

МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ
И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНИ А.М. НИКИФОРОВА»

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Учебно-методический комплекс

Санкт-Петербург
2023

МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ
И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ
ИМЕНИ А.М. НИКИФОРОВА»

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Учебно-методический комплекс
Электронное текстовое издание

Санкт-Петербург
Научно-технологические
2023

© ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, 2023
© Алексанин С. С., Леонтьев О. В., Санников М. В.,
Нестеренко Н. В., 2023
ISBN 978-5-907618-92-3

УДК 616.329
ББК 54.13
О-79

Авторы:

Алексанин С. С., Леонтьев О. В., Санников М. В., Нестеренко Н. В.

Острые заболевания пищевода [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс / С. С. Алексанин, О. В. Леонтьев, М. В. Санников, Н. В. Нестеренко, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России. – Санкт-Петербург: Научно-технологические технологии, 2023. – 50 с. – URL: <https://publishing.intelgr.com/archive/ostrie-zabolevaniya-pishchevoda.pdf>.

ISBN 978-5-907618-92-3

В учебно-методическом комплексе представлены следующие элементы: дополнительная профессиональная программа повышения квалификации, календарный учебный график (календарный план обучения), курс лекций, методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей, самоучитель для подготовки к итоговой аттестации, оценочные материалы.

При разработке учебно-методического комплекса использованы материалы исследований НИР «Разработка учебно-методических комплексов для повышения квалификации медицинского персонала МЧС России с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий» (шифр «Образование»), выполняемой ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России в соответствии с п. 8.1. раздела II Плана научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ МЧС России на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденного приказом МЧС России от 24.01.2023 № 44.

Учебно-методический комплекс предназначен для медицинского персонала медицинских учреждений и формирований МЧС России. Может быть использован в системе высшего (аспирантура, ординатура) и дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) медицинского персонала МЧС России, Минобороны и Минздрава России.

УДК 616.329
ББК 54.13

ISBN 978-5-907618-92-3

© ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, 2023
© Алексанин С. С., Леонтьев О. В., Санников М. В.,
Нестеренко Н. В., 2023

Учебное издание

Алексанин Сергей Сергеевич
Леонтьев Олег Валентинович
Санников Максим Валерьевич
Нестеренко Наталья Владимировна

Острые заболевания пищевода

Учебно-методический комплекс
Электронное текстовое издание

Издание публикуется в авторской редакции

Подписано к использованию 16.11.2023.

Объем издания – 1,0 Мб.

Издательство «Наукоемкие технологии»

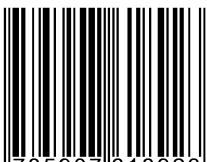
ООО «Корпорация «Интел Групп»

<https://publishing.intelgr.com>

E-mail: publishing@intelgr.com

Тел.: +7 (812) 945-50-63

ISBN 978-5-907618-92-3



9 785907 618923 >

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации.....	5
1.1	Общая характеристика дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.....	5
1.2	Планируемые результаты обучения.....	6
1.3	Учебный план.....	8
1.4	Календарный учебный график.....	9
1.5	Содержание разделов и тем.....	9
1.6	Организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.....	10
1.7	Тематический план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.....	12
1.8	Фонд оценочных средств (для итоговой аттестации).....	13
1.9	Учебно-методическое и информационное обеспечение.....	13
2	Календарный учебный график.....	15
3	Курс лекций.....	15
	Лекция № 1.....	15
	Лекция № 2.....	21
	Лекция № 3.....	24
4	Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей.....	30
4.1	Введение.....	30
4.2	Электронный учебно-методический комплекс, состав, формы занятий.....	31
4.3	Порядок изучения модулей электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.....	32
4.4	Система оценки результатов освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.....	33
4.5	Заключение.....	33
5	Самоучитель для подготовки к итоговой аттестации.....	34
6	Оценочные материалы.....	41

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Специальности: гастроэнтерология, общая врачебная практика (семейная медицина), терапия.

Категория обучающихся: медицинские работники с высшим образованием – к освоению программы допускаются лица, имеющие высшее образование – специалитет по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия» и подготовка в интернатуре и (или) ординатуре по одной из специальностей: «Гастроэнтерология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Терапия».

Форма обучения: очно-заочная с применением электронного обучения дистанционных образовательных технологий,

Трудоемкость: 36 академических часов (36 ЗЕТ).

1.1 Общая характеристика дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Цель проведения – закрепление практических навыков оказания медицинской помощи при заболеваниях пищевода.

В соответствии с Приказом Минтруда и социальной защиты от 11 марта 2019 г. N 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог» рабочая программа ДПО «Острые заболевания пищевода» (практический курс с использованием мультимедийного сопровождения) по специальностям «Гастроэнтерология» по приобретению и отработке навыков ведения больных при заболеваниях пищевода в практике гастроэнтеролога с помощью интерактивных платформ, предоставляет возможность врачу – гастроэнтерологу приобрести и закрепить теоретические и практические навыки работы в освоении приемов диагностики и оказания медицинской помощи в условиях максимально приближенным к реальным условиям.

Программа является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы дополнительного профессионального образования. Демонстрация и практика под руководством преподавателя способствует приобретению и отработке навыков медицинской помощи с помощью пациентов и интерактивных платформ, представляет возможность врачу приобрести и закрепить теоретические и практические навыки работы в освоении выявления основных врачебных манипуляций максимально приближенным к реальным условиям.

Актуальные вопросы специальности

Программа предусматривает очно-заочное обучение и циклы, проводимые в клиническом центре.

В процессе обучения проводится базисный и заключительный тестовый контроль знаний. Контроль приобретенных знаний и умений осуществляется в ходе семинаров, практических занятий. По итогам освоения программы слушатели сдают экзамен.

Задачи:

– совершенствование теоретических знаний обучающимся ведения пациентов с заболеваниями пищевода в практике гастроэнтеролога;

– совершенствование общих и специальных знаний и умений в объеме требований квалификационной характеристики врачей-гастроэнтерологов.

– совершенствование теоретических и практических знаний обучающимся.

ДПП ПК является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы повышения квалификации по вышеуказанным специальностям.

План учебного процесса составлен в соответствии с четким распределением часов на входной контроль знаний с применением дистанционных образовательных технологий, лекции

(6 час.); практические занятия (6 часов, очно), самостоятельную работу (16 час.); итоговую аттестацию (6 часов, очно). ДПП ПК предусматривает проведение практических занятий в отделении эндоскопии. В процессе обучения обучающиеся сдают итоговую аттестацию. Итоговая оценка выставляется по итогам сдачи недифференцированного зачета, состоящего из тестового контроля знаний и устного опроса.

Форма обучения: очно-заочная с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Трудоемкость программы: 36 академических часов (36 ЗЕТ).

1.2 Планируемые результаты обучения

В результате освоения программы обучаемый должен приобрести следующие знания и умения, необходимые для качественного выполнения компетенций.

В соответствии с Приказом Минтруда и социальной защиты от 11 марта 2019 г. N 139н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач-гастроэнтеролог» основная цель вида профессиональной деятельности профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; медицинская реабилитация пациентов.

В процессе обучения проводится заключительный тестовый контроль знаний. Контроль приобретенных знаний и умений осуществляется в ходе семинаров, практических занятий. По итогам освоения программы слушатели сдают экзамен.

Трудовые действия	<p>Сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p> <p>Анализ и интерпретация информации, полученной от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p> <p>Проведение осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p> <p>Интерпретация и анализ результатов осмотра пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p> <p>Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p> <p>Определение диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы</p> <p>Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы</p> <p>Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы</p> <p>Установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ)</p> <p>Направление пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара</p>
-------------------	--

С целью успешного освоения программы обучающиеся к началу ее изучения должны обладать следующими входными знаниями, умениями и компетенциями:

способностью использовать базовые теоретические знания для решения профессиональных задач;

знанием документационного обеспечения управления в органах и подразделениях;
умением работать с программами «Word» и «Excel» пакета Microsoft office.

Процесс изучения программы направлен на совершенствование следующих компетенций:

способностью к абстрактному и критическому мышлению;

способностью работать самостоятельно, принимать решения при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями пищевода в практике гастроэнтеролога;

способностью использовать навыки работы с информацией из различных источников для решения профессиональных и социальных задач;

готовностью к саморазвитию, самообразованию;

способностью решать научные задачи в сфере гастроэнтерологии;

способностью к самостоятельному решению отдельных задач высокого уровня сложности, выдвижению новых идей;

способностью к систематическому изучению научной информации по вопросам гастроэнтерологии;

знанием основ информационного обеспечения в сфере здравоохранения, основных нормативно-правовые документов, регламентирующих вопросы медицинской помощи населения Российской Федерации.

В результате изучения программы обучающийся должен:

Знать:

этиологию, патогенез, типичную клиническую картину, клинические варианты и особенности течения, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога;

определение, этиологию и патогенез заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога,

современную классификацию заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога,

основы дифференциальной диагностики заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога,

принципы лечения заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога,

вопросы первичной и вторичной профилактики заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога,

Общие вопросы организации медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология"

Порядок оказания медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология"

Стандарты медицинской помощи

Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология"

Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности органов пищеварения

Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма человека в норме и при заболеваниях и (или) состояниях пищеварительной системы

Методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы

Методика осмотра и физикального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы

Медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований

Методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы

Клиническая картина заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы у взрослого населения, в том числе беременных женщин

Особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы в детском и подростковом возрасте

Особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы в пожилом и старческом возрасте

обучаемый должен уметь:

- применить практические навыки обследования больного;
- на основании анамнестических, клинических сформулировать и обосновать развернутый предварительный диагноз заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога;
- правильно оценить степень тяжести заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога;
- назначить и обосновать лечение заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога вести медицинскую документацию;
- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием пищевода;
- производить осмотр пациента с заболеванием и (или) состоянием пищеварительной системы;
- производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ.

Иметь навыки:

- общения с коллегами и подчиненными;
- обследования и лечения заболеваний пищевода в практике гастроэнтеролога;
- ведения пациентов с заболеваниями пищевода в практике гастроэнтеролога;
- оформления необходимой медицинской документации.

1.3 Учебный план

Цель ДПП ПК – актуализировать знания медицинских работников с высшим образованием о современных методах диагностики и лечения заболеваний пищевода.

Форма обучения: очно-заочная с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Трудоемкость: 36 акад. час. (36 ЗЕТ). Режим занятий: 6 акад. час. в день.

№№ пп	Наименование модулей, тем (разделов, тем)	Итого (ак.час./ зач.ед.)	В том числе			
			лекции	практические занятия	самост. работа	формы контроля
1	Раздел 1 Этиопатогенез и диагностика заболеваний пищевода	18/18	6	-	12	
2	Раздел 2 Клиника, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний пищевода	12/12	2	6	4	
Итоговая аттестация		6/6	-	6	-	экзамен
Всего		36/36	8	12	16	-

1.4 Календарный учебный график

Неделя обучения	1	2	3			4	5	6	Итого часов
	ср	чт	птн	сб	вс	пнд	вт	ср	
1 неделя	Л – 4 СР – 2	Л – 2 СР – 4	СР – 6	-	-	Л – 2 СР – 4	Пз – 6	ИА – 6	36
Всего	6	6	6	-	-	6	6	6	36

Примечание:

Условные сокращения: Л – лекция СР – самостоятельная работа, Пз – практическое занятие ИА – итоговая аттестация

1.5 Содержание разделов и тем

Раздел 1 Этиопатогенез и диагностика заболеваний пищевода

Тема 1. Этиология и патогенез заболеваний пищевода

Определение и классификация заболеваний пищевода. Этиология, патогенез, заболеваний пищевода. Современные представления об этиологии наиболее распространенных заболеваний пищевода – Острый эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазия кардии, варикозное расширение вен и дивертикулы пищевода. Патогенез, заболеваний пищевода. Современные представления о патогенезе наиболее распространенных заболеваний пищевода – острый эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазия кардии, варикозное расширение вен и дивертикулы пищевода.

Тема 2. Особенности диагностики заболеваний пищевода

Методы диагностики заболеваний пищевода. Лабораторные и инструментальные методы исследования.

Раздел 2 Клиника, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний пищевода

Тема 3. Особенности диагностики и лечения заболеваний пищевода

Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода Дифференциальная диагностика острого эзофагита, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазия кардии, варикозное расширение вен и дивертикулы пищевода Дивертикулы пищевода как мешковидное выпячивание его стенки. Воспаление дивертикулов (дивертикулит) может стать причиной их нагноения, перфорации и, следовательно, кровотечения, стеноза (сужения просвета) пищевода, формирования свищей и перерождения их в злокачественную опухоль.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), часто называемая также рефлюкс-эзофагит, причины возникновения, особенности течения и диагностики. Варикозное расширение вен пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Профилактика заболеваний пищевода

Лечение острого эзофагита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дисфагий и дивертикула пищевода

Консервативное лечение пациентов с острым эзофагитом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, дисфагий.

Тема 4. Особенности профилактики заболеваний пищевода

Особенности профилактики заболеваний пищевода. Диспансерное наблюдение больных с острыми заболеваниями пищевода.

1.6 Организационно-педагогические условия реализации ДПП ПК

1.6.1 Учебные помещения

№№ пп	Перечень помещений	Место расположения	Площадь, м ²	Кол-во посадочных мест
Учебные кабинеты				
1.	Учебная аудитория № 236	ВЦЭРМ ул. Оптиков, 54, Санкт- Петербург, 197345	48,2	14
Симуляционный центр				
2.	Учебная аудитория № 143	ВЦЭРМ ул. Оптиков, 54, Санкт- Петербург, 197345	41,8	12

1.6.2 Описание системы дистанционного обучения

Для реализации учебных модулей, итоговой аттестации (компьютерного тестирования) ДПП ПК применяется электронное обучение, дистанционные образовательные технологии на базе электронной информационно-образовательной среды ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, размещенной на официальном сайте системы дистанционного обучения по адресу в сети Интернет <http://idpo.ncserm.ru>. Организация образовательной деятельности с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий осуществляется в соответствии с федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Минобрнауки России от 23.08.2017 № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», приложением «Методические рекомендации по реализации дополнительных профессиональных программ с использованием дистанционных образовательных технологий, электронного обучения и в сетевой форме» к письму Минобрнауки России от 21.04.2015 № ВК-1013/06 «О направлении методических рекомендаций по реализации дополнительных профессиональных программ», приложением к приказу ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России от 08.09.2015 № 42/по «О реализации образовательных программ дополнительного профессионального образования с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий».

