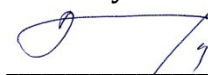


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Хирургических болезней № 1
Института НМФО



Веденин Ю.И.

Раздел 2

Заболевания пищевода

Теоретическая часть

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.
<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=ГЭРБ+взрослые.pdf&id=17610613271115878505%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>
2. Маев, И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь : учебное пособие / Маев И. В., Юренев Г. Л., Вьючнова Е. С., Андреев Д. Н., Дичева Д. Т., Парцвания-Виноградова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-4674-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446744.html> . - Режим доступа : по подписке.
3. Эозинофильный эзофагит.
<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=ЭоЭ+.pdf&id=17610610100714160822%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>
4. Клинические рекомендации по эозинофильному эзофагиту.
https://endoexpert.ru/upload/iblock/09a/a6o90g1lmfcttnhz35uripwuag9j7lcsu/Клин_рекомендации_Эоз%20_11_12_2022.pdf
5. Инфекционный эзофагит.
<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=Инфекционный+эзофагит.pdf&id=17610609861511396919%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>
6. Рак пищевода. Клинические рекомендации.
<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=Инородные+тела+ЖКТ+клин+реки.pdf&id=17610612850628394599%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>
7. Инородные тела ЖКТ. Клинические рекомендации.
<https://e.mail.ru/api/legacy/getattach?file=Инородные+тела+ЖКТ+клин+реки.pdf&id=17610612850628394599%3B0%3B1&mode=attachment¬ype=1&x-email=nogina.1978%40mail.ru>

8. Множественная биопсия при эозинофильном эзофагите. https://endoexpert.ru/upload/iblock/b70/uir8dpi3udc51ldw0n0mga9khcdzfx2c/ЭГДС_ЭоЭ_ЕЕ_r.pdf

9.

 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.	 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.	 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.
---	---	--

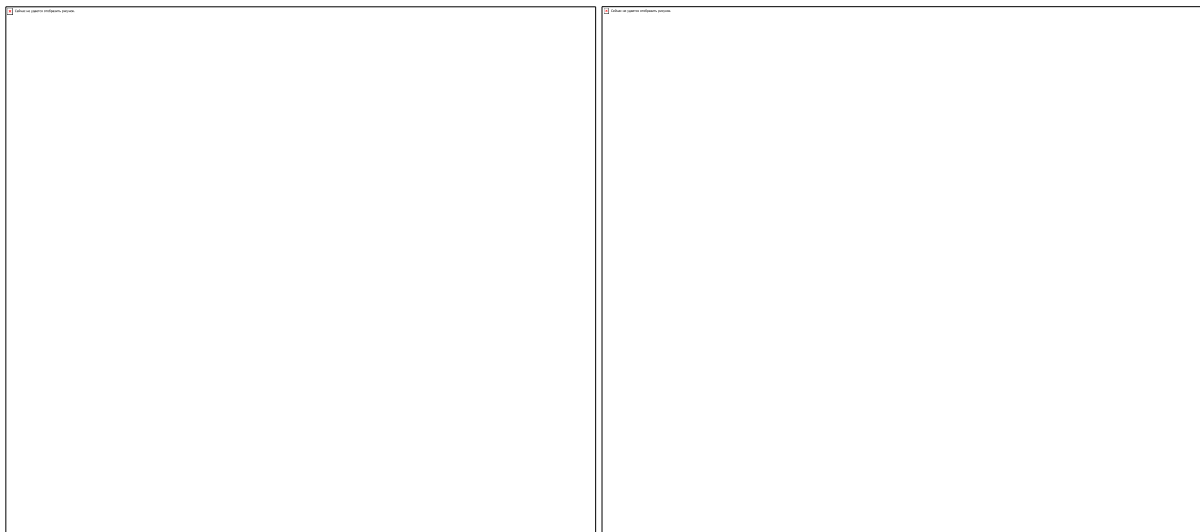
 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.	 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.
---	---

Практическая часть

1. Какое заболевание изображено на фото 1-4 ?
2. Составить протокол исследования органа, изображенного на фото.
3. Написать эндоскопическое заключение.
4. Определить тактический алгоритм.

