помощи пациент 60 лет, доставлен в приемный покой многопрофильного стационара, с остро возникшими жалобами: на слабость,</b>
----------	---	---



		<p><b>боли в эпигастрии, иррадиирующие в левое подреберье, тошноту, рвоту.</b></p> <p><b>Объективно:</b> АД 80/60 мм.рт. ст. Ps 92 уд/мин. Кожные покровы мраморной окраски. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. Б/х анализ крови: АЛТ 253 Ед/л, АСТ 159 Ед/л, ЩФ 353 Ед/л, общий билирубин 120 мкмоль/л. УЗИ органов брюшной полости: поджелудочная железа с удвоенным контуром, паренхима диффузно изменена. Холедох 0,9 см, в нижней трети тень, подозрительная на конкремент, диаметром 0,6 см.</p>
<b>В</b>	<b>1</b>	<b>Поставьте предварительный диагноз.</b>
э	-	ЖКБ. Холедохолитиаз. Холецистопанкреатит.
P2	-	Диагноз определен верно.
P1	-	Диагноз верен частично.
P0	-	Диагноз неверный.
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Какова Ваша дальнейшая тактика?</b>
э	-	Пациента направить на ФГДС, исключить вклинение конкремента. Провести консервативную спазмолитическую терапию. Выполнить ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракцию в плановом порядке.
P2	-	Перечислено 3 пункта.
P1	-	Перечислено 2 пункта.
P0	-	Перечислен 1 пункт.
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Назовите основной лабораторный маркер острого панкреатита и его норму у взрослых?</b>
э	-	Альфа-амилаза, до 100 Ед/л.
P2	-	Верно назван маркер и норма.
P1	-	Верно назван один из пунктов.
P0	-	Нет верного ответа.
<b>В</b>	<b>4</b>	<b>Перечислите основные осложнения билиарного панкреатита (3) и его возможные исходы (3)?</b>
э	-	Абсцесс, забрюшинная флегмона, перитонит. Кисты, псевдокисты поджелудочной железы, сахарный диабет.
P2	-	Верны 5-6 пунктов.
P1	-	Верны 3-4 пункта.
P0	-	Верно меньше 3 пунктов.
<b>В</b>	<b>5</b>	<b>Должен ли врач-эндоскопист экстренной службы должен выполнить ФГДС при поступлении пациента с входящим диагнозом острый холецистит, острый</b>

		<b>панкреатит и если должен, то в какой срок:</b>
э	-	<b>Должен, 24 часа.</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
У	-	<b>Больной К., 27 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на черный дегтеобразный стул, боли в верхних отделах живота. Болен в течение 5 лет, когда начали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Неоднократно лечился в хирургических отделениях с диагнозом кишечное кровотечение из неясного источника. В 2014 году выполнено внутреннее дренирование псевдокисты поджелудочной железы. В день поступления выполнена колоноскопия – патологии нет, эндоскопические признаки состоявшегося массивного кровотечения из источника, расположенного в тонкой кишке. ФГДС – атрофический гастрит. Больному проводилась стандартная гемостатическая терапия. На следующие сутки после поступления в 2 часа ночи на высоте кровотечения выполняется дуоденоскопия. Дуоденальный сосочек конической формы, не выбухает, из него отмечается порционное поступление желчи, затем порции кровянистых выделений.</b>
<b>В</b>	<b>1</b>	<b>Предварительный диагноз, с чем его дифференцировать?</b>
э	-	Вирсунгоррагия, гемобилия.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Для установления источника кровотечения выполнены ЭРХПГ, ЭПСТ. На ЭРХПГ общий желчный проток и внутрипеченочные протоки не расширены, внутрипросветных образований нет. При селективной канюляции Вирсунгова протока контраст сбрасывается в кровяное русло, проток не контрастируется. При СКТ в области тела поджелудочной железы выявлена расширенная до 8-9 мм селезеночная артерия, которая делает изгиб, на вершине которого расположена мешотчатая аневризма с тонкой шейкой, интимно прилежащая к Вирсунгову протоку. Назовите возможные способы остановки кровотечения в данной ситуации и какой из них наиболее оптимален в данном случае?</b>
э	-	При хроническом панкреатите, осложненном ложными аневризмами непарных висцеральных артерий, заключается в том, что при их небольших размерах, не связанных с протоковой системой поджелудочной железы, показано выполнение рентгенэндоваскулярной окклюзии или имплантация стент-графта (наиболее оптимален в данной ситуации). При ложных аневризмах, формирующихся в полости постнекротических кист и наличии панкреатической гипертензии, больные нуждаются в хирургическом лечении в объеме экстренной панкреато-дуоденальной резекции.
P2	-	Ответ дан верно.

P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Перечислите возможные причины вирсунгоррагии:</b>
э	-	1) Ложная аневризма а. lienalis, которая затем вскрывается в Вирсунгов проток вследствие панкреонекроза или травмы поджелудочной железы.; 2) Панкреатическая киста или псевдокиста, с периодически возникающим в ее просвет кровотечением (чаще из а.lienalis и ее ветвей);  3) Посттравматическая (ятрогенная?) аневризма в зоне кровоснабжения культи поджелудочной железы после перенесенной гастро-панкреато-дуоденальной резекции.  4) Пролежень ложными аневризмами стенки 12-перстной кишки, затем травматизация аневризмы пищевым химусом и её периодические разрывы с клиникой рецидивирующих дуоденальных кровотечений.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>4</b>	<b>У какой категории пациентов (пол, возраст) чаще встречается вирсунгоррагия?</b>
э	-	<b>Мужчины, молодой возраст.</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>5</b>	<b>Перечислите сосудистые аномалии, являющиеся редкими причинами желудочно-кишечных кровотечений?</b>
э	-	Язва Дьелафуа, ангиодисплазии, эктопические вариксы (варикозная трансформация вен слизистой/подслизистого слоя ЖКТ вне типичной локализации (дистальная часть пищевода, кардио-эзофагеальный переход и дно желудка), возникающую на фоне синдрома портальной гипертензии различного генеза), <i>геморрагическая антральная гастропатия</i> (GAVE-синдром, «арбузный желудок» - гиперплазия собственной пластинки слизистой желудка с эктазией и тромбозом капилляров и полнокровием сосудов подслизистого слоя).
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>У</b>	-	В городскую больницу обратился пациент с жалобами на желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, потемнение мочи, обесцвечивание стула, кожный зуд, потерю массы тела. Объективно болезненность при пальпации в правом подреберье.