Система дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России обеспечивает доступ обучающихся, независимо от места их нахождения, к электронной информационно-образовательной среде, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств, и обеспечивающей освоение обучающимися ДПП ПК полностью, либо ее части.

Основными средствами обучения являются электронные учебно-методические комплексы, представляющие собой структурированную совокупность электронной учебно-методической документации, электронных образовательных ресурсов, средств обучения и контроля знаний, содержащих взаимосвязанный контент и предназначенных для совместного применения в целях эффективного изучения обучающимися учебных модулей и их компонентов. Доступ обучающихся к электронным учебно-методическим комплексам системы дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России осуществляется с идентификацией обучающихся по персональному имени и паролю.

Образовательный процесс в ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России при реализации ДПП ПК полностью, либо ее части с применением исключительно электронного обучения и дистанционных образовательных технологий осуществляется: специально подготовленным профессорско-преподавательским составом, который создает и актуализирует специализированные учебные материалы для их размещения в системе дистанционного обучения, проводит опосредованные взаимодействия и различные виды учебных занятий с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий; административно-техническим и учебно-вспомогательным персоналом, осуществляющим учебно-методическое и организационно-техническое обеспечение учебного процесса. Образовательный процесс с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий реализуется в форме синхронного и асинхронного взаимодействия обучающихся и профессорско-преподавательского состава ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России.

Синхронная организация образовательного процесса предусматривает проведение учебных занятий и общение обучающихся с профессорско-преподавательским составом ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России в режиме реального времени с использованием средств телекоммуникаций, а также очно.

В ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России используются следующие виды синхронного обучения (очная форма): лекция; семинар; вебинар; видеоконференция; компьютерное тестирование; зачет; экзамен. Дополнительно в ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России используются следующие технологии синхронного обучения (очная форма): электронная почта (инструмент системы дистанционного обучения <http://idpo.nrcerm.ru>); система обмена файлами (инструмент системы дистанционного обучения <http://idpo.nrcerm.ru>). Асинхронная организация образовательного процесса обеспечивает обучающимся возможность освоения учебного материала в любое удобное для них время и общение с преподавателями с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени. В ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России используются следующие виды асинхронного обучения (заочная форма): лекция; семинар; самостоятельная работа; компьютерное тестирование; веб-форум (инструмент системы дистанционного обучения <http://idpo.nrcerm.ru>); зачет; экзамен. Дополнительно в ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России используются следующие технологии асинхронного обучения (заочная форма): электронная почта (инструмент системы дистанционного обучения <http://idpo.nrcerm.ru>); система обмена файлами (инструмент системы дистанционного обучения <http://idpo.nrcerm.ru>); объявления (инструмент системы дистанционного обучения <http://idpo.nrcerm.ru>).

При организации образовательного процесса в ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России также используется принцип комбинирования форм взаимодействия между обучающимися и преподавателями. В системе дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России применяются следующие алгоритмы организации образовательного процесса: последовательный. Материалы электронного учебно-методического комплекса предоставляются обучающимся последовательно – страница за страницей, ранее пройденные материалы доступны для изучения в произвольном порядке; произвольный. Все материалы электронного учебно-методического комплекса доступны для изучения в любой момент времени. Обучающийся может произвольно выбирать материалы электронного учебно-методического комплекса для изучения. Все материалы электронного учебно-методического комплекса доступны для изучения в любой момент времени. При организации образовательного процесса в ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России также используется принцип комбинирования форм взаимодействия между обучающимися и преподавателями.

1.7 Тематический план ДПП ПК

Номера и наименование разделов	Всего часов учебных занятий по расписанию	В том числе			Форма контроля
		Заочно с применением ЭО, ДОТ	Очно		
			Лекции	Практические занятия	
Раздел 1 Этиопатогенез и диагностика заболеваний пищевода	18	12	6	-	
Тема 1. Этиология и патогенез заболеваний пищевода	8	6	2	-	
Тема 2. Особенности диагностики заболеваний пищевода	10	6	4	-	
Раздел 2 Клиника, дифференциальная диагностика и лечение заболеваний пищевода	12	4	2	6	
Тема 3. Особенности диагностики и лечения заболеваний пищевода	4		2	2	
Тема 4. Особенности профилактики заболеваний пищевода	8	4	-	4	
Итоговая аттестация	6			6	экзамен
Всего	36	16	8	12	

1.8 Фонд оценочных средств (для итоговой аттестации)

1. Определение и классификация заболеваний пищевода.
2. Этиология острых заболеваний пищевода.
3. Современные представления об этиологии наиболее распространенных заболеваний пищевода.
4. Патогенез заболеваний пищевода.
5. Современные представления о патогенезе наиболее распространенных заболеваний пищевода.
6. Особенности диагностики заболеваний пищевода.
7. Методы диагностики заболеваний пищевода. Лабораторные и инструментальные методы исследования.
8. Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода.
9. Острый эзофагит. Этиопатогенез.
10. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), причины возникновения, особенности течения и диагностики.
11. Особенности лечения заболеваний пищевода.
12. Профилактика острых заболеваний пищевода.
13. Лечение острого эзофагита.
14. Особенности профилактики острого эзофагита.
15. Особенности лечения острого эзофагита.
16. Профилактика острого эзофагита.
17. Лечение обострения хронического эзофагита.
18. Особенности профилактики обострения хронического эзофагита.
19. Современные представления об этиологии эзофагита.
20. Патогенез острого эзофагита.

1.9 Учебно-методическое и информационное обеспечение

1.9.1 Рекомендуемая литература

а) законодательные и нормативные правовые документы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения 17.11.2023).
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (Дата обращения 17.11.2023).
3. Указа Президента Российской Федерации от 6.6.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». – URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (Дата обращения 16.11.2023).
4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». – URL: <https://base.garant.ru/71231064/#friends> (Дата обращения 20.11.2023).
5. Приказ Минздрава России от 04.09.2020 № 940н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610258/> (Дата обращения 16.11.2023).

6. Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам». – URL: <https://base.garant.ru/70440506/> (Дата обращения 17.11.2023).

7. Приказ Минобрнауки России от 17.08.2015 № 853 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета)». – URL: <https://base.garant.ru/71191194/> (Дата обращения 17.11.2023).

8. Приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 № 95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)». – URL: <https://base.garant.ru/71345004/> (Дата обращения 17.11.2023).

9. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог». – URL: <https://base.garant.ru/71933356/> (Дата обращения 11.01.2023).

б) основная

1. Терапия : учебное пособие / О.В. Леонтьев, С.В. Дударенко. – СПб., 2020 Стратегия развития. – 786 с.

2. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев ; под. ред. В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425763.html>

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

5. Клиническая патофизиология: учебник / под. ред. В.Н. Цыгана. – СПб.: Спецлит, 2015. – 560 с.

Дополнительная литература

1. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>

2. Гастроэнтерология. Национальное руководство; ГЭОТАР-Медиа – М., 2015. – 480 с.

3. Ткаченко Е. И., Лисовский В. А. Ошибки в гастроэнтерологии; Невский Диалект – М., 2014. – 400 с.

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

Интернет-ресурсы

1. Национальный проект «Здоровье». – Россия, 2018. <https://roszdravnadzor.gov.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf> (Дата обращения 15.01.2022).

2. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Календарный учебный график разработан с учетом выбранной формы обучения (заочной с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий) и является составной частью дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Острые заболевания пищевода».

Календарный учебный график представляет собой график учебного процесса, устанавливающий последовательность и продолжительность обучения и итоговой аттестации по учебным неделям и (или) дням.

Трудоемкость: 36 акад. час. (36 ЗЕТ).

Неделя обучения	1	2	3			4	5	6	Итого часов
	ср	чт	птн	сб	вс	пнд	вт	ср	
1 неделя	Л – 4 СР – 2	Л – 2 СР – 4	СР – 6	-	-	Л – 2 СР – 4	Пз – 6	ИА – 6	36
Всего	6	6	6	-	-	6	6	6	36

Примечание:

Условные сокращения: Л – лекция СР – самостоятельная работа, Пз – практическое занятие ИА – итоговая аттестация

Форма обучения: очно-заочная, с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Режим занятий: 6 акад. час. в день.

3. КУРС ЛЕКЦИЙ

Лекция 1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Контингент обучающихся – обучающиеся по дополнительной профессиональной программе «Острые заболевания пищевода»

Время – 2 акад. часа

Литература.

1. Терапия : учебное пособие / О.В. Леонтьев, С.В. Дударенко. – СПб., 2020, Стратегия развития. – 786 с.

2. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев; под. ред. В. С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425763.html>

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

5. Клиническая патофизиология: учебник / под. ред. В.Н. Цыгана. – СПб.: Спецлит, 2015. – 560 с.

Учебные вопросы

Введение

1. Этиология и патогенез эзофагита

2. Этиология и патогенез гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Заключение

Введение

В последние годы во многих странах мира, в том числе и в России, отмечается значительный рост ряда заболеваний пищеварительной системы различного генеза. Полиморфизм клинических проявлений, тяжесть течения патологии пищевода, наличие серьезных осложнений, приводящих к значительному снижению качества жизни, устойчивая тенденция к повышению уровня заболеваемости подчеркивают особую актуальность данной проблемы. В последние годы пересмотрены многие представления о причинах и патогенетических механизмах развития патологии органов пищеварения, разработаны современные классификации, клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, появились новые лекарственные средства. Врачи-клиницисты в повседневной деятельности сталкиваются со сложностями в выборе методов диагностики, выявлении этиологического фактора, что зачастую приводит к гипердиагностике и некорректному назначению терапии.

1. Этиология и патогенез эзофагита

Эзофагит – это поражение слизистой оболочки пищевода воспалительного характера. Проявлениями эзофагита могут служить жгучая боль за грудиной, нарушения глотания, изжога, повышенная саливация. Осложнением эзофагита могут явиться пептическая язва, стеноз, перфорация пищевода, болезнь Барретта. Диагностический минимум состоит из проведения эзофагоскопии, эндоскопической биопсии и рентгенографии пищевода. Лечение назначается с учетом этиологии эзофагита; включает диету, медикаментозную терапию, физиотерапию; при необходимости – хирургическое лечение сужения пищевода (бужирование, рассечение рубцовых стриктур и др.).

Эзофагит – воспалительное заболевание стенки пищевода острого или хронического течения. При эзофагите воспалительный процесс развивается во внутренней, слизистой оболочке пищевода и при прогрессировании может поражать более глубокие слои. Среди заболеваний пищевода эзофагит является наиболее частым, в 30-40% случаев заболевание может протекать без выраженной симптоматики.

Причины эзофагита

Острый эзофагит развивается вследствие повреждающего фактора кратковременного действия:

- острые инфекционные процессы (грипп, грибковое поражение, дифтерия и др.);
- физическое повреждение (ожог, травмирование при введении зонда, повреждение инородными телами);
- химический ожог (повреждение едкими химическими веществами);
- аллергическая реакция на пищевые продукты (как правило, сочетается с другими признаками аллергии).

Наиболее тяжелыми бывают повреждения пищевода после ожогов. В патогенезе инфекционного эзофагита основным фактором развития воспаления считается снижение иммунных свойств организма.

Причины развития хронических эзофагитов также разнообразны:

- алиментарный эзофагит (употребление очень горячей, острой пищи, крепкого алкоголя);
- профессиональный эзофагит (работа, связанная с вдыханием паров едких химических веществ);
- застойный эзофагит (раздражение слизистой остатками скопившейся пищи при разного рода затруднениях эвакуационной функции пищевода);
- аллергический эзофагит (развивается в связи с пищевой аллергией);
- дисметаболический эзофагит (связан с нарушениями обмена – гиповитаминозами, недостаточностью микроэлементов и тканевой гипоксией, продолжительной интоксикацией организма и т. п.);

- идиопатический язвенный эзофагит (особая форма хронического воспаления пищевода неясной этиологии, морфологически подобная язвенным колитам и гранулематозу пищевода (неспецифический регионарный стенозирующий эзофагит).

В качестве отдельного заболевания выделяют пептический, или рефлюкс-эзофагит. Он развивается вследствие гастроэзофагеального рефлюкса (заброса желудочного содержимого в пищевод). Иногда сочетается с дуодено-гастральным рефлюксом. Рефлюкс из желудка в пищевод может возникать по следующим причинам: недостаточность кардии (нижнего пищеводного сфинктера); хиатальная грыжа (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы); недостаточная длина пищевода.

Классификация:

Эзофагит по течению может быть острым, подострым и хроническим. По характеру воспалительного процесса и его выраженности в гастроэнтерологии различают катаральный, отечный, эрозивный, псевдомембранозный, геморрагический, эксфолиативный, некротический и флегмонозный эзофагиты.

Катаральный и отечный эзофагит (наиболее часто встречающиеся формы) ограничиваются гиперемией слизистой и ее отеком. При остром инфекционном процессе, а также химических и тепловых ожогах пищевода возможно развитие эрозий слизистой оболочки (эрозивный эзофагит). При тяжелом течении инфекции нередко происходит развитие некротической формы. Геморрагический эзофагит сопровождается кровоизлияниями в стенку пищевода. При псевдомембранозной форме фиброзный экссудат не сращен с подслизистой тканью в отличие от эксфолиативного эзофагита. Флегмона пищевода, как правило, развивается при повреждении стенки пищевода инородным телом.

По локализации и распространенности воспалительного процесса различают дистальный, проксимальный и тотальный эзофагит. Классификация эзофагита по степени поражения имеет различия для острого и хронического течения заболевания. Острые эзофагиты и ожоги пищевода делят на три степени:

1. поверхностное поражение без эрозивных и язвенных дефектов;
2. поражение всей толщи слизистой с язвенными дефектами и некрозом;
3. поражение распространяется на подслизистые слои, образуются глубокие дефекты с возможностью перфорации стенки пищевода, кровотечения. После заживания возможно образование рубцовых стриктур.

Хронический эзофагит по выраженности поражения стенки делят на 4 степени согласно классификации Савари и Миллера (классификация эндоскопических признаков хронического эзофагита):

1. гиперемия без эрозивных дефектов в дистальных отделах;
2. разрозненные мелкие эрозивные дефекты слизистой;
3. эрозии слизистой сливаются друг с другом;
4. язвенное поражение слизистой, стеноз.