 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.	 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.
---	---

 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.	 На данном изображении отсутствует изображение. Проверьте, что файл был корректно загружен. Если изображение не отображается, проверьте, что файл не поврежден.
---	---



1. Что изображено на фото 1-2. ?
2. Составить эндоскопический протокол и заключение.
3. Сделать краткое описание причин возникновения данного заболевания, клинических проявлений (жалоб), указать лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Мужчина 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом, периодическую изжогу, затруднения при глотании твердой пищи, эпизоды ощущения застревания пищи, боли в грудной клетке осмотрен терапевтом и направлен на эзофагогастродуоденоскопию.

При ЭГДС выявлено: слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая в проксимальных отделах и отечна, гиперемирована в нижней трети. Пищевод свободно проходим. Кардия на 37 см от резцов, зияет. Z- линия отсутствует. Ниже кардии на 25мм - дополнительный жом. На волне перистальтики отмечается транскардиальное пролабирование слизистой желудка на 20мм, последняя гиперемирована, отечна, с множественными, подслизистыми геморрагиями, не кровоточит, не ущемляется.

Вопросы:

1. Сформулируйте эндоскопическое заключение
2. Какой дополнительный метод исследования необходимо назначить данному пациенту. Обоснуйте ответ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

У больного 58 лет с жалобами на гиперестезию пищевода при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода диффузно гиперемирована, разрыхлена, на отдельных участках имеются множественные рыхлые желтоватого цвета наложения, последние с трудом снимаются со слизистой оболочки, кардия зияет. Ваш диагноз

- а) рефлюкс-эзофагит 1 степени
- б) рефлюкс-эзофагит 2 степени
- в) рефлюкс-эзофагит 3 степени
- г) дисметаболическая эзофагопатия
- д) кандидозный эзофагит
- е) лекарственный эзофагит
- ж) герпетический эзофагит

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Мужчина К. 35 лет обратился к терапевту с жалобами на периодическую изжогу, затруднения при глотании твердой пищи, эпизоды ощущения застревания пищи, боли в грудной клетке.

Анамнез заболевания: изжога беспокоит в течение 4-5 лет, самостоятельно нерегулярно принимал антацидные препараты, с положительным эффектом, в течение последнего года присоединились признаки дисфагии, периодические боли в грудной клетке, не связанные с физической нагрузкой. Обследован: ЭКГ – норма. ОАК – СОЭ 10 мм/ч, эозинофилия 30% биохимический анализ без отклонений от нормы.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, телосложение гиперстеническое. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Обследован: ЭКГ – норма. ОАК – СОЭ 10 мм/ч, эозинофилия 30% биохимический анализ без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Исходя из жалоб и анамнеза, предположите какому заболеванию пищевода это соответствует?
2. В данной клинической ситуации стандартную эзофагогастродуоденоскопию чем необходимо дополнить ?
3. Назовите осложнения данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

У больного с портальным циррозом печени развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. Пациент поступил в срочном порядке в стационар, в хирургическое отделение. Выполнена ЭГДС.

При ЭГДС: слизистая пищевода бледная на всем протяжении. Пищевод свободно проходим. В нижней и средней трети, по всем стенкам варикозно-расширенные вены d 8мм с узлами до 10мм, пролабирующие в просвет пищевода. Слизистая узлов багрового цвета. В дистальном отделе пищевода, по задней стенке – вена, узел которой прикрыт фиксированный сгустком, подтекание крови не отмечается. Кардия на 40см от резцов, смыкается не полностью.

Вопросы:

1. Определите степень варикозно-расширенных вен пищевода.
2. Выберите оптимальный метод эндоскопического лечения.
3. Обоснуйте тактику врача-эндоскописта.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

У пациента К., 35 лет после тяжелой физической нагрузки появились жалобы на боли в верхних отделах живота, однократный стул черного цвета. Вызвал карету СМП, доставлен в больницу.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, АД 110/60 , ЧСС 80 уд.в мин. Per.rectum: на перчатке кал темного цвета. Направлен на эндоскопическое исследование. При ЭГДС выявлено: слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая на всем протяжении. Пищевод свободно проходим. Кардия на 41см от резцов, смыкается неполностью. Z – линия четкая с низкоамплитудными зубцами. В области кардиоэзофагального перехода, по

передней стенке - линейный дефект слизистой 11 x 1,5мм, с незначительным подтеканием алой крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте эндоскопическое заключение.
2. Определите лечебную тактику, обоснуйте свой ответ.