		<p>Ранее находился на лечении с 09.05.2017 по 11.05.2017 с Ds: Ст печеночного изгиба ободочной кишки (T4 Nx M0). Состояние после гемиколэктомии от 30.09.2016+3 курсов ПХТ. Внутривисцеральная лимфоаденопатия. Механическая желтуха.</p> <p>11.05.2017 пациент отказался от дальнейшего лечения, выписан под наблюдение онколога. Получал инфузионную спазмолитическую терапию. Улучшения не наступило. В онкодиспансере был проведен курс ПХТ.</p> <p>Обследован: АЛТ 315 ед/л, АСТ 178 ед/л, амилаза 88 ед/л, билирубин общий 262 мкмоль/л, прямой 169 мкмоль/л.</p> <p>УЗИ ОБП - диф. диагноз между компрессией дистального отдела холедоха л/у и мелким конкрементом в изгибе дистального отдела холедоха, ФГДС - поверхностная очаговая гастропатия, Rg ОБП и ОГК- без патологии.</p> <p>МРТ от 21.05.2017: МР – картина внутривисцеральной билиарной гипертензии, гепатомегалии, множественных метастазов, косвенные признаки портальной гипертензии. Лимфоаденопатия забрюшинного пространства и брюшной полости.</p> <p>С целью декомпрессии желчевыводящих путей выполнено чрескожно-чреспеченочное холангиодренирование, затем фистулография.</p>
<p><b>В</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p>Опишите холангиограмму.</p> 
<p>э</p>	<p>-</p>	<p>На рентгенограмме определяется протяженная стриктура дистальной части холедоха длиной около 4,0 см с супрастенотическим расширением до 0,6см, в ДПК контраст не поступает. В в/3 гепатикохоледоха на уровне конfluence определяется сужение просвета до</p>

		0,3 см протяженностью около 1,5 см. Внутривенечные протоки не расширены, в просвете правого печеночного протока тень ранее установленного ЧЧХ-дренажа. Определяется извитой пузырьный проток, контрастирован желчный пузырь. Теней, подозрительных на конкременты, не определяется. Заключение: Состояние после ЧЧХ-дренирования. Подозрение на Нео Клацкина. Протяженная стриктура нижней трети холедоха.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Приведите классификацию опухолей общего печеночного протока по Bismuth. Какой тип опухоли можно заподозрить при интерпретации холангиограммы?</b>
э	-	<u>Тип I - опухоль, затрагивающая только общий печеночный проток.</u>  Тип II - опухоль общего печеночного протока, затрагивающая область слияния желчных протоков.  Тип IIIa - преимущественное поражение бифуркации (область слияния желчных протоков) и правого печеночного протока.  Тип IIIb - преимущественное поражение бифуркации и левого печеночного протока.  Тип IV - опухолевое мульти поражение обоих печеночных протоков с распространением на их ветви.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Показано ли в данном случае ретроградное эндоскопическое вмешательство и если да, то почему?</b>
э	-	В данной ситуации имеется противопоказание к выполнению радикального хирургического вмешательства: пожилой возраст, множественные метастазы в печени. С целью паллиативной декомпрессии желчевыводящих путей и налаживания внутреннего желчеотведения показано выполнение ЭПСТ с последующим стентированием гепатикохоледоха.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>4</b>	<b>Перечислите виды билиарных стентов.</b>
э	-	Металлические саморасправляющиеся: непокрытые, частично покрытые, полностью покрытые; пластиковые: прямые, изогнутые.

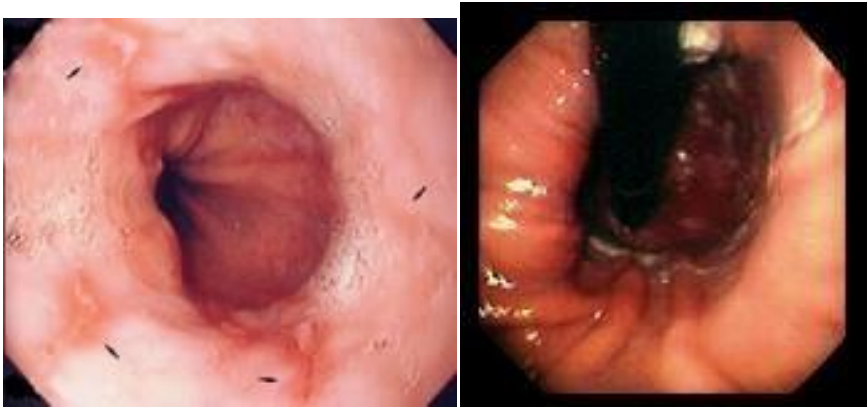
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>5</b>	<b>Назовите преимущества и недостатки металлических непокрытых билиарных стентов?</b>
Э	-	<p><b>Недостатки металлических билиарных стентов:</b>  Металлический билиарный стент, однажды установленный, практически невозможно извлечь, поэтому точность установки должна быть максимальной - цена металлического стента на порядок выше пластикового.  Возможность инвазии опухоли через ячейки стента, выше или ниже стента.</p> <p><b>Преимущества металлических билиарных стентов:</b> длительный срок службы; экономическая эффективность, так как после установки металлического стента случаи повторной госпитализации крайне редки, а после пластикового стентирования пациент часто госпитализируется повторно для медикаментозного лечения или рестентирования; открытость конструкции металлических стентов снижает риск миграции их и, вероятно, уменьшает риск окклюзии коллатеральных желчных протоков и Вирсунгова протока.</p>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>У</b>	-	<p><b>Пациентка Н., 56 лет, обратилась в стационар с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, через сутки интенсивность болей уменьшилась; пациентка отметила потемнение мочи и обесцвечивание кала.</b></p> <p><b>Из анамнеза известно, что в 6 месяцев назад была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.</b></p> <p><b>Объективно: живот умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье, при этом пальпация не усиливает болевых ощущений, перитонеальные симптомы отсутствуют.</b></p> <p><b>Обследована: УЗИ – в просвете холедоха определяется гиперэхогенное образование с акустической дорожкой диаметром 8 мм, холедох расширен до 1,0 см, внутripеченочные желчные протоки не расширены. Б/х анализ крови: АЛТ 365 ед/л, АСТ 340 ед/л, билирубин общий 115 мкмоль/л, прямой 98 мкмоль/л.</b></p>
<b>В</b>	<b>1</b>	<b>Поставьте предварительный диагноз.</b>
Э	-	<b>ЖКБ. Состояние после ЛСХЭ от 2015г. Резидуальный холедохолитиаз.</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.