2. Этиология и патогенез гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – заболевание, обусловленное развитием воспалительных изменений в дистальном отделе пищевода и/или характерных симптомов вследствие регулярно повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки (СО) дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных – цилиндроклеточной метаплазии.

Неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ) и эрозивный эзофагит следует рассматривать как две формы ГЭРБ. НЭРБ – субкатегория ГЭРБ, характеризующаяся наличием вызванных рефлюксом и снижающих качество жизни симптомов без эрозий СО пищевода, выявляемых при проведении обычного эндоскопического исследования, в отсутствие антисекреторной терапии в данный момент. Подтвердить диагноз НЭРБ могут результаты проб с ингибиторами протонной помпы (ИПП), выявление патологического рефлюкса при рН-метрии или специфических эндоскопических признаков эзофагита при проведении исследований с использованием высокотехнологичных методов (увеличение с высоким разрешением, узкоспектральная эндоскопия).

НЭРБ следует дифференцировать от функциональной изжоги, при которой отсутствует патологический желудочно-пищеводный рефлюкс. У пациентов с функциональной изжогой, составляющих небольшую гетерогенную группу, механизмы развития симптомов различны. Лекарственные пробы с применением антисекреторных препаратов нельзя считать специфическими, однако их отрицательный результат демонстрирует высокую вероятность отсутствия ГЭРБ.

Пищевод Баррета – замещение плоского эпителия железистым цилиндрическим метаплазированным в СО дистального отдела пищевода, выявляемое при эндоскопическом исследовании и подтверждённое наличием кишечной метаплазии при гистологическом исследовании биоптата, в ряде случаев повышающее риск развития АКП.

Гиперсенситивный пищевод – это комплекс симптомов, включающий изжогу и боль за грудиной, возникающих как реакция на физиологические (нормальные) гастроэзофагеальные рефлюксы при отсутствии патологии при эндоскопических исследованиях и отсутствии выходящей за пределы нормы количества попадающей в пищевод кислоты, определяемой при мониторинге рН. В Римских критериях IV гиперсенситивный пищевод отнесён к «Расстройствам функции пищевода» и ему присвоен код АЗ.

При гиперсенситивном пищеводе отсутствует связь между неприятными ощущениями у пациента и гастроэзофагеальными рефлюксами, кислыми и некислыми. Для установления отсутствия такой связи обязательно используются функциональные методы исследования, в частности, рН-импедансометрия пищевода. Кодирование по МКБ 10

K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс

K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)

K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

K22.1 Язва пищевода

Лос-Анджелесская классификация предусматривает четырехстепенную градацию рефлюкс-эзофагита, в ее основе также лежит распространенность процесса, но осложнения ГЭРБ (стриктуры, язвы, пищевод Баррета), которые могут возникнуть при любой стадии, рассмотрены отдельно:

стадия А – один (или более) участок поврежденной СО размером до 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки);

стадия В – один (или более) участок поврежденной СО размером более 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки);

стадия С – один (или более) участок поврежденной СО, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75% окружности пищевода;

стадия D – один (или более) участок поврежденной СО, который захватывает более 75% окружности пищевода.

Кроме того, могут отмечаться пролапс СО желудка в пищевод, особенно при рвотных движениях, истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода существенно выше диафрагмы, заброс содержимого желудка или ДПК в пищевод. Замыкательную функцию кардии при эзофагоскопии оценить сложно, так как кардия может быть приоткрыта рефлекторно в ответ на введение эндоскопа и инсуффляцию воздуха.

Этиология. Основными причинами ГЭРБ являются: спонтанное расслабление и снижение базального тонуса нижнего пищеводного сфинктера, повышение внутрибрюшного и

внутрижелудочного давления, снижение клиренса пищевода, агрессивное влияние рефлюксного содержимого под действием соляной кислоты, пепсина и желчных кислот, снижение резистентности слизистой оболочки пищевода. Спонтанное расслабление нижнего пищеводного сфинктера может быть следствием первичного дефекта мускулатуры сфинктера, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. К недостаточности кардии могут приводить курение, злоупотребление алкоголем, беременность, некоторые лекарственные препараты (блокаторы кальциевых каналов, нитропрепараты), ожирение, врожденные анатомические нарушения в области нижнего пищеводного сфинктера, оперативные вмешательства. Повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления может быть следствием переизбытка, нарушений моторики желудка, пилороспазма, пилородуоденального стеноза, желудочной гиперсекреции при язвенной болезни. Способствующими факторами повышения внутрибрюшного давления являются запоры, метеоризм, ношение тугих поясов, беременность.

Патогенез ГЭРБ

Основа патогенеза ГЭРБ – повреждение слизистой оболочки пищевода содержимым желудка при частом и длительном гастроэзофагеальном рефлюксе содержимого кислотного кармана. Помимо присутствия агрессивного фактора, большое значение в развитии эзофагита принадлежит нарушениям защитных механизмов, таких как пищеводный клиренс и резистентность слизистой оболочки. Удлинение пищеводного клиренса (т. е. времени очищения пищевода от попавшей в результате рефлюкса кислоты) возникает при нарушенной перистальтике пищевода, приводящей к задержке пищевых масс, а также при пониженном слюноотделении. Резистентность слизистой оболочки пищевода также страдает при недостаточном выделении секрета желез подслизистого слоя пищевода, содержащего муцин, простагландин, бикарбонаты. Возникающий рефлюкс-эзофагит приводит к нарушению целостности слизистой оболочки пищевода. Следствием дальнейшего агрессивного воздействия пепсина и соляной кислоты на слизистую пищевода может стать образование пептических язв с последующим рубцеванием и развитием стриктур пищевода. К наиболее опасным осложнениям ГЭРБ относится пищевод Барретта.

Классификация эзофагита по степеням (по данным эндоскопического исследования). Для рефлюкс-эзофагита (РЭ) 1-й степени характерны: слабовыраженная гиперемия и рыхлость слизистой оболочки (СО) на уровне желудочнопищеводного соединения (ЖПС), легкая сглаженность последнего, исчезновение блеска СО дистальных отделов пищевода.

При 2-й степени РЭ – выраженная гиперемия, отек, на верхушках складок выявляются эрозии.

О 3-й степени РЭ свидетельствуют сливающиеся эрозии, покрытые экссудатом или отторгающимися некротическими массами, которые не распространяются циркулярно; объем поражения СО дистального отдела пищевода не превышает 50% всей пятисантиметровой зоны выше ЖПС.

Для РЭ 4-й степени характерны циркулярно расположенные сливающиеся эрозии или экссудативно-некротические повреждения (изъязвления), занимающие всю пятисантиметровую зону выше ЖПС.

При РЭ 5-й степени обнаруживаются глубокие изъязвления и эрозии СО в дистальном отделе пищевода, стриктуры и фиброз его стенок, «короткий пищевод», пищевод Барретта.

Гистологически РЭ характеризуется отеком и воспалительной инфильтрацией СО и подслизистого слоя, преимущественно плазмócитами и лимфоцитами, вакуольной дистрофией эпителия. Гистологические признаки эзофагита всегда свидетельствуют о патологии, даже если при эндоскопическом исследовании пищевода отсутствуют макроскопические изменения.

Клиническая картина. Наиболее частыми проявлениями ГЭРБ являются изжога, отрыжка, регургитация, дисфагия и одиофагия. Под изжогой понимают чувство жжения в области мечевидного отростка и нижней трети грудины. Обычно возникает после еды, приема пряной, жирной пищи, алкоголя, кофе, меда, газированных напитков, шоколада. Способствующими факторами являются физическая нагрузка, лежащее положение, ношение тугих поясов, подъем тяжестей. Отрыжка кислым или горьким усиливается обычно после еды,

газированных напитков. Срыгивание пищи, как правило, также усиливается после физической нагрузки. У некоторых пациентов ГЭРБ сопровождается т. н. парадоксальной дисфагией, при которой затруднение прохождения пищи по пищеводу, чувство «кола» или комка за грудиной возникает при употреблении жидкой пищи, пассаж по пищеводу плотной пищи практически не нарушен. Одинофагия часто локализуется за грудиной и может иррадиировать в шею, нижнюю челюсть, лопатку. В тяжелых случаях ГЭРБ возможно развитие аспирационной пневмонии в результате микроаспирации дыхательных путей содержимым пищевода. У таких больных возможно появление удушья, хронического кашля, фарингита, дисфонии, синусита. Существует особая форма бронхиальной астмы, основным патогенетическим механизмом которой является ГЭРБ.

Нижний пищеводный сфинктер

Главная роль в запирательном механизме принадлежит состоянию нижнего пищеводного сфинктера. В покое у здорового человека он закрыт. В норме преходящие расслабления длятся в течение 5-30 сек и способствуют освобождению желудка от избытка проглоченного во время еды воздуха. У пациентов с ГЭРБ эти спонтанные эпизоды релаксации нижнего пищеводного сфинктера частые и длительные. Причина этого – нарушение перистальтики пищевода, быстрая и обильная еда, когда заглатывается большое количество воздуха.

Тонус нижнего пищеводного сфинктера снижают:

- продукты питания, содержащие кофеин (шоколад, кофе, чай, кока-кола), цитрусовые, томаты, алкоголь, никотин и жиры;
- некоторые ЛС: холинолитики, седативные и снотворные средства, -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, теofilлин и другие препараты;
- поражения блуждающего нерва (вагусная нейропатия при сахарном диабете, ваготомии).

Давление в нижнем пищеводном сфинктере снижается под влиянием ряда гастроинтестинальных гормонов: глюкагона, соматостатина, холецистокинина, секретина, вазоактивного интестинального пептида, энкефалинов.

Снижение функции антирефлюксного барьера может происходить тремя путями:

- первичное снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере;
- увеличение числа эпизодов его преходящего расслабления;
- полное или частичное разрушение сфинктера, например при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, склеродермии, после хирургических вмешательств, пневмокардиодилатации.

Угол Гиса

Это угол перехода одной боковой стенки пищевода в большую кривизну желудка, тогда как другая боковая стенка плавно переходит в малую кривизну. Воздушный пузырь желудка и внутрижелудочное давление способствуют тому, что складки слизистой оболочки желудка, образующие угол Гиса, плотно прилегают к правой стенке (складка Губарева), предотвращая заброс содержимого желудка в пищевод.

Снижение клиренса

Пищевод снабжён эффективным механизмом, устраняющим сдвиги рН в кислую сторону, – пищеводным клиренсом. У 50% больных ГЭРБ пищеводный клиренс снижен. При этом страдают следующие варианты клиренса пищевода:

- химический – вследствие уменьшения нейтрализующего действия бикарбонатов слюны и пищеводной слизи;
- объёмный – из-за угнетения вторичной перистальтики и снижения тонуса стенки грудного отдела пищевода.

Непосредственная причина рефлюкс-эзофагита – длительный контакт желудочного или дуоденального содержимого со слизистой оболочкой пищевода.

Резистентность слизистой оболочки пищевода

Обеспечивается преэпителиальным, эпителиальным и постэпителиальным факторами.

- Повреждение эпителия начинается тогда, когда ионы водорода и пепсин или жёлчные кислоты преодолевают преэпителиальный защитный слой слизи и активную бикарбонатную секрецию.

- Эпителиальный фактор: особенности строения и функций клеточных мембран, межклеточных соединений, внутри- и межклеточного транспорта, создающие оптимальный рН (7,3-7,4).

- Постэпителиальный фактор: кровоснабжение слизистой оболочки пищевода, обеспечивающее адекватные трофические процессы, оптимальный кислотно-щелочной баланс.

Заключение

Эзофагиты могут быть следствием различного рода повреждений слизистой пищевода или развиваться вследствие инфекционного поражения, гастрита, заброса желудочного сока (иногда с желчью) из желудка. Эзофагит вследствие рефлюкса (заброса) желудочного содержимого выделяется как отдельное заболевание – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Наиболее частыми проявлениями ГЭРБ являются изжога, отрыжка, срыгивание, дисфагия и боль при глотании и прохождении пищи по пищеводу.

Лекция 2. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Контингент обучаемых – обучающиеся по дополнительной профессиональной программе «Острые заболевания пищевода»

Время – 2 акад. часа

Литература.

1. Терапия: учебное пособие / О.В. Леонтьев, С.В. Дударенко. – СПб., 2020, Стратегия развития. – 786 с.

2. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425763.html>

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

5. Клиническая патофизиология: учебник / под. ред. В.Н. Цыгана. – СПб.: Спецлит, 2015. – 560 с.

Учебные вопросы:

Введение

1. Особенности диагностики острых заболеваний пищевода

2. Особенности диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Заключение

Введение

Если острый эзофагит проявляется клинической симптоматикой, то диагностика этого заболевания, как правило, не составляет проблем – локализация болевого симптома весьма специфична и характерна. Опрос позволяет выявить вероятную причину развития эзофагита.

1. Особенности диагностики острых заболеваний пищевода

Симптомы острого эзофагита

При катаральной форме эзофагит может протекать без клинических симптомов, только иногда проявляясь повышенной чувствительностью пищевода к горячей или холодной пище. Тяжелые формы эзофагита проявляются выраженным болевым симптомом (острая, сильная, жгучая боль за грудиной, отдающая в шею и спину), расстройством глотания (дисфагия) из-за сильной боли, изжогой, повышенным слюноотделением.

В крайне тяжелых случаях – кровавая рвота вплоть до шокового состояния. Тяжело протекающий эзофагит спустя неделю может смениться периодом мнимого благополучия (резкое стихание симптомов, возможно даже употребление твердой пищи), но без адекватного лечения спустя несколько недель (до 3-х месяцев) заживления тяжелых дефектов пищеводной стенки может привести к образованию грубых рубцов и стеноза, что приведет к прогрессированию дисфагии и регургитации пищи.

Для подтверждения диагноза используется:

- Эзофагоскопия. Показывает изменения в слизистой, их выраженность. Проведение эндоскопического обследования пищевода проводят не ранее чем на шестой день после проявления выраженной клинической картины. Показания для эндоскопического обследования выявляются индивидуально. При необходимости берут эндоскопическую биопсию слизистой и исследуют гистологически.

- Манометрия. Нарушения моторной функции пищевода выявляются с помощью эзофагоманометрии.

- Рентген. Рентгенография пищевода позволяет выявить изменения контуров пищевода, изъязвления, отек стенки и скопление слизи.