Оценочная часть

1. Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит

- а) глоточная миндалина
- б) задняя стенка глотки
- в) небные дужки
- г) корень языка
- д) язычок мягкого неба

2. Устье пищевода образовано

- а) поперечной порцией перстнеглоточной мышцы
- б) косой порцией перстнеглоточной мышцы
- в) шилоглоточной мышцей
- г) продольными мышцами пищевода
- д) поперечными мышцами пищевода

3. Треугольник Келлиана - это межмышечный треугольник на

- а) задней стенке глотки
- б) задней стенке пищевода
- в) передней стенке глотки
- г) передней стенки пищевода
- д) боковой стенки пищевода

4. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет

- а) 41 см

- б) 35 см
- в) 25 см
- г) 17 см
- д) 15 см

5. Диаметр просвета пищевода у взрослого человека в среднем составляет

- а) 1,5 см
- б) 2 см
- в) 2,5 см
- г) 3 см
- д) 3,5 см

6. Толщина стенки пищевода у взрослого человека в среднем составляет

- а) 1-2 мм
- б) 3-4 мм
- в) 5-6 мм
- г) 6-8 мм
- д) 8-10 мм

7. В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений

- а) одно
- б) два
- в) три
- г) четыре
- д) пять

8. Первое физиологическое сужение пищевода обусловлено

- а) давлением щитовидной железы
- б) тонусом верхнего пищеводного сфинктера
- в) уклонением пищевода от средней линии
- г) давлением окружающих мышц
- д) давлением прилежащих сосудов

9. Второе физиологическое сужение пищевода обусловлено

- а) давлением трахеи
- б) давлением правого главного бронха

- в) давлением дуги аорты
- г) давлением левого предсердия
- д) давлением левого желудочка

10. Третье физиологическое сужение пищевода обусловлено

- а) давлением правого главного бронха
- б) давлением дуги аорты
- в) давлением левого предсердия
- г) давлением ножек диафрагмы
- д) давлением трахеи

11. В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов

- а) 42-44
- б) 40-41
- в) 36-38
- г) 34-35
- д) 25-26

12. Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при

- а) кардиоспазме
- б) халазии кардии
- в) хиатальной аксиальной грыже
- г) рефлюкс-эзофагите
- д) склеродермии пищевода

13. Основными механизмами, обеспечивающими замыкательную функцию кардии, являются

- а) тонус нижнего пищеводного сфинктера и особенности анатомического строения пищеводно-желудочного перехода
- б) разница давлений в полости пищевода и полости желудка
- в) газовый пузырь желудка
- г) разница диаметров просветов пищевода и желудка
- д) складка Губарева

14. Секрет, выделяемый собственными железами пищевода, способствует

- а) продвижению пищевого комка и перевариванию пищи

- б) продвижению пищевого комка и повышению защитных свойств слизистой оболочки
- в) повышению защитных свойств слизистой оболочки и перевариванию пищи

15. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи

- а) аксиальная
- б) параэзофагеальная
- в) короткий пищевод
- г) смешанная
- д) гигантская

16. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат

- а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы
- б) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
- в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
- г) кардиоспазм и эзофагоспазм
- д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления

17. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием

- а) нарушения прохождения пищи по пищеводу
- б) расширения пищевода
- в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод
- г) спазма пищевода
- д) дискинезии пищевода

18. Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет

- а) 40 см
- б) 39 см
- в) 38 см
- г) 37 см
- д) 36 см

19. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются

- а) укорочение пищевода и зияние кардии
- б) зияние кардии и формирование пищеводных колец
- в) формирование пищеводных колец и пролапс слизистой желудка в пищевод
- г) пролапс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит
- д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец

20. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются

- а) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит
- б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения
- в) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс
- г) наличие грыжевой полости и хиатального сужения
- д) пролапс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии

21. Зияние кардии или неполное ее смыкание может быть обусловлено

- а) рефлекторным актом на введение эндоскопа или снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- б) снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера или воздействием анестетиков
- в) воздействием анестетиков или аксиальной хиатальной грыжей
- г) аксиальной хиатальной грыжей или параэзофагеальной грыжей
- д) параэзофагеальной хиатальной грыжей или нижнегрудным дивертикулом пищевода

22. Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено

- а) грыжевым гастритом
- б) сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы
- в) деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой
- г) деформацией части желудка, лежащей под диафрагмой
- д) укорочением пищевода

23. При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается

- а) тотчас ниже уровня диафрагмы

- б) на уровне диафрагмы
- в) тотчас над диафрагмой
- г) значительно выше уровня диафрагмы
- д) значительно ниже уровня диафрагмы

24. Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является

- а) эрозивный эзофагит
- б) язвенный эзофагит
- в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода
- г) язвы грыжевого мешка
- д) венозный стаз в грыжевом мешке

25. Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является

- а) рефлюкс-эзофагит
- б) кровотечение
- в) ущемление
- г) перфорация
- д) малигнизация

26. Основным патогенетическим фактором образования паразофагальной грыжи является

- а) врожденная патология
- б) повышение внутрибрюшного давления
- в) рефлюкс-эзофагит
- г) травматическое повреждение диафрагмы
- д) повышение внутрипищеводного давления

27. Наиболее частым осложнением паразофагальной хиатальной грыжи является

- а) эзофагит
- б) кровотечение
- в) ущемление
- г) перфорация
- д) малигнизация

28.Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат

- а) прием внутрь едких веществ и алкоголя
- б) алкоголь и неумеренное курение
- в) неумеренное курение и инфекция
- г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого
- д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения

29. Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять

- а) только в течение первых суток
- б) только в течение вторых-пятых суток
- в) только спустя 6 дней
- г) только спустя 14 дней
- д) в любое время

30.Развитию кандидозного эзофагита способствуют

- а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода
- б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз
- в) амилоидоз и диабет
- г) диабет и метаплазия эпителия
- д) метаплазия эпителия

31 Основной причиной развития пищевода Баррета служит

- а) острое воспаление
- б) хроническое воспаление
- в) желудочно-пищеводный рефлюкс
- г) нарушение регенерации слизистой оболочки
- д) снижение местных защитных механизмов

32. Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является

- а) большие размеры дивертикула
- б) дивертикулит
- в) рак в дивертикуле

- г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом
- д) эрозивный эзофагит

33. Клинические проявления дивертикула Ценкера

- а) чувство першения в горле и неприятный запах изо рта
- б) неприятный запах изо рта и афония
- в) афония и легочные осложнения
- г) легочные осложнения и периодическая рвота

34. Эндоскопические прогностические признаки повышенного риска развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода включают

- а) голубой цвет вен и наличие эрозий над варикозными узлами
- б) наличие эрозий над варикозными узлами и диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см
- в) диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см и наличие красных-знаков на варикозных узлах

35. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается

- а) лейомиома
- б) липома
- в) шваннома
- г) фиброма
- д) лимфангиома

36. Эндоскопическая характеристика лейомиомы

- а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка"
- б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра"
- в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера

37. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из варикозно - расширенных вен пищевода является

- а) склеротерапия
- б) диатермокоагуляция
- в) нанесение клеевой пленки
- г) установка баллонного зонда типа Блекмора
- д) медикаментозная терапия

38. После неудачной попытки остановки кровотечения введением склерозирующих препаратов, в пищевод вводится зонд Блекмора на

- а) 6-12 часов
- б) 24 часа
- в) 36 часов
- г) 48 часов
- д) 72 часа

39. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через

- а) 12-24 часа
- б) 1-2 дня
- в) 5-7 дней
- г) 10 дней
- д) 1 месяц

40. Осложнением склеротерапии, при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода, является

- а) острый эзофагит
- б) кардиоспазм
- в) некроз терминального отдела пищевода
- г) усиление кровотечения из варикозно расширенных вен
- д) болевой шок

41. При синдроме Меллори - Вейсса разрыв слизистой оболочки обычно локализуется в

- а) пищеводе
- б) зоне кардио-эзофагального перехода
- в) кардиальной части желудка
- г) своде желудка
- д) любом из указанных отделов

42. Клиническими признаками инородного тела пищевода являются

- а) дисфагия и осиплость голоса

- б) осиплость голоса и саливация
- в) саливация и приступы кашля
- г) приступы кашля и наличие подкожной эмфиземы
- д) дисфагия и усиленная саливация

43. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является

- а) дисфагия
- б) боль
- в) нарушение проходимости пищи
- г) усиление саливации
- д) приступы кашля

44. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является:

- а) дисфагия
- б) боль
- в) нарушение проходимости пищи
- г) усиление саливации
- д) осиплость голоса

45. Эндоскопическое лечение кардиоспазма включает следующие вмешательства

- а) электро-хирургическое рассечение спазмированного участка
- б) введение в зону сужения анестетиков по игле
- в) аппликация масляных растворов
- г) вибробуживание
- д) баллонную пневмодилатацию и введение в зону сужения антиспастических препаратов

46. Для лечения кардиоспазма 2 степени применяются

- а) баллонная гидродилатация
- б) баллонная пневмодилатация
- в) эндохирургическое рассечение кардии
- г) лапароскопическая операция
- д) медикаментозная терапия

47. Лечение больного с кардиоспазмом 3-4 степени начинается с

- а) оперативного вмешательства
- б) лапароскопической операции
- в) медикаментозной терапии
- г) баллонной пневмодилатации
- д) бужирования

48. Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно при

- а) тотальной облитерации пищевода
- б) мембранозных стриктурах
- в) фибринозном эзофагите
- г) неэпителизированных стриктурах
- д) трубчатых стриктурах

49. Наиболее безопасным способом бужирования при рубцовых сужениях пищевода является бужирование:

- а) по металлической струне - направителю полыми бужами
- б) через рот "вслепую"
- в) по "нитке"
- г) за "нитку"
- д) под рентгенологическим контролем

50. Предрасполагающим фактором Меллори-Вейса может быть:

- а) гастропатия
- б) атрофический гастрит
- в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- г) безоар желудка

51. Постожоговые стриктуры наиболее часто локализуются в:

- а) верхней трети пищевода
- б) нижней трети пищевода
- в) средней трети пищевода
- г) местах физиологических сужений

52. При пищеводе Барретта используют ____ классификацию

- а)Пражскую
- б)Парижскую
- в)Монреальскую
- г)Лос-Анжелесскую

53. Длительно текущие хронические эзофагиты с тяжелой дисплазией слизистой оболочки стоит рассматривать как:

- а))злокачественное заболевание
- б)вариант нормы
- в)предраковое заболевание
- г)доброкачественное заболевание

54. Повреждение слизистой оболочки более 75% окружности пищевода согласно LA классификации представляет степень:

- а) В
- б) С
- в) А
- г) D

55. Слизистая оболочка пищевода представлена __эпителием:

- а)многослойным плоским ороговевающим
- б)железистым
- в)многослойным плоским неороговевающим
- г)однослойным мерцательным

56. В патогенезе развития Пищевода Барретта лежит:стаплазия

- а)кишечная метаплазия
- б)дуоденогастральный рефлюкс
- в)желудочная метаплазия
- г)гастроэзофагеальный рефлюкс

57. Основным вариантом эндолечения пищевода Барретта без дисплазии эпителия является:

- а)эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое
- б)аргоно-плазменная коагуляция с обязательной длительной терапией ИПП
- в)эндоскопическая пероральная миотомия
- г)эндоскопическая резекция слизистой оболочки

58. Герпетический эзофагит при эзофагогастродуоденоскопии характеризуется:

- а) глубокой округлой язвой с подрытыми краями, дно которой желтоватым экссудатом
- б) плоским изъязвлением звездчатой формы, покрытым экссудатом
- в) неглубокой округлой язвой с подрытыми краями, дно которой покрыто фибрином
- г) неглубокой округлой язвой с приподнятыми краями, дно которой желтоватым экссудатом

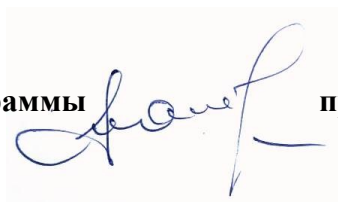
59. Под лейкоплакией пищевода понимают:

- а) грибковое поражение пищевода
- б) очаги ороговевшего эпителия пищевода
- в) злокачественную опухоль пищевода
- г) кистозный эзофагит

60. Согласно классификации ZARGAR, рубцовые стриктуры развиваются при ____ степени химического ожога пищевода:

- а) III
- б) IIa
- в) IIb
- г) I

Руководитель образовательной программы



проф. Мандриков В.В.