<b>В</b>	<b>2</b>	<b>Дальнейшая тактика ведения пациента?</b>
Э	-	ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>3</b>	<b>Проведите дифференциальную диагностику между первичным и резидуальным холедохолитиазом.</b>
э	-	Первичные конкременты холедоха в большинстве случаев имеют темно-коричневый цвет, неправильную продолговатую форму, размеры, не превышающие 0,5-3 см, пигментный состав, мягкую консистенцию. Нередко они представлены в виде желчной замазки.  О наличии резидуального холедохолитиаза с определенной долей вероятности свидетельствуют рецидив ранее наблюдавшихся симптомов в ранние сроки после холецистэктомии (до 3-6 мес); плотность, радиальное строение конкрементов на распиле; смешанный холестериново-пигментно-известковый состав.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>4</b>	<b>Назовите 3 сфинктера, составляющие сократительный аппарат БДС.</b>
э	-	Сфинктер ОЖП (сфинктер Бойдена); сфинктер главного панкреатического протока (сфинктер Вестфала); и общий сфинктер (сфинктер Одди).
P2	-	Ответ дан верно
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
<b>В</b>	<b>5</b>	<b>Назовите наиболее частые осложнения ЭПСТ и их причины.</b>
э	-	К осложнениям ЭПСТ относят кровотечения, ретродуоденальные перфорации, панкреатит и панкреонекроз. Общими причинами осложнений ЭПСТ служат неправильная ориентация папиллотомы, многократные попытки катетеризации БДС и контрастирование Вирсунгова протока, электротравма устья Вирсунгова протока, недостаточный опыт врача.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.

У	-	<p><b>Пациент Т. 68 лет, доставлен в стационар с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии, начавшиеся 3 дня назад, с постепенным нарастанием интенсивности. Из анамнеза: страдает желчекаменной болезнью и хроническим панкреатитом. Объективно: Кожные покровы желтушные, живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отсутствуют.</b></p> <p><b>Обследования: По УЗИ – внутриспеченочные протоки расширены, холедох расширен до 14мм, в просвете лоцируются конкременты диаметром до 18мм. Б/х анализ крови: АЛТ 655 ед/л, АСТ 183 ед/л, билирубин общий 185 мкмоль/л, прямой 137 мкмоль/л. амилаза 1954 ед/л.</b></p> <p><b>При ФГДС в ДПК определяется взбухающий БДС без поступления желчи.</b></p>
В	1	<b>Предварительный диагноз?</b>
э	-	<b>ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит? Холедохолитиаз? Холедохозктазия? Механическая желтуха? Вклинение конкремента в устье БДС.</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
В	2	<b>Дальнейшая тактика ведения пациента.</b>
э	-	<b>ЭПСТ с послойным рассечением БДС игольчатым папиллотомом, литоэкстракция.</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
В	3	<b>Типы папиллотомов, показания к их применению.</b>
э	-	<b>Струнный папиллотом (селективная канюляция, типичная папиллосфинктеротомия), игольчатый папиллотом (вскрытие ампулы при вклинении конкремента), папиллотом с изолированным концом (предрассечение ампулы в случае трудной канюляции для обеспечения доступа в холедох).</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	<b>Возможные осложнения при данной манипуляции.</b>
э	-	<b>Кровотечение, перфорация задней стенки ДПК.</b>
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Схема профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита.</b>



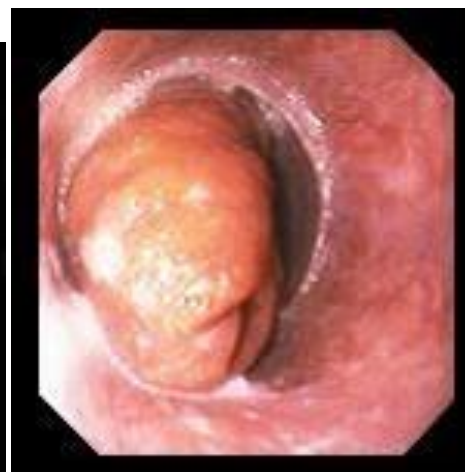
э	-	За 30 минут до начала манипуляций применялись атропин 1,0 мл – в/м, димедрол 1,0 мл – в/м, диклофенак 3,0 мл – в/м. По окончании вмешательства: октреотид 1,0 мл п/к, но-шпа 40 мг/2 мл +200,0 мл 0,9% р-ра хлорида натрия в/в, ингибитор протонной помпы (омепразол или эзомепразол) 40 мг + 200,0 мл 0,9% р-ра хлорида натрия в/в.
P2	-	Ответ дан верно.
P1	-	Частично верный ответ.
P0	-	Ответ неверный.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина, 37 лет, обратился к врачу с жалобами на частую изжогу, отрыжку воздухом или пищей, ощущение кома за грудиной, усиливающиеся после еды, при наклонах или в положении лежа на правом боку.</p> <p>Указанные жалобы беспокоят в течение последних трех месяцев. Заболевание развивалось постепенно, явная причина начала заболевания отсутствует. До этого за медицинской помощью не обращался.</p> <p>При ЭГДС обнаружены следующие изменения:</p>
		
В	1	Сформулируйте эндоскопическое заключение
Э	-	Эрозивный рефлюкс-эзофагит степень С. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано частично: указана лишь одна нозология, либо неверно оценена степень эрозивного эзофагита
P0	-	Заключение сформулировано неверно.