2. Особенности диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Особенность ГЭРБ – отсутствие зависимости выраженности клинических симптомов (изжоги, боли, регургитации) от тяжести изменений в слизистой оболочке пищевода. Симптомы заболевания не позволяют дифференцировать неэрозивную рефлюксную болезнь от рефлюкс-эзофагита.

Все симптомы можно объединить в две группы: пищеводные (изжога; отрыжка кислым, горьким или пищей; срыгивание; дисфагия; одинофагия; боли за грудиной) и внепищеводные (кашель, приступы удушья, одышка, осиплость или охриплость голоса, сухость в горле, слюнотечение, кариес, признаки анемии).

В клинической картине ведущее место занимает изжога, отрыжка кислым содержимым, возникающая при наклоне вперед и в ночное время. Второе по частоте проявление данного заболевания – за грудиной боль. Реже наблюдают дисфагию, срыгивание и одинофагию (боль при глотании).

Изжога. Своеобразное чувство жжения или тепла различной интенсивности, возникающее за грудиной (в нижней 1/3 пищевода) или в подлопаточной области. Отмечают у 83% больных ГЭРБ. Возникает в результате продолжительного контакта кислого содержимого желудка (рН <4) со слизистой оболочкой пищевода. Выраженность изжоги не коррелирует с тяжестью эзофагита. Характерно её усиление при погрешностях в диете, приеме газированных напитков, алкоголя, физическом напряжении, наклонах вперед и в горизонтальном положении.

Отрыжка и срыгивание пищи. На отрыжку жалуются 52% больных. Как правило, она усиливается после еды, приема газированных напитков. Срыгивание пищи, наблюдаемое у некоторых больных, возникает при физической нагрузке и положении, способствующем регургитации. Отрыжка и срыгивание характерны для заболевания с выраженными нарушениями моторной функции пищевода.

За грудиной боль. Распространяется в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки и может имитировать стенокардию. При дифференциальной

диагностике происхождения болей важно установить, что провоцирует и купирует боли. Для пищеводных болей характерны связь с приёмом пищи, положением тела и купирование их приёмом щелочных минеральных вод и антацидов.

Дисфагия имеет перемежающийся характер, отмечают у 19% больных. Появление стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги свидетельствует о развитии стриктуры пищевода. Быстро прогрессирующая дисфагия и потеря массы тела могут указывать на развитие аденокарциномы.

Основные методы, используемые для выявления желудочно-пищеводного рефлюкса:

- рентгенологическое исследование;
- эндоскопическое исследование;
- суточное мониторирование рН пищевода;
- исследование двигательной функции пищевода;
- гистологическое исследование.

Рентгенологическое исследование. При рентгеноскопии пищевода определяют попадание контрастного вещества из желудка в пищевод, обнаруживают грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры, признаки эзофагита (утолщение складок, изменение моторики, неровность контуров пищевода), эрозии и язвы пищевода.

Эндоскопическое исследование. Применяют для диагностики рефлюкс-эзофагита и оценки степени его тяжести (см. выше классификацию рефлюкс-эзофагита).

Хромоскопия обнаруживает метапластические и диспластические изменения эпителия пищевода путём нанесения на слизистую оболочку веществ, по-разному прокрашивающих здоровые и поражённые ткани. Кроме этого, можно увидеть пролапс желудочной слизистой в просвет пищевода, особенно хорошо заметный при рвотных движениях; истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода выше диафрагмы. Оценка замыкательной функции кардии затруднена, так как она может быть открыта в ответ на введение эндоскопа или инсuffляцию воздуха.

Суточная рН-метрия пищевода. Наиболее информативный метод диагностики ГЭРБ, особенно неэрозивной рефлюксной болезни, позволяющий судить о частоте, продолжительности и выраженности рефлюкса. По сравнению с другими методами [рентгеноскопия, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), исследование давления нижнего пищеводного сфинктера] 24-часовая рН-метрия имеет высокую чувствительность при выявлении гастроэзофагеальных рефлюксов (88-95%). Полученная информация позволяет точно определить, в течение какого времени слизистая оболочка пищевода подвергалась воздействию соляной кислоты, оценить эффективность пищеводаклиренса, сопоставить возникновение рефлюксов с клиническими симптомами, исследовать кислотопродуцирующую функцию желудка в течение суток.

Для диагностики ГЭРБ результаты рН-метрии оценивают по общему времени, в течение которого рН имеет значение <4,0, по суммарному количеству рефлюксов за сутки, по числу рефлюксов продолжительностью более 5 мин и длительности наибольшего рефлюкса.

Сцинтиграфия пищевода. Для оценки эзофагеального клиренса применяют радиоактивный изотоп технеция. Задержка принятого изотопа в пищеводе более чем на 10 мин указывает на замедление эзофагеального клиренса. Исследование суточного рН и пищеводаклиренса позволяет выявить рефлюкс до развития эзофагита.

Манометрия. Выявляют снижение давления нижнего пищеводного сфинктера, увеличение числа его транзиторных расслаблений, уменьшение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода.

Гистологическое исследование. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки пищевода применяют для исключения пищевода Бэрретта и аденокарциномы пищевода. При гистологическом исследовании обнаруживают истончение и атрофию эпителия, разрастание соединительной ткани (склероз). Находят метаплазию плоского неороговевающего эпителия пищевода, приводящую к разрастанию цилиндрического эпителия кардиального или фундального типа слизистой оболочки желудка. Если же метаплазия приводит к появлению

специализированного тонкокишечного цилиндрического эпителия, то возникает риск озлокачествления. Специализированный цилиндрический эпителий при этом диагностируют как неполную тонкокишечную метаплазию с наличием бокаловидных клеток.

Заключение

Таким образом, выраженность симптоматики при остром эзофагите имеет прямую зависимость от выраженности воспалительного процесса в слизистой пищевода, так при катаральной форме эзофагита они могут не проявляться, иногда проявляясь повышенной чувствительностью пищевода к горячей или холодной пище, а тяжелые формы – проявляются симптомами острой, сильной, жгучей болью за грудиной, отдающей в шею и спину, дисфагией из-за сильной боли, изжогой. Поэтому необходимо проведение диагностики с применением современных методов рентгенологического, эндоскопического, гистологического исследований, суточного мониторирования рН пищевода, изучение двигательной функции пищевода.

Лекция 3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Контингент обучаемых – обучающиеся по дополнительной профессиональной программе «Острые заболевания пищевода»

Время – 2 акад. часа

Литература.

1. Терапия: учебное пособие / О.В. Леонтьев, С.В. Дударенко. – СПб., 2020, Стратегия развития. – 786 с.

2. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев ; под. ред. В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425763.html>

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

5. Клиническая патофизиология: учебник / под. ред. В.Н. Цыгана. – СПб.: Спецлит, 2015. – 560 с.

Учебные вопросы:

Введение

1. Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода

2. Лечение заболеваний пищевода

Заключение

Введение

Синдром пищеводной диспепсии включает в себя следующие симптомы: дисфагия (нарушение акта глотания от затруднений при проглатывании до полной непроходимости пищевода), боли за грудиной, связанные с актом глотания, регургитация заглатываемой пищи, попадание её в соседние органы при наличии свищевых сообщений, изжога.

1. Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода

Эзофагит – воспаление пищевода – протекает остро, подостро или хронически. Острый эзофагит вызывается действием на слизистую оболочку пищевода горячей или раздражающей пищи, кислот, щелочей, инородных тел и др. Встречается при некоторых острых инфекционных и аллергических заболеваниях, радиационном поражении. По морфологической картине выделяют эзофагиты катаральные, эрозивные, геморрагические, псевдомембранозные, некротические, а также абсцесс и флегмону пищевода (обычно в связи с травмой слизистой оболочки инородным телом). Клинические проявления: при катаральном и эрозивном эзофагите – чувство жжения, саднения за грудиной, при более тяжелых формах – выраженная боль при глотании, иногда рефлекторная дисфагия. При геморрагическом эзофагите – кровавая рвота, при псевдомембранозном – в рвотных массах обнаруживаются пленки фибрина, абсцесс и флегмона пищевода протекают наиболее тяжело с септической лихорадкой, симптомами общей интоксикации, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом формулы влево, высокой СОЭ. При острых эзофагитах эзофагоскопия противопоказана (она проводится лишь по особым показаниям – например, для вскрытия абсцесса). Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и клинической картины. Рентгенологическое исследование должно проводиться с особой осторожностью: могут определяться неровность контуров пищевода, нарушение его моторной функции, утолщение складок слизистой оболочки. Хронический эзофагит возникает под влиянием повторных или длительных воздействий повреждающих факторов на слизистую оболочку пищевода. Клинически проявляется ощущением жжения и саднения за грудиной, особенно при прохождении пищи по пищеводу (в редких случаях болью), рефлекторной дисфагией, тошнотой, срыгиванием пищей или жидкостью. При рентгенологическом исследовании определяется неравномерное утолщение складок слизистой оболочки, появление полипообразных разрастаний, часто – антиперистальтика. Наиболее информативным является эзофагоскопическое исследование (отек, гиперемия слизистой, иногда эрозии с белесоватыми налетами; при выраженных атрофических изменениях слизистая оболочка истончена, гладкая, легко кровоточит).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – определенный клинический симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет. В первом случае говорят об «эндоскопически позитивной ГЭРБ (или рефлюкс-эзофагите – РЭ)», во втором – об «эндоскопически негативной ГЭРБ». Наиболее характерным симптомом ГЭРБ является изжога, которая усиливается при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, при физическом напряжении и наклонах туловища, а также в горизонтальном положении больного. Другими частыми симптомами служат отрыжка, рефлекторная дисфагия, боли в эпигастральной области или области мечевидного отростка, возникающие вскоре после еды и усиливающиеся при наклонах. К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный кашель, дисфония, нарушения сердечного ритма (экстрасистолии, преходящей блокады ножек пучка Гиса и др.).

В результате гастроэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии и хронический гастрит, ларингит, фарингит, разрушения зубов. "Золотым стандартом" диагностики ГЭРБ остается эндоскопический метод исследования. При этом у больных с эндоскопически позитивной ГЭРБ часто выявляются гиперемия и отек слизистой оболочки пищевода, эрозивные и язвенные дефекты.

Используется оценка степени тяжести имеющегося РЭ по Savari-Miller:

I степень тяжести – катаральный эзофагит, единичные эрозии (менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода);

II степень тяжести – эрозии захватывают уже до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода;

III степень тяжести – циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода;

IV степень тяжести – образование пептических язв и стриктур пищевода, а также развитием тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Баррета). При эндоскопически негативной ГЭРБ признаки РЭ отсутствуют.

Манометрия позволяет выявить снижение тонуса НПС, могут выявляться грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, увеличение числа эпизодов транзиторных расслаблений НПС, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода. Рентгенологическое исследование помогает выявить сопутствующие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и также позволяет визуализировать гастроэзофагеальный рефлюкс. В амбулаторных условиях может быть проведен так называемый омепразоловый тест, суть которого заключается в том, что выраженность клинических симптомов ГЭРБ значительно уменьшается в течение первых 3-5 дней ежедневного приема 40 мг омепразола. Если этого не происходит, то имеющиеся у больного симптомы обусловлены, вероятнее всего, другими заболеваниями.

Язва пищевода встречается редко, локализуется обычно в нижней трети пищевода. Различают острые пептические язвы, возникающие в послеоперационном периоде, при заболеваниях, сопровождающихся частой рвотой кислым желудочным содержимым, а также хронические язвы, возникающие главным образом у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточностью кардии. Клиника: изжога, дисфагия (вследствие сопутствующего эзофагоспазма, отека или рубцового стеноза), боли за грудиной или в эпигастриальной области при проглатывании, тошнота, иногда рвота. Сравнительно часто возникают кровотечения. Рентгенологически выявляются остроконечные «ниши» с воспалительным валом у основания кратера, обуславливающие краевую деформацию стенки пищевода в зоне поражения. Диаметр ниши не превышает 1 см, а глубина – несколько миллиметров. Часто наблюдается сопутствующий эзофагит. При эзофагоскопии язва представляется округлой или продолговатой с желто-серым или кровянистым налетом, под которым обнаруживается багрово-красное неровное дно. Для дифференциального диагноза с раком пищевода необходима биопсия.

Стеноз пищевода наиболее часто бывает обусловлен перенесенными химическими ожогами, исходом пептической язвы и ахалазии, инфекционными заболеваниями и др. Небольшие и даже умеренные рубцовые стенозы могут протекать бессимптомно. Клиника: дисфагия, ощущение затруднения при прохождении пищи через пищевод, ее задержки в пищеводе. Первоначально имеет место затруднение при приеме лишь твердой пищи. В дальнейшем присоединяются трудности при приеме кашицеобразной и жидкой пищи. В случае присоединения эзофагита появляются боли при глотании, отрыжка, регургитация сразу после еды или спустя некоторое время. В связи с недоеданием прогрессирует упадок питания. При рентгенологическом исследовании определяются локализация, размеры и количество сужений, величина расширения пищевода над местом стеноза. Вначале расширение имеет веретенообразный вид, затем приобретает форму конуса или мешка. Стеноз пищевода выявляется также при эзофагоскопии, однако его протяженность и состояние слизистой оболочки пищевода дистальнее места сужения изучить обычно не удается. В первую очередь рубцовые сужения необходимо дифференцировать от опухолевых стенозов пищевода: отсутствие динамики в течение длительного времени, большая протяженность процесса, наличие нескольких сужений просвета на разных уровнях, резкое супрастенотическое расширение, остаточная эластичность стенок в зоне поражения, эзофагоскопия с прицельной биопсией и цитологическим исследованием биоптата.

Дивертикул пищевода – противоестественное выпячивание стенки пищевода, сообщающееся с его просветом. Дивертикулы могут быть истинными (содержащими все слои пищеводной стенки) и ложными (выпячивание слизистой оболочки через дефект мышечного слоя). Выделяют также дивертикулы врожденные и приобретенные; последние подразделяются на пульсионные, тракционные и смешанные. По локализации дивертикулы бывают фарингоэзофагальными, бифуркационными, над- и поддиафрагмальными. Клиника: дисфагия,

рефургияция пищи в ночные часы, что может приводить к аспирации, иногда гиперсаливация. При застое пищи появляется неприятный гнилостный запах изо рта.