В	2	Обоснуйте сформулированное Вами заключение.
Э	-	Эрозивный рефлюкс-эзофагит установлен на основании наличия трех эпителизирующихся линейных эрозий в абдоминальном отделе пищевода. Степень С установлена на основании того, что повреждения слизистой оболочки, распространяются на две и более складки; охватывают менее, чем 75% окружности пищевода. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы установлена на основании того, что Z-линия расположена выше ножек диафрагмы (первый рисунок), а при осмотре из просвета желудка имеется контурированное расширение пищеводного отверстия диафрагмы (второй рисунок).
P2	-	Заключение обосновано верно.
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или степени эзофагита. или Обоснование одной из нозологических форм или степени эзофагита дано неверно.
P0	-	Заключение обосновано полностью неверно.
В	3	Сформулируйте критерии эндоскопической диагностики, влияющие на выбор лечебной тактики, которые следует отражать в протоколе эндоскопического исследования.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностика факта и вида рефлюкса: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Прямые признаки: заброс желудочного содержимого, следы желудочного сока и желчи в пищеводе, низкие значения рН при эндоскопической рН-метрии</li> <li>• Косвенные признаки: характерные для рефлюкса повреждения пищевода</li> <li>• Установление вида рефлюкса: обнаружение прозрачного (кислый) или окрашенного (смешанный) желудочного сока или желчи (щелочной) в пищеводе, эндоскопическая рН-метрия, хромоскопия.</li> </ul> </li> <li>2. Повреждения пищевода: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита</li> <li>• Рефлюкс-эзофагит</li> <li>• Осложнения рефлюкс-эзофагита: язва, стриктура, пищевод Барретта, аденокарцинома</li> </ul> </li> <li>3. Сопутствующие рефлюксу изменения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточность кардии</li> <li>• Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</li> <li>• Нарушение моторики желудка и ДПК, ДГР</li> </ul> </li> <li>4. Диагностика сопутствующих заболеваний: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Воспалительные изменения слизистой желудка и ДПК</li> <li>• Язвенная болезнь и ее осложнения</li> <li>• Опухоли желудка</li> <li>• Эндоскопические признаки панкреатита и ЖКБ</li> </ul> </li> </ol>
P2	-	Критерии эндоскопической диагностики сформулированы полностью верно.
P1	-	Критерии эндоскопической диагностики сформулированы верно, но не полностью (не сформулированы один или два из четырех).
P0	-	Критерии эндоскопической диагностики сформулированы неверно

В	4	Каковы стандарты консервативного медикаментозного лечения данного заболевания?
Э	-	<p>Монотерапия ингибиторами протонной помпы (ИПП): основной курс НЭРБ - минимум 4 недели, эрозивная ГЭРБ – минимум 8 недель. Далее – один из вариантов поддерживающего лечения.</p> <p>Дополнительные средства: Антациды / альгинаты – препараты для симптоматического лечения. При желчном рефлюксе – ИПП + УДХК 250 мг н/ночь – длительно; сорбенты.</p> <p>Контроль ЭГДС, <i>H.pylori</i>-статуса</p>
P2	-	Выбраны верные группы антисекреторных препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбрана только одна группа препаратов (ИПП), обоснование выбора данной группы верное.</p> <p>или</p> <p>не указаны сроки приема ИПП</p>
P0	-	Ответ неверный: не указан курсовой прием ИПП.
В	5	Укажите основные методы эндоскопического лечения, применяемые при данном заболевании и его осложнениях.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антирефлюксные вмешательства: эндоскопическая пликация, инъекционная терапия, радиочастотная абляция (процедура Stretta)</li> <li>• Лечение пищевода Баррета</li> <li>• Лечение пептических стриктур</li> </ul>
P2	-	Основные методы эндоскопического лечения, применяемые при данном заболевании указаны верно и полностью
P1	-	Основные методы эндоскопического лечения, применяемые при данном заболевании указаны верно, но не полностью.
P0	-	Методы эндоскопического лечения, применяемые при данном заболевании указаны верно, или не указаны вовсе.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина, 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение, приступы резкой слабости, ощущение кома за грудиной, усиливающиеся после еды, при наклонах или в положении лежа, особенно на правом боку. Указанные жалобы беспокоят в течение последних двух лет, впервые возникли после длительного напряженного периода в работе и усиливаются при психоэмоциональных нагрузках.

При кардиологическом обследовании клинически значимой патологии не выявлено. При ЭГДС обнаружены следующие изменения:



В	1	Сформулируйте эндоскопическое заключение
Э	-	Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Кольцо Шацкого.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано частично: указана лишь одна нозология.
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	2	Обоснуйте сформулированное Вами заключение.
Э	-	Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы установлена на основании того, что Z-линия расположена выше ножек диафрагмы (первый рисунок) и имеется пролапс слизистой желудка в просвет пищевода во время исследования (второй рисунок). Тонкая соединительнотканная складка слизистой вокруг Z-линии свидетельствует о наличии кольца Шацкого.
P2	-	Заключение обосновано верно.
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм.
P0	-	Заключение обосновано полностью неверно.
В	3	С учетом жалоб, данных клинической диагностики и эндоскопического заключения сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Э	-	Неэрозивная гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Внепищеводные проявления. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Обоснование диагноза: наличие кольца Шацкого вокруг Z-линии свидетельствует о длительно существующем рефлюксе желудочного содержимого в пищевод, а связь

		указанных жалоб с приемом пищи и изменением положения тела свидетельствует о внепищеводных проявлениях ГЭРБ.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен или обоснован не полностью: часть нозологий упущена или не указана связь рефлюкса с внепищеводными проявлениями.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	4	Каковы стандарты консервативного медикаментозного лечения данного заболевания?
Э	-	<p>Монотерапия ингибиторами протонной помпы (ИПП): основной курс НЭРБ - минимум 4 недели, эрозивная ГЭРБ – минимум 8 недель. Далее – один из вариантов поддерживающего лечения.</p> <p>Дополнительные средства: Антациды / альгинаты – препараты для симптоматического лечения. При желчном рефлюксе – ИПП + УДХК 250 мг н/ночь – длительно; сорбенты.</p> <p>Контроль ЭГДС, <i>H.pylori</i>-статуса</p>
P2	-	Стандарты консервативного медикаментозного лечения данного заболевания указаны верно.
P1	-	<p>Выбрана только одна группа препаратов (ИПП), обоснование выбора данной группы верное.</p> <p>или</p> <p>не указаны сроки приема ИПП</p>
P0	-	Ответ неверный: не указан курсовой прием ИПП.
B	5	Каковы показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доказанная (с помощью суточной рН-метрии) связь симптомов заболевания с гастро-эзофагеальным рефлюксом.</li> <li>• Осложнения ГЭРБ (язвы пищевода, стриктуры, повторные кровотечения);</li> <li>• Пищевод барретта с дисплазией высокой степени (из-за опасности малигнизации);</li> <li>• Безуспешность консервативного лечения в течение года независимо от наличия или отсутствия хиатальной грыжи;</li> <li>• Частые аспирационные пневмонии;</li> <li>• Сочетание ГЭРБ с бронхиальной астмой, рефрактерной к адекватной антирефлюксной терапии;</li> <li>• Необходимость долгосрочной антирефлюксной терапии у молодых пациентов с ГЭРБ.</li> </ul>
P2	-	Основные показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании указаны верно и полностью

P1	-	Основные показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании указаны верно, но не полностью.
P0	-	Показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании указаны не верно, или не указано одно из трех первых показаний.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина, 48 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодически возникающие затруднения при глотании, боли и чувство «застревания» при прохождении пищи по пищеводу, ощущение кома за грудиной, особенно после холодной или горячей, жидкой или кашеобразной пищи, неприятный запах изо рта, срыгивание пищи при наклонах или в положении лежа. Указанные жалобы беспокоят в течение последних пяти лет, впервые возникли после сильного стресса и усиливаются при психоэмоциональных нагрузках.  При первичном клиническом обследовании и ЭГДС никаких патологических изменений не обнаружено. Отмечается лишь небольшое затруднение при прохождении аппарата через кардиальный жом и наличие периодически возникающей манжеты слизистой желудка, охватывающей аппарат при осмотре со стороны просвета желудка.
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
Э	-	Ахалазия кардии (кардиоспазм).
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован верно.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован синдромально: указан лишь синдром дисфагии или нарушения моторики пищевода.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован неверно.
В	2	Укажите необходимый для постановки окончательного диагноза метод обследования пациента и укажите особенности его проведения.
Э	-	Для постановки окончательного диагноза необходимо выполнение рентгеноскопии пищевода, особенностью проведения которой является использование густой (сметанообразной) охлажденной бариевой взвеси. Во время рентгеноскопии определяется спазм кардиального жома, замедление эвакуации бариевой взвеси. Для проведения дифференциальной диагностики между спастическими и рубцовыми изменениями в области кардиального жома (что важно для определения лечебной тактики) необходимо проведение нитроглицериновой пробы.
P2	-	Необходимый для постановки окончательного диагноза метод обследования пациента и особенности его проведения указаны верно.
P1	-	Необходимый для постановки окончательного диагноза метод обследования пациента указан верно, но не указаны (или указаны неверно) особенности его проведения.

P0	-	Необходимый для постановки окончательного диагноза метод обследования пациента и особенности его проведения указаны неверно.
B	3	По результатам рентгеноскопии диагностирован спазм кардиального жома без расширения просвета пищевода. Прием нитроглицерина приводит к полной эвакуации бариевой взвеси в желудок. С учетом жалоб, данных клинической диагностики, эндоскопического и рентгенологического исследований сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Ахалазия кардии (кардиоспазм), I стадия.</p> <p>Обоснование диагноза: отсутствие морфологических изменений при эндоскопии и обнаружение функционального периодического спазма при рентгеноскопии, при котором отсутствуют сужение кардии и супрастенотическое расширение пищевода, а непроходимость кардии носит спастический характер подтверждают диагноз и I стадию заболевания.</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен или обоснован частично.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	4	Каковы стандарты консервативного лечения данного заболевания (при каких стадиях проводится, основные направления терапии и группы препаратов)?
Э	-	<p>Консервативное лечение при I и II стадиях и как дополнение к эндоскопическому или оперативному лечению и включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• психотерапию, как основной метод лечения;</li> <li>• базисная фармакотерапия: курсовой прием блокаторов Ca<sup>2+</sup>- каналов или пролонгированных нитратов;</li> <li>• дополнительная фармакотерапия: курсовой прием ингибиторов протонной помпы (ИПП)</li> </ul>
P2	-	Стандарты консервативного медикаментозного лечения данного заболевания указаны верно.
P1	-	Стандарты консервативного лечения данного заболевания указаны частично.
P0	-	Стандарты консервативного медикаментозного лечения данного заболевания указаны неверно.
B	5	Каковы показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании и виды эндоскопического лечения.
Э	-	<p>Показания к эндоскопическому или хирургическому лечению: Шили IV стадии ахалазии кардии.</p> <p>Виды эндоскопического лечения: курс баллонной дилатации или бужирования рубцово</p>

		суженной кардии, а также операция ПОЭМ (пероральная эндоскопическая миотомия)
P2	-	Основные показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании указаны верно, а виды эндоскопического лечения – полностью.
P1	-	Основные показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании указаны верно, а виды эндоскопического лечения - частично.
P0	-	Показания к эндоскопическому или хирургическому лечению при данном заболевании указаны не верно, или не указаны виды эндоскопического лечения.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
у	-	<p>Мужчина, 62 лет, обратился к врачу с жалобами на прогрессирующие затруднения при глотании, боли и чувство «застревания», возникающие при прохождении твердой пищи по пищеводу, ощущение кома за грудиной, неприятный тухлый запах изо рта, срыгивание пищи при наклонах или в положении лежа. Указанные жалобы постепенно развились в течение полугода и сменили упорные выраженные изжоги, которые беспокоили пациента в течение последних пяти лет и которые он купировал неконтролируемым приемом пищевой соды. Прием агрессивных жидкостей, кислот или щелочей отрицает.</p> <p>При ЭГДС обнаружены следующие изменения:</p> 
В	1	Сформулируйте эндоскопическое заключение
Э	-	Эрозивный рефлюкс-эзофагит степень D. Пептические язва и стриктура пищевода.
P2	-	Заключение сформулировано верно.
P1	-	Заключение сформулировано частично: указана лишь одна нозология, либо неверно оценена степень эрозивного эзофагита
P0	-	Заключение сформулировано неверно.
В	2	Обоснуйте сформулированное Вами заключение.
Э	-	Эрозивный рефлюкс-эзофагит установлен на основании наличия линейных эрозий в абдоминальном отделе пищевода. Степень D установлена на основании того, что повреждения слизистой оболочки носят сливной циркулярный характер и охватывают