При развитии дивертикулита присоединяется медиастинит. Рентгенологически определяется мешковидное выпячивание стенки пищевода с задержкой контраста. При дивертикулите выявляется нечеткость контуров дивертикула.

Рак пищевода является наиболее частой причиной дисфагии, которая характеризуется быстрым прогрессированием и сочетается с рефургияцией (часто с примесью крови), болями за грудиной, особенно при проглатывании пищи, ощущением инородного тела в пищеводе, гиперсаливацией, анорексией и извращением вкуса. Могут наблюдаться приступы кашля, осиплость голоса, одышка. При осмотре выявляется резкое снижение массы тела, землистосерый цвет кожи. Могут пальпироваться увеличенные, плотные, неподвижные надключичные или шейные лимфатические узлы. В общем анализе крови – гипохромная анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уменьшение количества эозинофилов, значительное повышение СОЭ. Рентгенологически определяется дефект наполнения в виде узла иногда с изъязвлением или сужение просвета пищевода с неровными, изъеденными контурами. Стенки пищевода в области сужения ригидны, отсутствует перистальтика, складки слизистой истончены, сглажены или обрывисты. Имеется супрастенотическое расширение. Верифицирует диагноз эзофагоскопия с биопсией и цитологическим исследованием биоптата.

Склеродермическая эзофагопатия имеет место в 2/3 случаев системной склеродермии. Она проявляется дисфагией, ощущением инородного тела за грудиной, реже изжогой, срыгиванием, рвотой. Появление дисфагии указывает начало генерализации склеродермии. При прогрессировании процесса развивается эзофагит с упорными мучительными загрудинными болями. Рентгенологически склеродермические изменения пищевода характеризуются ослаблением перистальтики, атонией, дилатацией, длительной задержкой контрастного вещества в пищеводе, недостаточностью кардии с явлениями рефлюкс-эзофагита и его вторичными осложнениями – изъязвлениями, сужением наддиафрагмального сегмента пищевода, стриктурами. Диагноз устанавливается с учетом основных проявлений склеродермии: вазоспастических нарушений по типу синдрома Рейно, усиливающихся при волнении или охлаждении, склеродермических поражений кожи лица и кистей, суставного синдрома, базального пневмосклероза, кардиосклероза и др. Существенную помощь оказывает морфологическое исследование биоптатов кожи.

Синдром Пламмера-Винсона (сидеропеническая дисфагия, синдром Россолимо-Бехтерева) встречается при дефиците железа в организме. Дисфагия сочетается с железodefицитной анемией. Недостаток железа в организме приводит к развитию трофических изменений кожи, волос, ногтей, атрофическому фарингиту, эзофагиту, гастриту с ахилией. Причиной дисфагии являются атрофический эзофагит с развитием особых перепончатых сужений и перемычек в проксимальном отделе пищевода и выраженная атрофия подслизистого слоя, уменьшающая его эластичность. У этих лиц часто отмечаются значительные нарушения вкуса и обоняния. Верифицируется диагноз низким уровнем сывороточного железа и ферритина.

Спастическая дискинезия пищевода развивается при нарушениях центральной регуляции функции пищевода (первичный эзофагоспазм) или при воспалительных процессах различных отделов ЖКТ (вторичный эзофагоспазм). Нарушение заключается в том, что вместо единого пропульсивного сокращения происходит одновременное сокращение всего гладкомышечного сегмента пищевода или непоследовательное сокращение различных его частей. Характерна перемежающаяся дисфагия при проглатывании больших кусков плотной пищи, во время поспешной еды, волнения, а также при сочетании этих факторов. Задержка пищи не бывает длительной. Помогают перемена положения тела, прием жидкости, аэрофагия. Часто наблюдается загрудинная боль, связанная с глотанием. Психогенные эзофагоспазмы проявляются ощущением кома или подкатывания к горлу, имеют различную частоту и длительность, порой сопровождаются изжогой, отрыжкой, срыгиванием, икотой. Рентгенологически тонус пищевода повышен, просвет его сужен; спастические циркулярные

сокращения пищевода чередуются с его расширениями, напоминающими четки или «штопорообразный пищевод». Если при обычном рентгенологическом исследовании не выявляются 8 симптомы эзофагоспазма, проводят повторное исследование с более густой или подкисленной лимонной кислотой бариевой взвесью.

Атония пищевода наблюдается при поражениях как центральной, так и периферической нервной системы, а также мышечной оболочки пищевода. Дисфагия является следствием задержки в пищеводе сухой или плохо пережеванной пищи, особенно при еде лежа. При атонии и недостаточности глоточно-пищеводного и кардиального сфинктера наблюдается отрыжка и срыгивание вследствие регургитации пищеводного или желудочного содержимого при наклоне туловища. Течение длительное, прогрессирующее. Рентгенологически выявляется расширение просвета пищевода более 3 см, задержка контраста не менее 7-10 минут, картина «бариевого столба», высотой более 3 см, избыточная складчатость слизистой оболочки (4-5 складок вместо 2-3), отсутствие формирования ампулы, резкое ослабление тонуса и перистальтической активности стенок.

Ахалазия кардии (кардиоспазм) – заболевание, при котором нарушается прохождение пищевого комка из пищевода в желудок вследствие отсутствия рефлекторного раскрытия кардии и изменения пищеводной перистальтики во время глотания. Наблюдается в любом возрасте, составляя от 5 до 20% всех заболеваний пищевода, связана с дисфункцией вегетативной нервной системы, рефлекторными механизмами, невротическим состоянием, инфекционно-токсическим поражением нервных сплетений пищевода, врожденным их дефектом и, возможно, с дефицитом витаминов группы В.

Клинико-анатомически ахалазию кардии подразделяют на 4 стадии (по Б.В. Петровскому):

I стадия – функциональный временный спазм кардии без расширения пищевода;

II стадия – стабильное расширение пищевода (до 3 см) и усиленная моторика стенок;

III стадия – рубцовые изменения кардии с расширением пищевода до 5 см и функциональным расстройством тонуса и перистальтики;

IV стадия – пищевод расширен более чем на 5 см и S-образно изогнут, осложнения (эзофагит, периезофагит).

Клиника: дисфагия, регургитация и загрудинная боль. Дисфагия вначале эпизодическая, с прогрессированием болезни наблюдается при каждом приеме пищи. Возможна парадоксальная дисфагия. Регургитация сопровождает дисфагию; выраженность ее зависит от стадии заболевания, усиливается при наклонах туловища, физическом напряжении, горизонтальном положении больного, нередко в ночные часы, что приводит к аспирации пищевых масс и появлению приступов ночного кашля, симптома «мокрой подушки». Характерна выработка больными приемов, облегчающих прохождение пищи: питье теплой воды мелкими глотками, аэрофагия, определенное положение тела во время еды и др. Боль за грудиной появляется при переполнении пищевода или в связи с развитием застойного эзофагита. При I-II стадии заболевания общее состояние не страдает. При III-IV стадии отмечается похудание. Рентгенологически выявляется нарушение прохождения контраста в желудок, расширение и S-образное искривление пищевода, нарушение перистальтики. Бариевая взвесь длительно задерживается в пищеводе, кардиальный сегмент его сужен (симптом «мышинного хвоста») и не раскрывается при глотании, газовый пузырь желудка отсутствует. Прием нитроглицерина под язык расслабляет кардиальный сфинктер и контраст «проваливается» в желудок. Эзофагоскопия выявляет расширение пищевода, скопление пищевых масс в кардиальном отделе, застойный эзофагит и позволяет взять биопсию для дифференциальной диагностики со злокачественным новообразованием; характерно, что эзофагоскоп легко проходит через кардию в желудок.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – смещение через пищеводное отверстие диафрагмы в заднее средостение какого-либо органа брюшной полости, чаще абдоминального отдела пищевода и кардиальной части желудка. Выделяют грыжи фиксированные (постоянные), нефиксированные, скользящие (аксиальные) и

параэзофагеальные. Заболевание может протекать бессимптомно. Чаще всего при ГПОД наблюдается изжога, отрыжка пищей. Симптомы усиливаются при наклоне туловища вперед, в положении лежа. Часто встречается (особенно при фиксированных и параэзофагеальных грыжах) боль в области мечевидного отростка. Характерным для нее является возникновение после приема пищи, в горизонтальном положении, при физической нагрузке (необходим дифференциальный диагноз со стенокардией). Возможно возникновение дисфагии, рвоты с примесью крови, железодефицитной анемии. Рентгенологическое исследование проводят полипозиционно (в вертикальном и горизонтальном положении больного) с применением приемов, повышающих внутрибрюшное давление: покашливание, натуживание, напряжение брюшного пресса и др. Выявляется утолщение свода желудка, его деформация, смещение пищевода при дыхании более чем на 3 см. В горизонтальном положении больного регистрируются расширение пищеводного отверстия диафрагмы и присутствие в нем при грыже трех и более складок желудка. Диагностировать эзофагит и недостаточность кардии помогает эзофагоскопия.

Инородные тела пищевода – задержавшиеся в нем случайно или преднамеренно проглоченные предметы, не употребляемые в пищу (различные кости, гвозди, стекло, иголки, монеты, пуговицы, зубные протезы и др.), а также крупные непрожеванные куски пищи. Острые предметы чаще всего застревают в начальном отделе пищевода, а крупные без острых шипов – на уровне бифуркации трахеи или над кардией в местах физиологических сужений пищевода. Наиболее частыми начальными признаками застрявшего инородного тела являются боли по ходу пищевода при глотании, чувство царапанья в горле, дисфагия, срыгивание, гиперсаливация, чувство страха, холодный пот, бледность кожи. Могут присоединяться также нарушения ритма сердца, лихорадка, осиплость голоса, отек мягких тканей шеи и др. В тяжелых случаях может развиваться острая дыхательная недостаточность и другие осложнения (перфорация, кровотечение, медиастинит). Верифицирует диагноз инородного тела экстренная контрастная рентгенография пищевода и эзофагоскопия, которая одновременно является и основным методом удаления инородного тела.

2. Лечение заболеваний пищевода

Острый эзофагит

Эзофагит вследствие химического ожога требует срочного промывания желудка для удаления химического агента. Для лечения легких форм острых эзофагитов больным рекомендовано воздерживаться от приемов пищи 1-2 дня, медикаментозное лечение заключается в приеме антацидов и препаратов группы фамотидина. После начала питания исключают продукты, способные повредить слизистую (алкоголь, кофе, горячая, острая, грубая пища) и пища, активизирующая выработку желудочного сока (шоколад, жирные продукты). Всем больным эзофагитом рекомендован отказ от курения.

При тяжелом протекании болезни – бережное питание вплоть до отказа от энтерального питания, обволакивающие и гелевые антацидные препараты. При выраженной интоксикации проводится инфузионная терапия с помощью дезинтоксикационных растворов. Для подавления инфекционного процесса показана антибиотикотерапия.

При язвенном эзофагите с выраженным болевым симптомом прописано обезболивание и противопоказано промывание желудка. При безуспешности массированного лечения антибиотиками очагов гнойного воспаления (флегмона, абсцесс) – хирургическая санация. Также показанием к хирургическому лечению эзофагита является развитие тяжелой стриктуры пищевода, не поддающейся дилатации.

Хронический эзофагит

В терапии хронического эзофагита основное значение играет устранение фактора его возникновения. Важнейшей составляющей лечения является строгое соблюдение диеты и режима питания и образа жизни. Рекомендации по диете в период острых клинических проявлений: употребление умеренного количества мягкой протертой пищи комнатной

температуры. Исключение из рациона продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую – острые, жирные, жареные, газированные, алкоголесодержащие продукты. Также исключают пищу, содержащую большое количество клетчатки.

Больным эзофагитом необходимо отказаться от курения и приема лекарственных препаратов, влияющих на тонус сфинктера пищевода (седативные препараты, транквилизаторы, теофиллин, простагландины и т. п.). Также следует отказаться от приемов пищи не менее чем за полтора-два часа до сна, не принимать горизонтальное положение после еды, не проводить много времени наклонясь. Спать рекомендуется на приподнятом изголовье. Терапия хронического эзофагита:

- препараты, снижающие кислотность желудочного сока (антациды – оптимальным выбором являются гелевые антациды с анестетиками, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов);

- препараты, усиливающие тонус кардии (нижнего сфинктера пищевода и ускоряющие продвижение пищевого комка из желудка в двенадцатиперстную кишку (блокаторы дофаминорецепторов и холиномиметики).

- при рефлюкс-эзофагите хороший результат дает амплипульстерапия;

- снижение болевого синдрома достигается сеансами электрофореза ганглиоблокаторов;

- грязелечение и бальнеотерапия.

При тяжелом течении рефлюкс-эзофагита со стриктурами, язвами и стенозом физиотерапия противопоказана. Операции при стенозе пищевода заключаются в эндоскопическом рассечении стриктур, расширении или бужировании пищевода. По показаниям проводится резекция и пластика пищевода.

Заключение

При лечении эзофагитов важно устранить факторы его возникновения. Строгое соблюдение диеты и режима питания, а также здорового образа жизни. При выраженной интоксикации проводится инфузионная терапия с помощью дезинтоксикационных растворов. Для подавления инфекционного процесса показана антибиотикотерапия.

При отсутствии осложнений (стеноз, перфорации, кровотечение, воспаление средостения и т. п.) прогноз благоприятен. Важным фактором в перспективе излечения эзофагита является строгое соблюдение режима питания, образа жизни и рекомендаций по диете.

Профилактика эзофагитов подразумевает избегание причин его развития – ожогов горячей пищей, химическими веществами, повреждений инородными телами и т. п. Профилактика хронического эзофагита – регулярное диспансерное обследование у гастроэнтеролога и при необходимости – лечение. Больным хроническим эзофагитом в качестве профилактики обострений показано санаторно-курортное лечение.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СЛУШАТЕЛЕЙ

4.1 Введение

Методические рекомендации предназначены для помощи в освоении слушателями института дополнительного профессионального образования «Экстремальная медицина» ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Острые заболевания пищевода» с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения.

В результате обучения врач приобретает полный объем систематизированных теоретических знаний, умений и необходимых профессиональных навыков для самостоятельной работы врачом гастроэнтерологом.

Демонстрация и практика под руководством преподавателя способствует приобретению и отработке врача гастроэнтеролога с помощью интерактивных платформ, представляет возможность врачу приобрести и закрепить теоретические и практические навыки работы в освоении выявления основных врачебных манипуляций максимально приближенным к реальным условиям.