		более чем 75% окружности пищевода. При этом определяются осложнения заболевания - пептические язва и стриктура пищевода.
P2	-	Заключение обосновано верно.
P1	-	Заключение обосновано частично: отсутствует описание одной из нозологических форм или степени эзофагита, или описание одной из нозологических форм или обоснование степени эзофагита дано неверно.
P0	-	Заключение обосновано полностью неверно.
B	3	Укажите необходимые для проведения дифференциальной диагностики и постановки окончательного диагноза методы обследования пациента.
Э	-	Для проведения дифференциальной диагностики с опухолевым поражением пищевода или рубцовой стриктурой при других заболеваниях (ахалазии кардии, эозинофильном эзофагите) и постановки окончательного диагноза необходимо выполнение биопсии из места сужения и внешне неизмененных участков, а также рентгеноскопии пищевода, особенностью проведения которой является использование густой (сметанообразной) охлажденной бариевой взвеси. Для проведения оценки соотношения и выраженности спастических и рубцовых изменений необходимо проведение нитроглицериновой пробы.
P2	-	Необходимые для постановки окончательного диагноза методы обследования пациента и особенности его проведения указаны верно.
P1	-	Необходимые для постановки окончательного диагноза методы обследования пациента указаны верно, но не полностью, или не указаны (или указаны неверно) особенности их проведения.
P0	-	Необходимые для постановки окончательного диагноза методы обследования пациента и особенности их проведения указаны неверно.
B	4	Каковы стандарты пред и послеоперационного консервативного лечения данного заболевания?
Э	-	Монотерапия ингибиторами протонной помпы (ИПП) (растворимые формы):60 недель. Дополнительные средства: Антациды / альгинаты – препараты для симптоматического лечения. При желчном рефлюксе – ИПП + УДХК 250 мг н/ночь – длительно; сорбенты. Контроль ЭГДС.
P2	-	Стандарты консервативного медикаментозного лечения данного заболевания указаны

		верно.
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов (ИПП), обоснование выбора данной группы верное. или не указаны сроки приема ИПП
P0	-	Ответ неверный: не указан курсовой прием ИПП.
B	5	Каковы виды эндоскопического лечения при данном заболевании?
Э	-	Виды эндоскопического лечения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• курс баллонной дилатации или бужирования рубцовой стриктуры;</li> <li>• постановка саморасширяющихся покрытых пищеводных стентов с антирефлюксным клапаном</li> </ul>
P2	-	Основные виды эндоскопического лечения указаны верно и полностью.
P1	-	Основные виды эндоскопического лечения указаны частично.
P0	-	Основные виды эндоскопического лечения указаны неверно, или не указаны вовсе.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

**Тестовые задания:**

- 
- 1) Первый анатомический ориентир при эзофагоскопии
- 1 - Корень языка
- 2 - Язычок /UVULA/
- 3 - Черпалонадгортанные складки
- 4 - Надгортанник
- Правильный ответ: 2
- 
- 2) Второй анатомический ориентир при эзофагоскопии
- 1 - Корень языка
- 2 - Надгортанник
- 3 - Устье пищевода
- 4 - Черпалонадгортанные складки
- Правильный ответ: 3
- 
- 3) Первое физиологическое сужение пищевода находится на уровне:
- 1 - Верхней трети шейного отдела пищевода
- 2 - Средней трети шейного отдела пищевода
- 3 - Щитовидного хряща
- 4 - Устья входа в пищевод
- Правильный ответ: 4
-

- 4) Второе физиологическое сужение пищевода находится на уровне:
  - 1 - Пищеводного отверстия диафрагмы
  - 2 - Нисходящей аорты
  - 3 - Трахеи
  - 4 - Левого главного брнха и дуги аорты
  - Правильный ответ: 4
  
- 5) Третье физиологическое сужение пищевода находится на уровне:
  - 1 - Нисходящей аорты
  - 2 - Трахеи
  - 3 - Пищеводного отверстия диафрагмы
  - 4 -левой ножки диафрагмы
  - Правильный ответ: 3
  
- 6) Основной рентгенологический признак, указывающий на наличие грыжи пищеводного отвестия диафрагмы:
  - 1 - Зияющая кардия
  - 2 - Тупой угол Гиса
  - 3 - Деформация газового пузыря
  - 4 - Высокое стояние диафрагмы
  - Правильный ответ: 2
  
- 7) Зубчатая линия представляет собой:
  - 1 - Границу между грудным и абдоминальным отделом пищевода
  - 2 - Уровень пищеводно-желудочного перехода
  - 3 - Рубцовое сужение
  - 4 - Рубцовое сужение
  - правильный ответ: 2
  
- 8) Основной эндоскопический признак скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:
  - 1 - Зияние кардии
  - 2 - Пролапс слизистой оболочки желудка
  - 3 - Зубчатая линия выше ножек диафрагмы
  - 4 - Расширение абдоминального отдела пищевода
  - Правильный ответ : 3
  
- 9) Ведущий признак перфорации шейного отдела пищевода:
  - 1 - Боли в области шеи
  - 2 - Боли за грудиной
  - 3 - Подкожная эмфизема на шее
  - 4 - Воздух в средостении
  - Правильный ответ : 3
  
- 10) Причина варикозного расширения вен пищевода
  - 1 - Кардиоспазм
  - 2 - Портальная гипертензия
  - 3 - Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
  - 4 - Пептический рефлюкс-эзофагит
  - Правильный ответ : 2
  
- 11) Предраковое заболевание пищевода:

- 1 - Эзофагит
- 2 - Лейкоплакия
- 3 - Язва пищевода
- 4 - Кардиоспазм
- Правильный ответ : 2
- 
- 12) Методика местного гемостаза через эндоскоп при кровотечении из варикозно расширенной вены:
- 1 - Диатермокоагуляция
- 2 - Прижатие концом эндоскопа
- 3 - Склерозирующая инъекционная терапия
- 4 - Орошение капрофером
- Правильный ответ : 3
- 
- 13) Название макроскопической формы рака пищевода инфильтративного типа
- 1 - Папилломатозный
- 2 - Крупно-бугристый
- 3 - Инфильтративно-стенозирующий
- 4 - Блюдцеобразный
- Правильный ответ : 3
- 
- 14) Ведущий эндоскопический признак инфильтративно-стенозирующего рака пищевода в отличие от рубцового сужения
- 1 - Неравномерная инфильтрация и ригидность стенок
- 2 - Гиперемия слизистой оболочки
- 3 - Стеноз с ровными краями
- 4 - Отек слизистой оболочки
- Правильный ответ : 1
- 
- 15) Ведущий эндоскопический признак подслизистой доброкачественной опухоли пищевода /лейомиомы/:
- 1 - Плотность при пальпации инструментом
- 2 - Неизменная съезжаемая слизистая
- 3 - Инфильтрация слизистой
- 4 - Отек слизистой
- Правильный ответ : 2
- 
- 16) Современный эндоскопический метод лечения рубцовых стриктур пищевода:
- 1 - Дилатация эндоскопом
- 2 - Баллонная гидродилатация стриктуры
- 3 - Рассечение сужения через эндоскоп
- 4 - Бужирование
- Правильный ответ : 2
- 
- 17) Дивертикул Ценкера локализуется на уровне:
- 1 - Верхней грудной апертуры
- 2 - Перехода глотки в пищевод
- 3 - В грудном отделе пищевода
- 4 - В абдоминальном отделе пищевода
- Правильный ответ : 2
-

- 18) Чем отличаются функциональные дивертикулы от тракционных?
- 1 - Размерами
- 2 - Формой
- 3 - Изменением формы и локализации при перистальтике
- 4 - Постоянством локализации
- Правильный ответ : 3
- 
- 19) Основными критериями раннего рака пищевода являются:
- 1 - Форма опухоли
- 2 - Размеры
- 3 - Инвазия в пределах слизистой и подслизистой оболочки
- 4 - Локализация
- Правильный ответ : 3
- 
- 20) Какая из названных макроскопических форм рака пищевода является ранней?
- 1 - Крупно-бугристая
- 2 - Папилломатозная
- 3 - Полиповидная
- 4 - Язвенно-инфильтративная
- Правильный ответ : 3

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

### 1. Основная литература:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Базовая сердечно-лёгочная реанимация: учебное пособие / И. Е. Моисеева; ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.- Б.м. :	Моисеева, Ирина Евгеньевна	Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013	125	10
2	Алгоритмы расширенной реанимации: остановка кровообращения, острый коронарный синдром : учеб.-метод. пособие / Т. А. Дубикайтис . - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. - 35 с. : ил.	Дубикайтис, Татьяна Александровна	Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016	10	10

### 2. Дополнительная литература:

1. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : Национальное руководство : краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html> ЭМБ «Консультант врача»

2. Клинические рекомендации. Колопроктология [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Шельгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html> ЭМБ «Консультант врача»

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

1. Клинические рекомендации. Синдром раздраженного кишечника. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенного колита у взрослых. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
4. Клинические рекомендации. Острая неопухолевая кишечная непроходимость у взрослых. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года). [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
5. Клинические рекомендации. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии у взрослых. Год утверждения (частота пересмотра): 2014 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
6. Клинические рекомендации. Язвенная болезнь у взрослых. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
7. Клинические рекомендации. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у взрослых. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
8. Клинические рекомендации. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного отдела у взрослых. Год утверждения (частота пересмотра): 2014 (пересмотр каждые 3 года) - <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/255>
9. Клинические рекомендации. Аневризма брюшной аорты. Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) - [http://cr.rosminzdrav.ru/clin\\_recomend.html](http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html)
10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью, 2015 - <http://www.gastro.ru/index.php/klinicheskie-rekomendatsii-rga> Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 2017 - <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7752>
11. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона, 2017 - <http://www.gastro.ru/index.php/klinicheskie-rekomendatsii-rga>
12. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита, 2017 - <http://www.gastro.ru/index.php/klinicheskie-rekomendatsii-rga>
13. Клинические рекомендации Российская гастроэнтерологическая ассоциация и российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза, 2015 - <http://www.gastro.ru/index.php/klinicheskie-rekomendatsii-rga>
14. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком печени и внепеченочных желчных протоков, 2014. Рекомендации Ассоциации онкологов России.
15. [clogy-association.ru/docs/recomend/may2015](http://clogy-association.ru/docs/recomend/may2015)
16. Кузьмин-Крутецкий М.И. Эндоскопия оперированного желудка: учеб. пособие/ М.И. Кузьмин-Крутецкий, Н.И Глушков, А.Р. Успенская. – СПб.: СПбМАПО, 2001.-39с.
17. Иншаков Л.Н. Клинико-эндоскопическая диагностика язвы желудка и ее осложнений: учеб. пособие/ Л.Н. Иншаков, А.И. Солдатов, Г.Ф. Паламарчук. – СПб.: СПбМАПО, 2001.-32с.
18. Паламарчук Г.Ф. Диагностическая бронхоскопия: учеб. пособие/ Г.Ф. Паламарчук, Л.Н. Иншаков. – СПб.: СПбМАПО, 2001.– 36с
19. Хромоскопия в комплексной диагностике заболеваний пищеварительного тракта и органов дыхания: учеб. пособие/ Л.Н. Иншаков и др. – СПб.: СПбМАПО, 2002.–

27с.

20. Бронхологическая диагностика рака легкого: учеб. пособие/ Г.Ф. Паламарчук и др. – СПб.: СПбМАПО, 2004. – 32с.

21. М.С. Сайденова Дивертикулы пищевода: учеб. пособие/ М.С. Сайденова, Л.Н.Иншаков. – СПб.: СПбМАПО, 2000.- 15с.

22. Кузьмин-Крутецкий М.И. Эндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний желчевыводящих путей/ М.И. Кузьмин-Крутецкий, Д.Б. Дегтерев // Руководство по билиарной хирургии/ под ред. А.Е. Борисова. – СПб.: СПбМАПО, 2006.- С. 281-395.

23. Майстренко Н.А. Эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и пищеводных анастомозов: учеб. пособие/ Н.А. Майстренко, А.Л.Андреев, Н.В. Дмитриев. – СПб.: ЭФА, 2000. – 72с

24. Паламарчук Г.Ф. Диагностическая и лечебная бронхоскопия при ожогах дыхательных путей: учебное пособие/ Г.Ф. Паламарчук, М.И. Кузьмин-Крутецкий, Х.О. Гогохия. – СПб 2012 – 39 с.