4.2 Электронный учебно-методический комплекс, состав, формы занятий

Учебный процесс построен на основе самостоятельного изучения слушателями образовательного контента электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации, включающего в себя несколько модулей.

Электронный учебно-методический комплекс представляет собой структурированную совокупность электронной учебно-методической документации, электронных образовательных ресурсов, средств обучения и контроля знаний, содержащих взаимосвязанный контент и предназначенных для совместного применения в целях эффективного изучения слушателями дополнительной профессиональной программы повышения квалификации.

Каждый модуль – это стандартный учебный продукт, включающий четко обозначенный объем знаний и умений, предназначенный для изучения в течение определенного времени, или – зачетная единица, качество работы с которой фиксируется письменными работами, а также тестовыми, зачетными и экзаменационными средствами.

Структура учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации включает в себя следующие элементы, представленные в виде файловой структуры:

1. Титульный лист.
2. Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (ДПП ПК).
3. Календарный учебный график (календарный план обучения).
4. Курс лекций.
5. Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей.
6. Самоучитель для подготовки к итоговой аттестации.
7. Оценочные материалы.

Электронный учебно-методический комплекс дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Острые заболевания пищевода» предусматривает следующие формы учебных занятий:

- 1) Самостоятельная работа, которая включает в себя:
 - изучение модуля «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения»;
 - изучение модуля «Календарный план обучения»;
 - изучение модуля «Расписание занятий»;
 - изучение модуля «Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей»;
 - изучение модуля «Курс лекций»;
 - изучение модуля «Электронный самоучитель для подготовки к итоговой аттестации»;
 - повторение изученного материала.
- 2) Тестирование:
 - итоговая аттестация слушателей (зачет) – электронное тестирование на оценку.
- 5) Анкетирование слушателей:
 - заполнение анкеты слушателя;
 - отсылка анкеты администратору системы дистанционного обучения.
- 6) Электронная консультация:
 - формулировка вопросов к преподавателю по разрешению возникающих вопросов;
 - анализ ответов преподавателя.

7) Итоговая аттестация:

– экзамен по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации проводится в виде тестирования в очном формате в соответствии с календарным планом.

Формы учебных занятий определяются преподавателем кафедры, исходя из содержания и особенностей дополнительной профессиональной программы повышения квалификации, и указываются в модуле «Календарный план обучения».

4.3 Порядок изучения модулей электронного учебно-методического комплекса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Для обучения по образовательным программам дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка) очно-заочно с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий необходимо представить следующие сведения в соответствии с требованиями письма МЧС России № 8-1-1-160 от 04.02.2019.

1. Списки кандидатов по форме: воинское (специальное) звание (если есть); фамилия, имя, отчество; занимаемая должность; информацию об образовательной организации, которую окончил кандидат, номер диплома, дату выдачи и квалификацию (специальность); адрес электронной почты в сети «Интернет» (личный, действующий); номер мобильного телефона (личный, действующий).

2. Ксерокопии документов кандидатов согласно перечню: паспорт; служебное удостоверение; фото 3x4 см; диплом об окончании образовательной организации; удостоверение о повышении квалификации (если есть); трудовая книжка (справка с места службы), с указанием стажа работы в должностях, соответствующих медицинской специальности, а также с указанием нынешней должности; сертификат специалиста (с документом о прохождении профессиональной переподготовки по этой специальности).

3. Сведения, указанные в пунктах 1 и 2 необходимо выслать по электронной почте на адрес uchotd@nrcerm.ru Оригиналы документов кандидаты должны представить в учебный отдел ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России по прибытии на очную часть обучения.

Электронные информационные ресурсы представляют собой базу законодательных, нормативных и правовых актов, нормативно-технической документации, национальных стандартов (протоколов) по Программе.

Электронные образовательные ресурсы представляют собой учебные материалы, разработанные на основе законодательных, нормативных и правовых актов, нормативно-технической документации, национальных стандартов (протоколов).

Учебный материал разбит на модули, которые в свою очередь разбиты на занятия.

По окончании изучения модуля проводится дистанционное тестирование в электронной информационно-образовательной среде с использованием программного обеспечения электронной информационно-образовательной среды.

Для проведения занятий с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий используется электронный учебно-методический комплекс по программе дополнительного профессионального образования повышения квалификации, размещенный на официальном сайте системы дистанционного обучения ФГБУ ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России по адресу: <http://idpo.nrcerm.ru/>. Вход в систему дистанционного обучения осуществляется по логину и паролю, присланному администратором системы на электронный адрес слушателя.

В результате освоения программы обучаемый должен приобрести следующие знания и умения, необходимые для качественного выполнения компетенций.

Общие компетенции:

– принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях при оказании медицинской помощи и нести за них ответственность;

- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития;
- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности;
- работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями;
- самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации;
- ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности;
- организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

4.4 Система оценки результатов освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий считается успешно завершенным слушателем при следующих условиях: изучен модуль «Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации»; изучен модуль «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения»; изучен модуль «Календарный план обучения»; изучен модуль «Расписание занятий»; изучен модуль «Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей»; изучен модуль «Курс лекций»; выполнены на оценку не ниже «удовлетворительно» задания всех семинарских (практических) занятий; изучен модуль «Электронный самоучитель для подготовки к итоговой аттестации»; сдан на оценку не ниже «удовлетворительно» (65%) тест «Итоговая аттестация».

4.5 Заключение

Методические рекомендации представляют собой комплекс кратких и четко сформулированных предложений, указаний и разъяснений, позволяющих слушателям оптимальным образом организовать процесс изучения всех модулей дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Острые заболевания пищевода».

Процесс изучения программы направлен на совершенствование следующих компетенций:

- способности организовывать и возглавлять работу коллектива работников;
- способности к абстрактному и критическому мышлению при принятии решений при осуществлении медицинской деятельности;
- способности работать самостоятельно, принимать решения при осуществлении деятельности;
- способности использовать навыки работы с информацией из различных источников для решения профессиональных и социальных задач;
- готовности к саморазвитию, самообразованию;
- способности решать научные задачи в сфере нефрологии;
- способности к самостоятельному решению отдельных задач высокого уровня сложности, выдвижению новых идей;
- способности к систематическому изучению научной информации по изучаемым вопросам;
- знанию основ информационного обеспечения в сфере здравоохранения, основных нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы медицинской деятельности в Российской Федерации.

5. САМОУЧИТЕЛЬ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Самоучитель по проведению итоговой аттестации предназначен для самостоятельной работы по подготовке к проведению итоговой аттестации. После обучения и приобретения полного объема систематизированных теоретических знаний, умений и необходимых профессиональных навыков для самостоятельной работы требуется всесторонняя оценка полученных знаний.

Программа подготовлена в соответствии с приказом Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

Цель итоговой аттестации – выявление теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием программы дополнительного профессионального образования «Функциональная диагностика в кардиологии».

1. Порядок применения самоучителя

Самоучитель «Функциональная диагностика в кардиологии» разработан для реализации дополнительных профессиональных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий и занимает важное место при формировании и закреплении знаний, умений и навыков обучающегося, выполняют роль педагогического инструмента, позволяющего повысить качество образовательного процесса.

Основу учебного процесса с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий составляет целенаправленная и контролируемая интенсивная учебная самостоятельная работа обучающегося, который, имея комплект специальных средств обучения, средства коммуникации и согласованную возможность опосредованного контакта с преподавателем, может обучаться в удобном для него месте и в удобное время по индивидуальному плану.

2. Проведение итоговой аттестации в виде электронного тестирования

Сдача зачета или экзамена в электронном виде через СДО Прометей возможно только по направлению преподавателя.

Для сдачи зачета или экзамена в виде электронного тестирования студенту необходимо:

- получить разрешение от преподавателя на сдачу зачета или экзамена в электронном виде через СДО Прометей;
- сообщить администратору очно-заочного и заочного обучения о получении от преподавателя разрешения на сдачу зачета или экзамена через СДО Прометей;
- получить у администратора очно-заочного и заочного обучения бланк индивидуальной экзаменационной ведомости. Бланк индивидуальной экзаменационной ведомости выдается при условии отсутствия у студента задолженности по оплате за обучение;

Сдача теста в режиме «Экзамен» возможна только после того, как будет получен «допуск» в СДО Прометей от администратора. Если «допуск» на экзамен отсутствует или просрочен, пройти контрольное тестирование не удастся. Кроме того, «допуск» может быть временно заблокирован администратором.

В случае, если Вы вошли в режим тестирования «экзамен» в СДО Прометей (после нажатия кнопки «сдать») и вышли из него без попытки ответить на вопросы «допуск» при этом у Вас снимается. Такая попытка приравнивается к не сдаче зачета или экзамена и в ведомость заносится соответствующая запись. Повторная сдача экзамена или зачета проводится на общих основаниях.

Вход в СДО Прометей

Для входа в СДО Прометей необходимо зайти на сайт академии и в разделе «СДО Прометей» выбрать «Очное, очно-заочное, заочное (факультеты)».

В открывшемся окне будет представлена главная страница программы «Прометей». В строке «Войти как» выбрать электронную ссылку «Слушатель» (рис. 1).

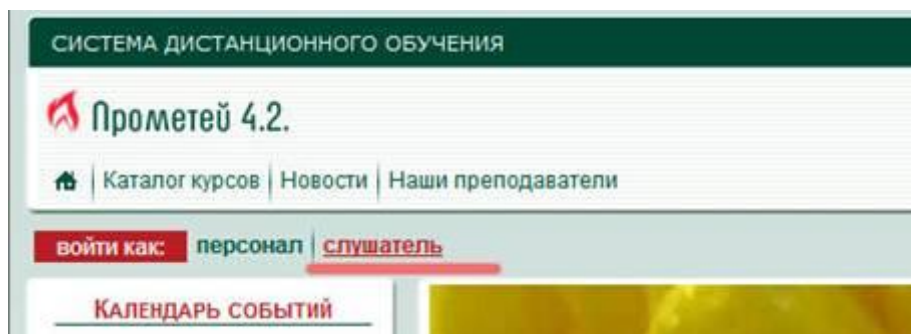


Рисунок 1. Вход в СДО «Прометей»

В строке «Пользователь» необходимо указать свой код идентификатора в виде «dek_код», в строке «Пароль» – «код».

Для проведения контрольного тестирования необходимо:




- выбрать из меню «Тестирование» и далее ссылку «Экзамен» и войти в нее;
- в области отображения данных появится список «допусков» на экзаменационные тесты. Для каждого «допуска» в поле «Действителен» указан срок действия;
- выбрать необходимый тест и щелкнуть маркер  в поле «Сдать» (рис. 2).






Рисунок 2. Диалоговое окно «Допуск на экзаменационное тестирование»

Для начала тестирования, необходимо нажать кнопку подтверждения , а чтобы вернуться к списку «допусков», щелкнуть кнопку возврата/отмены . После сдачи экзамена студенту представляются результаты тестирования (рис. 3).

Список	Вопросов	Правильных	Макс. балл	Полученный балл
Документоведение, его законодательное и нормативно-методическое регулирование	5	1	5	1 (16,66%)
Общие правила оформления документов	8	3	8	3 (37,5%)
Организация работы с документами	6	1	6	1 (16,66%)
Система организационно-правовой документации	5	3	5	3 (60%)
Система распорядительной документации	4	3	4	3 (75%)
Система справочно-информационной и справочно-аналитической документации	5	1	5	1 (16,66%)

Рисунок 3. Диалоговое окно «Отчет о тестировании»

Набор элементов управления на странице каждого вопроса – стандартный:

- кнопка  для перехода к следующему вопросу теста;
- кнопка  для возвращения к предыдущему вопросу теста;
- кнопка  для перехода к списку вопросов теста;
- флажок «Пометить» позволяет пометить вопрос для последующей работы и возвращение к нему.

Чтобы пометить вопрос для последующего возврата к нему, проставьте флажок «Пометить». В поле появится «галочка». Повторный щелчок в поле «Пометить» снимает пометку (рис. 4).



Рисунок 4. Диалоговое окно «Просмотр ответов»

Тест состоит из набора вопросов, составленных в свободном порядке по различным темам дисциплины. Студенту предоставляется возможность отвечать на вопросы последовательно либо в произвольном порядке. В процессе ответа можно вернуться к любому вопросу. Для быстрого возвращения к вопросу необходимо его пометить. Пока сдача теста не завершена по указанию обучающегося, либо по истечении отведенного времени (об этом свидетельствует обнуление таймера времени), можно изменять и редактировать свои ответы на все вопросы (рис. 5).

При переходе к следующему или предыдущему вопросу система запоминает ответ на текущий вопрос.




Рисунок 5. Диалоговое окно «Представление вопроса теста»


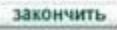
Список вопросов отображается автоматически, когда обучающийся закончил отвечать на вопросы. Кроме того, он может быть выведен на экран в любой момент при ответе на вопросы теста посредством кнопки «вопросы».

Для перехода к выбранному вопросу необходимо нажать маркер .

Поле «Только помеченные» присутствует на странице списка вопросов только в случае, если обучающийся пометил хотя бы один вопрос. Чтобы последовательно

просмотреть все помеченные вопросы, проставьте «галочку» в поле «Только помеченные» и нажмите кнопку .

На экране по очереди (циклично) будут отображаться только помеченные вопросы. Снимая пометку, можно исключать вопросы из списка.

Для продолжения тестирования, обратитесь к первому вопросу и щелкните кнопку . Чтобы завершить тестирование и посмотреть отчет, щелкните кнопку . Окончание тестирования происходит и после истечения времени и после нажатия на любую кнопку на экране появится отчет о тестировании




Самотестирование

По некоторым дисциплинам имеется возможность пройти само тестирование.

В режиме само тестирования обучающийся имеет возможность без получения «допуска» проходить тестирование неограниченное количество раз, и результаты теста не заносятся в ведомость.

Представляемый список тестовых вопросов при само тестировании ограничен от всего перечня вопросов экзаменационного теста по дисциплине.

Для проведения само тестирования необходимо:

- выбрать в главном меню программы «Прометей» «Тестирование» и далее «Самопроверка» и войти в нее;
- в области отображения данных появится список тестов для само проверки, сгруппированных по дисциплинам (курсам) и отсортированных по алфавиту;
- выбрать нужный тест и щелкнуть маркер  в поле «Сдать»;
- для начала тестирования нажмите , для отказа от тестирования  (рис. 6).

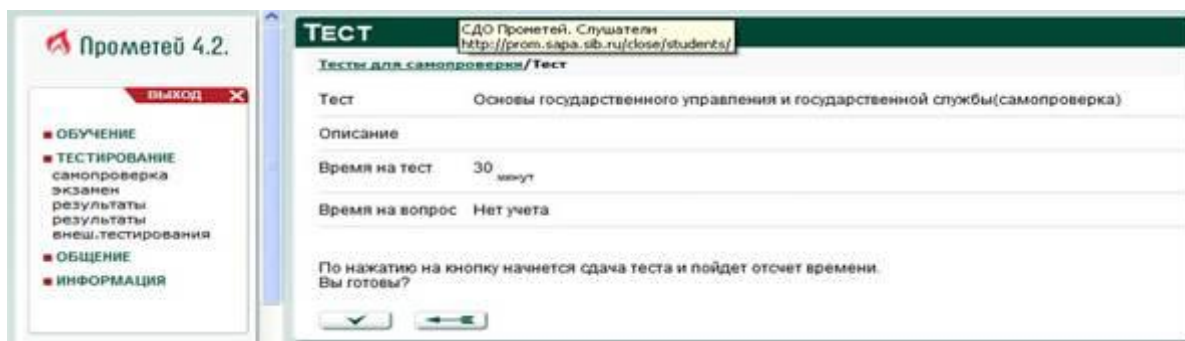




Рисунок 6. Диалоговое окно «Тест для само проверки»

Формы тестовых заданий



Применяемые в тестах вопросы могут различаться по своей форме. Наиболее распространенными из них являются формы вопросов:

«Один из многих»: обучающемуся предлагается выбрать один вариант ответа из предложенных тот, который студент считает верным. Чтобы выбрать вариант ответа, нажмите переключатель , расположенный слева от вопроса.

«Многие из многих»: предлагается выбрать несколько вариантов ответов, которые он считает верными. Чтобы пометить один из правильных ответов, щелкните в поле пометки слева от варианта , чтобы в нем появилась «галочка». Различие форм варианта тестов «один из многих» от варианта «многие из многих» – форма кнопки. Для первого варианта – , для второго – . Повторный щелчок в поле снимает пометку. Выберите таким образом все варианты ответов, которые считаете правильными. «Поле ввода»: при ответе на вопрос этой формы обучающийся должен набрать верный ответ в поле ввода. Щелкните один раз в поле ввода, чтобы в нем замигал курсор, и наберите на клавиатуре свой вариант ответа.

При переходе к следующему или предыдущему вопросу система запоминает ответ на текущий вопрос.

«Соответствие»: обучающийся должен установить соответствие между парами значений. Каждому из представленных значений необходимо выбрать соответствующее значение в раскрывающемся списке справа. Для этого раскройте список, расположенный справа от основного значения и укажите значение, которое вы считаете правильным.

«Упорядочение», чтобы выполнить это задание необходимо расположить элементы списка в определенном порядке. Используя маркеры для перемещения, необходимо упорядочить элементы списка таким образом, чтобы получить правильный ответ на вопрос. Чтобы переместить строку списка на одну позицию ближе к началу списка (сдвинуть вверх), щелкните маркер . Чтобы переместить строку списка на одну позицию ближе к концу списка (сдвинуть вниз), щелкните маркер .

· «Область на рисунке»: обучающемуся необходимо выбрать рисунок, который является ответом на вопрос. Чтобы выбрать рисунок, щелкните один раз в поле рисунка.

· «Несколько пропущенных слов»: в этой форме вопроса тестируемому необходимо заполнить пробелы в предложенных фразах. Щелкните один раз внутри поля ввода, чтобы в нем замигал курсор, и наберите на клавиатуре свой вариант ответа. Повторите операцию для всех полей.

После завершения работы система выведет на экран сообщение о результатах итоговой аттестации и процент правильных ответов.

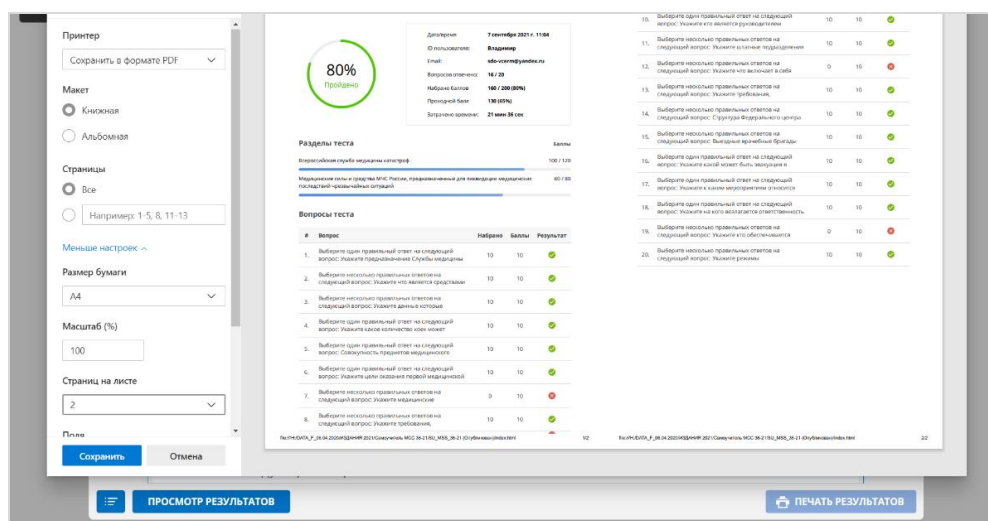


Рисунок 7. Результат итоговой аттестации и процент правильных ответов

3. Технические требования

Для работы с самоучителем пользователю потребуется следующее аппаратное обеспечение:

- процессор процессор-1,3 ГГц и выше;
- оперативная память -512 Мб и более;
- CD-ROM дисковод;
- клавиатура;
- мышь;
- объем жесткого диска для хранения данных 100Мб для кэша браузера;
- скорость сетевого интерфейса от 10 Мбит/с.

Рекомендуемое разрешение экрана 1024x768.

4. Специальные условия применения

Самоучитель совместим с операционными системами: Microsoft Windows XP/Vista/7/8/10, MacOS, Ubuntu.

Рекомендуемое программное обеспечение: браузер Google Chrome
Языковая версия самоучителя – русский.

5. Критерии оценки

Для оценки тестовых заданий, выполняемых обучающимися, решением кафедры установлены следующие критерии:

- оценка «отлично»: 89 – 100% правильных ответов;
- оценка «хорошо»: 77 – 88% правильных ответов;
- оценка «удовлетворительно»: 65 – 76% правильных ответов;
- оценка «неудовлетворительно»: менее 65% правильных ответов;
- оценка «зачтено»: 65 – 100% правильных ответов;
- оценка «не зачтено»: менее 65% правильных ответов.

Зачет или экзамен по программе проводится в устной форме (по билетам), если иное не предусмотрено решением кафедры.

Самоучитель – электронный образовательный ресурс, в базу которого положена оригинальная методика оценки знаний, умений и навыков и целенаправленная тренировка обучающихся в процессе многократного повторного решения тестовых заданий, реализованный средствами веб-приложений.

Самоучитель предусматривает: генерацию или выбор последовательности однотипных заданий по определенной теме и предъявление их обучающемуся; контроль качества подготовки обучающихся с помощью банка вопросов-ответов и условий перехода к последующему этапу обучения; анализ действий обучающегося с оценкой результатов и выдачей рекомендаций по достижению наилучших результатов.

Проигрыватель самоучителя обеспечивает следующие функциональные возможности: авторизацию обучающихся; возможность задания последовательного режима обучения; возможность задания произвольного режима обучения; возможность использования функций поиска в качестве пунктов содержания самоучителя; печать результатов тестирования; автоматизированная отправка результатов тестирования по электронной почте. Материалы самоучителя защищены от несанкционированного копирования со стороны пользователей.

Аппаратные требования

Для работы с самоучителем пользователю потребуется следующее аппаратное обеспечение: процессор процессор-1,3 ГГц и выше; оперативная память -512 Мб и более; CD-ROM дисковод; клавиатура; мышь; колонки или наушники, объем жесткого диска для хранения данных 100Мб для кэша браузера; скорость сетевого интерфейса от 10 Мбит/с. Рекомендуемое разрешение экрана 1024x768.

Заключение

Контроль знаний является одним из важнейших компонентов образовательной деятельности. Контроль призван обеспечить внешнюю обратную связь – контроль преподавателя и внутреннюю обратную связь – самоконтроль обучающегося, также контроль направлен на получение информации, анализируя которую преподаватель вносит необходимые коррективы в течение образовательного процесса.

Основными этапами оценки результативности обучения обучающихся с использованием самоучителя должны быть: четкое формулирование требований к знаниям, умениям и навыкам

обучающихся. Требования формулируются до начала обучения и создания самоучителя, должны соответствовать содержанию и методам обучения; разработка контрольно-измерительных подсистем самоучителя для проведения тестирования обучающихся. Материалы разрабатываются в строгом соответствии с требованиями к знаниям, умениям и навыкам обучающихся. Для каждого задания указывается, какому требованию или требованиям оно соответствует. Разработка технологий тестирования обучающихся, определение роли самоучителя в измерении результативности обучения. Экспертная оценка качества контрольно-измерительных материалов. Проверка соответствия контрольно-измерительных материалов содержанию обучения и требованиям, предъявляемым к знаниям, умениям и навыкам обучающихся. Оценка полноты покрытия требований контрольно-измерительными материалами. Проведение измерений преподавателем с использованием разработанного самоучителя проводится при промежуточном контроле знаний обучающихся. Определение итогов измерений, шкалирование результатов, приведение их к одной системе оценивания, сравнение результатов, формулирование выводов по качеству знаний обучающихся с использованием самоучителя. Внедрение самоучителя позволит более эффективно управлять образовательным процессом, создавать отвечающие современным требованиям условия для освоения обучающимися учебного материала, применять электронное обучение и дистанционные образовательные технологии для подготовки специалистов в области гастроэнтерологии.

Список литературы

А) Законодательная и нормативная база

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения 14.09.2021).
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (Дата обращения 14.09.2021).
3. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года». URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (Дата обращения 14.09.2021).
4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». – URL: <https://base.garant.ru/71231064/#friends> (Дата обращения 14.09.2021).
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты от 11 марта 2019 г. N 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»
6. Котенко П. К., Шевцов В. И. Организация здравоохранения и общественное здоровье. Часть 4 [Электронный ресурс]: самоучитель. – СПб.: Научно-технологические технологии, 2020. – URL: https://publishing.intelgr.com/archive/orgzdravookhran_4/index.html.

Б) Основная литература

1. Терапия: учебное пособие / О.В. Леонтьев, С.В. Дударенко. – СПб.: Стратегия развития, 2020. - 786 с.
2. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев; под. ред. В. С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425763.html>

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

5. Клиническая патофизиология: учебник / под. ред. В.Н. Цыгана. – СПб.: Спецлит, 2015. – 560 с.

В) Дополнительная литература

1. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев, В.С. Моисеев; под. ред. В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>

2. Гастроэнтерология. Национальное руководство; ГЭОТАР-Медиа – М., 2015. – 480 с.

3. Ткаченко Е. И., Лисовский В. А. Ошибки в гастроэнтерологии; Невский Диалект – М., 2014. – 400 с.

4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

6. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Тесты

(выберите один или несколько правильных ответов)

1. Для диагностики заболеваний пищевода применяют:

*Эзофаготонокимографию;

* Фармакодиагностические пробы с нитроглицерином, ацетилхолином, карбохолином;

* РН-метрию;

* Радиоизотопную диагностику;

Доплерографию.

2. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде:

* рак пищевода;

эзофагит хронический;

кровотечение;

полипоз пищевода;

перфорация пищевода.

3. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?

*рентгенологическое исследование;

медиастиноскопия;

электрокимография;

эзофагоманометрия;

УЗИ.

4. Какие методы исследования наиболее информативны для диагностики доброкачественных новообразований пищевода?

*эзография;

*эзофагоскопия;

рентгенологическое исследование;

эзофагоманометрия;

эзофагоионометрия.

5. Какие исследования надо назначить при подозрении на рак пищевода?

- *эзофагоскопию с биопсией;
- *рентгенологическое исследование пищевода и желудка;
- эзофагоманометрию;
- электрокимографическое исследование пищевода;
- компьютерную томографию.

6. Какой метод применяется для лечения доброкачественных новообразований пищевода:

- *энуклеация опухоли пищевода;
- *резекция сегмента пищевода;
- экстирпация пищевода;
- лучевая терапия;
- химиотерапия.

7. Показанием к операции по поводу дивертикула пищевода следует считать:

- *выраженная клиническая картина (дисфагия, срыгивания, боли за грудиной, в спине);
- дивертикулы с задержкой контрастной взвеси менее 2 мин. (при рентгенологическом исследовании);
- дивертикулы диаметром менее 2 см;
- подозрение на малигнизацию.

8. Какие из перечисленных клинических признаков характерны для кардиоспазма?

- *срыгивание во время еды;
- * избирательная дисфагия для некоторых продуктов, жидкостей (яблоки, апельсины, газированная вода);
- *парадоксальная дисфагия;
- обильная рвота желудочным содержимым;
- чередование анорексии с булимией.

9. Больная 20 лет по ошибке приняла раствор каустической соды около 3 месяцев назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. Рентгенологически определяется рубцовая стриктура средней трети пищевода. Диаметр его не превышает 2-3 мм. Показано лечение:

- *бужирование пищевода;
- резекция суженного участка пищевода;
- экстирпация пищевода;
- пластика пищевода (тонкой или толстой кишкой, желудком);
- гастростомия.

10. Какой из перечисленных методов лечения кардиоспазма следует применить при стойком и длительном течении заболевания?

- *кардиодилатация;
- медикаментозный;
- гипносуггестивный;
- оперативный;
- эндопротезирование пищевода.

11. У больного 58 лет на фоне постоянных интенсивных болей за грудиной возникают мучительная изжога, срыгивание съеденной пищей. Боли нередко иррадиируют в межлопаточное пространство и левое плечо. На ЭКГ незначительные изменения миокарда. Какое исследование Вы предпочтете?

- *рентгенологическое исследование желудка;
- фонокардиография;
- лапароскопия;
- исследование КЩС;
- УЗИ грудной клетки.

12. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапания в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает. Ваш диагноз:

- *глоточно-пищеводный дивертикул;
- инородное тело верхней трети пищевода;
- опухоль верхней трети пищевода;
- киста шеи;
- пищеводно-бронхиальный свищ.

13. Больная 47 лет эмоционально лабильна, удовлетворительного питания, жалуется на дисфагию, изжогу и загрудинные боли, при эмоциональном стрессе более выраженные. Загрудинная боль продолжается от нескольких минут до часа, иррадирует в челюсть, спину, возникают боли ночью, при ходьбе навстречу холодному ветру. Нитроглицерин уменьшает боль, после отрыжки или после приема соды боль также уменьшается. На ЭКГ патологии нет. Рентгеноскопия пищевода также без патологии. Ваш диагноз:

- *диффузный эзофагоспазм;
- дивертикул пищевода;
- ахалазия кардии;
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- стенокардия.

14. Больной 55 лет, страдающий циррозом печени, поступил в хирургическое отделение с кровотечением средней тяжести из варикозно расширенных вен пищевода. НЬ – 85 г/л, АД - 110/60 мм рт. ст. Тактика:

- *зонд Блэкмора, питуитрин 20 ед в 200 мл глюкозы, гемостатическая и заместительная терапия;
- зонд Блэкмора, s-аминокапроновая кислота, гемотрансфузия;
- гемостатическая терапия, переливание крови, плазмы, затем питуитрин на глюкозе;
- предоперационная подготовка (гемостатическая терапия и заместительная терапия), затем операция.
- нет верных ответов

15. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:

- *ахалазия пищевода;
- рак пищевода;

рубцовая стриктура пищевода;
эзофагит;
дивертикул.

16. При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение?

*сужение кардии с S-образным удлинением пищевода;
кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
после кардиодилатации эффект в течение 2 лет;
длительное течение, осложненное эзофагитом;
длительное течение без потери веса, небольшое расширение пищевода.

17. В течение нескольких лет больной лечился по поводу ИБС. Медикаментозное лечение не давало эффекта. На ЭКГ убедительных данных, подтверждающих ИБС, не было. Болевые приступы возникали чаще всего после еды в области шеи, затем за грудиной. После рвоты и многократных срыгиваний наступало облегчение. Диагноз:

*дивертикул;
ИБС;
кардиоспазм;
опухоль пищевода;
агрудинный зуб.

18. Больной предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. Объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, пульс – 72 удара в минуту, сердечные тоны глухие, аритмия. ЭКГ: диффузные изменения миокарда. Рентгеноскопия пищевода: имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5 см. В месте сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой оболочки сохранен, пассаж бария замедлен. Диагноз:

*лейомиома пищевода;
рак пищевода;
дивертикул пищевода;
опухоль средостения;
эзофагоспазм.

19. Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода:

*дисфагия;
*ощущение инородного тела в пищеводе;
гнилостный запах изо рта;
потеря в весе, изжога;
все ответы верны.

20. Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода III степени с явлениями дисфагии:

*консервативная терапия (лучевое лечение, химиотерапия);
наложение гастростомы;
резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза;
операция (резекция пищевода в 2 этапа по Тореку-Добромыслову);
наложение еюностомы.

21. Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать:

- *на 8-9 сутки;
- на 1-2 сутки;
- через месяц;
- при возникновении стойкой дисфагии;
- в первые часы.

23. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

- *дисфагию;
- боли за грудиной и в спине;
- усиленное слюноотделение;
- изжога;
- чувство тяжести в эпигастрии.

24. Больная 55 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. какой предварительный диагноз можно поставить:

- *рефлюкс-эзофагит;
- хронический панкреатит;
- ценкеровский дивертикул пищевода;
- пенетрирующая в печень язва желудка;
- нет верных ответов.

25. Доброкачественными образованиями пищевода могут быть все перечисленные, кроме:

- *меланомы;
- папилломы;
- лейомиомы;
- аденомы;
- нет верных ответов.

26. У больного 60 лет, жалующегося на дисфагию, значительное похудание, появившееся 4 месяца назад, внезапно появились боли за грудиной при приеме жидкости и пищи, кашель, цианоз. Ваш диагноз:

- *рак пищевода с образованием эзофаго-трахеального свища.
- кардиоспазм;
- дивертикул пищевода;
- стенокардия;
- полип пищевода;

27. Больного 40 лет в течение года беспокоят затруднение глотания при приеме твердой пищи, боли за грудиной и кашель при глотании, в связи с чем принимал только жидкую пищу. 2 месяца назад отметил однократное неожиданное облегчение глотания, пища проходила полностью, мог съесть обед. Однако после непродолжительного улучшения состояние вновь ухудшилось. Жалобы носили выраженный и упорный характер. Присоединились слабость, недомогание потеря в весе. Ваш предположительный диагноз:

- *рак пищевода;
- язвенная болезнь желудка;
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом;
- острый гастрит;
- ахалазия кардии.

28. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

- *продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов;
- близкое расположение грудного лимфатического протока;
- наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистой основе и мышечной оболочке;
- наличие портокавальных связей;
- тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка.

29. У больного 50 лет с дисфагией при рентгенологическом исследовании брюшного отдела пищевода выявлено локальное асимметричное сужение. Контуры сужения зазубренные, нечеткие, стенка пищевода в области сужения утолщена, ригидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. Над сужением – асимметричное супрастенотичное расширение пищевода. Пораженный участок не смещается при глотании и перемене положения тела. Абдоминальный сегмент пищевода удлиннен, газовый пузырь желудка сохранен. Ацетилхолиновый и карбохолиновый тесты отрицательны. О каком заболевании пищевода можно думать?

- * рак пищевода;
- ахалазия кардии;
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- дивертикул пищевода;
- доброкачественная опухоль пищевода.

30. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

- *удаление дивертикула с миоезофаготомией;
- гастростомия;
- зондовое питание;
- эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода;
- ничего из перечисленного.

31. С помощью каких методов исследования можно диагностировать рефлюксную болезнь пищевода?

- *эзофагоскопия;
- *эзофагоманометрия;
- *внутрипищеводная рН-метрия;
- *определение пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга;
- УЗИ пищевода.

32. Самые частые осложнения дивертикула пищевода:

- * дивертикулит;
- *перфорация;
- * кровотечение;
- озлокачествление;
- стриктура пищевода.

33. Синдром Меллори-Вейса – это:

- *трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка;
- стеноз привратника;
- наличие «целующихся язв»;
- пенетрирующая в печень язва;
- стойкий спазм кардиального сфинктера.

34. 48-летний больной доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты. Больной в шоке, температура – 39,5°C, лейкоцитоз – 20х10⁹/л. Рентгенологически – скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении. Ваш предварительный диагноз:

- *перфорация пищевода;
- острая пневмония с парапневмонической эмпиемой плевры;
- прободная язва желудка;
- инфаркт миокарда;
- поддиафрагмальный абсцесс.

35. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

- *дисфагию;
- боли за грудиной и в спине;
- кашель при приеме пищи;
- усиленное слюноотделение;
- похудание.

36. Если консервативное лечение фибринозно-язвенного рефлюксоэзофагита не приносит успеха, к какой операции следует прибегнуть?

- *фундопликация;
- резекция желудка по Бильрот I;
- СПВ;
- стволовая ваготомия;
- фундопексия.

37. Какие мероприятия показаны больному с химическим ожогом пищевода в острой фазе?

- *промывание ротовой полости, пищевода, желудка питьевой водой;
- *назначение препаратов морфия и седативных средств;
- питье молока;
- полное парентеральное питание;
- введение постоянного желудочного зонда.

38. Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным?

- *ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами;
- ортоградное бужирование вслепую;
- бужирование под контролем эзофагоскопа;
- ретроградное бужирование за нитку;
- ортоградное бужирование по ниткенаправителю.

39. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?

- *рефлюкс-эзофагит;
- ценкеровский дивертикул пищевода;
- хронический гастрит;
- хронический панкреатит;
- рак пищевода.

40. Мужчина 58 лет заболел 6 месяцев назад, когда отметил затруднение при глотании твердой пищи. 3 месяца спустя появились боли в межлопаточной области, слабость, стала

проходить только полужидкая пища, похудел на 6 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода отмечено сужение его просвета в средней трети за счет дефекта наполнения на протяжении 6 см. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

- *эзофагоскопию с биопсией;
- бронхоскопию;
- УЗИ грудной полости;
- компьютерную томографию грудной полости;
- лапароскопию.

41. Мужчина 47 лет заболел 3 месяца назад, когда впервые отметил затруднение при глотании твердой пищи; постепенно дисфагия нарастала, похудел на 5 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода в среднегрудном отделе имеется циркулярное сужение просвета пищевода на протяжении 3,5 см. При эзофагоскопии на расстоянии 31 см от резцов – циркулярное сужение его просвета до 0,5 см, при биопсии – картина плоскоклеточного рака пищевода без ороговения. Метастазов в отдаленных органах не выявлено. Диагноз: рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста, II стадия. Какой метод лечения показан больному?

- *химиотерапия;
- лучевая терапия;
- бужирование пищевода;
- субтотальная резекция и пластика пищевода;
- пробная торакотомия.

42. Женщина 57 лет заболела 7 месяцев назад, когда впервые отметила затруднение при глотании твердой пищи, в последующем дисфагия нарастала. 2 недели назад появились боли в межлопаточной области, слабость, подъем температуры до 38°C. При рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8 см, по правой стенке выявлен выход контраста за пределы органа. При эзофагоскопии на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см. Морфологически – плоскоклеточный рак. Диагноз: рак средней и нижней третей пищевода, пищеводно-медиастинальный свищ. Какой метод лечения показан больной?

- *гастростомия;
- химиотерапия;
- лучевая терапия;
- субтотальная резекция пищевода;
- пробная торакотомия.

43. У мужчины 65 лет 4 месяца назад появилось поперхивание при глотании твердой пищи, постепенно дисфагия нарастала, появились боли в области шеи. При осмотре в левой надключичной области выявлен увеличенный до 2 см лимфоузел, при пункции – цитологическая картина метастаза плоскоклеточного рака. При рентгенографии пищевода в верхнегрудном отделе определяется сужение его просвета на протяжении 6 см, при эзофагоскопии – опухоль на расстоянии 23 см от резцов. Морфологическая картина: в биоптате плоскоклеточный рак. При трахеоскопии патологии не выявлено. Какой метод лечения показан больному?

- *лучевая терапия с облучением пищевода и шейно-надключичных зон;
- экстирпация пищевода;
- химиотерапия;
- пробная торакотомия;
- гастростомия.

44. Мужчина 43 лет заболел 3 месяца назад, когда появились боли в эпигастральной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудел на 4 кг. Рентгенологически в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7 см с изъязвлением, при эзофагоскопии на расстоянии 34 см от резцов – сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением, морфологически – плоскоклеточный рак. Метастазов в отдаленных органах не выявлено. Какое лечение показано больному?

*радикальная операция и послеоперационная терапия;
предоперационное облучение и радикальная операция;
послеоперационная лучевая терапия;
гастростомия;
химиотерапия.

45. Женщина 35 лет заболела около 1 года назад, когда впервые обратила внимание на некоторые затруднения при глотании твердой пищи. При обследовании рентгенологически в нижней трети пищевода выявлен дефект наполнения на протяжении 3 см, суживающий его просвет. Эзофагоскопия изменений со стороны слизистой оболочки пищевода не выявила. Рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев. К вра-чу обратилась только через год, состояние за этот период не изменилось. Рентгенологически: отмечено увеличение дефекта наполнения до 3,5 см, однако при эзофагоскопии по-прежнему изменений со стороны слизистой пищевода не выявлено. Дисфагия не нарастает. Ваш диагноз:

*лейомиома пищевода;
рефлюкс-эзофагит;
рубцовая стриктура пищевода;
рак нижней трети пищевода;
дивертикул пищевода.

46. Больной 80 лет жалуется на боли при глотании твердой пищи, слабость, похудание. Болен в течение 6 месяцев. Похудел на 6 кг. В анамнезе: 7 лет назад перенес нарушение мозгового кровообращения, 3 года назад – инфаркт миокарда. При рентгенографии в верхнегрудном отделе пищевода выявлена экзофитная опухоль на протяжении 3 см, суживающая просвет, при эзофагоскопии на расстоянии 23 см от резцов – экзофитная опухоль по задней правой стенке, кровоточащая при взятии биопсии. Морфологическая картина плоскоклеточного рака. Учитывая сопутствующие заболевания, какой метод лечения показан больному?

*эндоскопическая электротермокоагуляция опухоли;
экстирпация пищевода;
лучевая терапия;
гастростомия;
химиотерапия.

47. У больного рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста. Интраоперационно выявлено прорастание опухоли в аорту, протяженность поражения около 8 см, просвет сужен до 0,5 см, отмечено глубокое изъязвление опухоли. Какое лечение необходимо провести больному?

*пробная торакотомия;
*гастростомия;

лучевая терапия;
химиотерапия.
нет верных ответов

48. У больной 56 лет выявлен рак нижней трети пищевода с метастазами в забрюшинные лимфоузлы, протяженность поражения около 6 см с глубоким изъязвлением. Выберите правильное сочетание методов лечения:

*гастростомия;
* химиотерапия;
пробная торакотомия;
лучевая терапия;
нет верных ответов.

49. Доброкачественными образованиями пищевода могут быть все перечисленные, кроме:

*меланомы;
лейомиомы;
папилломы;
фибромы;
ангиомы.

50. Методы исследования пищевода:

*Рентгеноскопия и рентгенография;
*Пневмомедиастинография, париетография (контрастирование пищевода на фоне введения воздуха в средостение);
*Фиброэзофагоскопия;
*Компьютерная томография;
УЗИ.

Критерии оценки результатов освоения слушателем дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий считается успешно завершенным при следующих условиях:

- изучен модуль «Дополнительная профессиональная программа»;
- изучен модуль «Инструкция для слушателей по работе в системе дистанционного обучения»;
- изучен модуль «Календарный учебный график»;
- изучен модуль «Расписание занятий (очная часть обучения)»;
- изучен модуль «Методические рекомендации по организации самостоятельной работы слушателей»;
- изучен модуль «Курс лекций»;
- изучен модуль «Электронный самоучитель для подготовки к итоговой аттестации»;
- сдан на оценку не ниже «удовлетворительно» (65%) тест «Итоговая аттестация».