25. Паламарчук Г.Ф. Бронхологические методы исследования в комплексной диагностике туберкулеза и саркоидоза органов дыхания: учебное пособие/ Г.Ф. Паламарчук, М.И. Кузьмин-Крутецкий – СПб 2015 – 41с.

*в) программное обеспечение:*

№ п/п	Наименование программного продукта	Срок действия лицензии	Документы, подтверждающие право использования программных продуктов
<b>лицензионное программное обеспечение</b>			
1.	ESET NOD 32	1 год	Государственный контракт № 71/2018
2.	MS Windows 8 MS Windows 8.1 MS Windows 10 MS Windows Server 2012 Datacenter - 2 Proc MS Windows Server 2012 R2 Datacenter - 2 Proc MS Windows Server 2016 Datacenter Core	Неограниченно	Государственный контракт № 30/2013-О; Государственный контракт № 399/2013-ОА; Государственный контракт № 07/2017-ЭА.
3.	MS Office 2010 MS Office 2013	Неограниченно	Государственный контракт № 30/2013-ОА; Государственный контракт № 399/2013-ОА.
4.	Academic LabVIEW Premium Suite (1 User)	Неограниченно	Государственный контракт № 02/2015
<b>лицензионное программное обеспечение отечественного производства</b>			
1.	Антиплагиат	1 год	Государственный контракт № 91/2019-ПЗ
<b>свободно распространяемое программное обеспечение</b>			
1.	Google Chrome	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense
2.	NVDA	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense
<b>свободно распространяемое программное обеспечение отечественного производства</b>			
1.	Moodle	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense

г) профессиональные базы данных и информационные справочные системы:

№ п/п	Наименование программного продукта	Срок действия лицензии	Документы, подтверждающие право использования программных продуктов	Режим доступа для обучающихся – инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья
1.	Консультант Плюс	1 год	Договор № 161/2018-ЭА	-
2.	ЭБС «Консультант студента»	1 год	Контракт № 252/2018-ЭА	<a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
3.	ЭМБ «Консультант врача»	1 год	Контракт № 253/2018-ЭА	<a href="http://www.rosmedlib.ru/">http://www.rosmedlib.ru/</a>
4.	ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru»	1 год	Контракт № 48/2018	<a href="https://ibooks.ru">https://ibooks.ru</a>
5.	ЭБС «IPRBooks»	1 год	Контракт № 49/2018-ЗК	<a href="http://www.iprbookshop.ru/special">http://www.iprbookshop.ru/special</a>
6.	Электронно-библиотечная система «Букап»	1 год	Контракт № 51/2018	<a href="https://www.books-up.ru/">https://www.books-up.ru/</a>
7.	ЭБС «Издательство Лань»	1 год	Контракт № 50/2018-ЭА	<a href="https://e.lanbook.com/">https://e.lanbook.com/</a>

## 11. Материально-техническое обеспечение

### 1. Кабинеты:

Аккредитационно-симуляционный центр СЗГМУ им. И.И. Мечникова. г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, лит АЛ (корп.26) .

Помещения для самостоятельной работы обучающихся: г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, лит АЕ (корп.32), ауд. № 1, лит Р (корп.9), ауд. №№ 18,19, лит БВ (корп.6), ауд. № 49 ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

**2. Мебель:** Стол / кушетка для размещения тренажера / манекена для аускультации и пальпации органов брюшной полости (в зависимости от модели оборудования), стол рабочий, стул.

**3. Медицинское оборудование** (для отработки практических навыков): пинцет (стерильный), монитор пациента или его имитация (должен обеспечивать возможность оценки ритма), ручной дефибриллятор\* с биполярным импульсом, кардиомонитором, ручными или самоклеящимися электродами и 3-канальной ЭКГ (должна быть возможность снятия ЭКГ с ручных электродов), аспиратор медицинский или его имитация, катетер аспирационный, емкость для марлевых шариков, штатив для внутривенных инъекций, перфузор, венозный жгут, ножницы медицинские, стетофонендоскоп, фонарик, тонометр для измерения артериального давления, пульсоксиметр, глюкометр, орофарингеальный воздуховод, назофарингеальный воздуховод, надгортанный воздуховод – ларингеальная маска I-Gel, кислородная маска с резервуаром и соединительным шлангом – для взрослых, дыхательный мешок ручной типа Амбу с лицевой маской и неревверсивным клапаном (для проведения ИВЛ) – для взрослых, Кислородный разъем (консоль) со шлангом (возможна имитация) или кислородный баллон портативный объемом 1 л или 2 л (имитация), банка Боброва для увлажнения кислорода (возможна имитация), желтый не прокалываемый контейнер с крышкой для отходов класса Боброва, Контейнер для сбора отходов (медицинские отходы) класса Б объемом 10 литров. Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, видеоэндоскопический комплекс, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеогастроскоп операционный, видеоколоноскоп



операционный, аргоно-плазменный коагулятор.

Эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, видеодуоденоскоп,

**4. Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи:** Симулятор-тренажер для отработки и объективной оценки пальпации брюшной стенки, манекен-имитатор пациента для расширенной реанимации

**5. Технические средства обучения:** персональный компьютер с выходом в Интернет.

## **12. Методические рекомендации по прохождению практики**

Практика по получению навыков по специальности в симуляционных условиях направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-эндоскописта

Проведение практики обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

В ходе подготовки практическим занятиям обязательна самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета. Это наиболее эффективный метод получения дополнительных знаний, позволяющий значительно активизировать процесс овладения информацией, формирующий правильное отношение к актуальной проблеме. Более глубокому усвоению изучаемого материала способствует конспектирование источников.

Использование литературных материалов кафедральной библиотеки, в том числе учебных и учебно-методических пособий, составленных преподавателями кафедры, позволяет затем проверить в практической работе весомость, аргументированность, доказательность их рекомендаций.

Следует различать строгие положения и рекомендации профессионального стандарта, неукоснительное выполнение которых необходимо и обязательно в практической работе, и некоторые, иногда противоречащие друг другу проблематичные утверждения, мнения авторов, которые могут быть предметом интересных дискуссий на практических занятиях

Полезно постоянное сопоставление конкретных клинических наблюдений с теоретическим материалом лекций, практических занятий.