

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 29.08.2023 15:14:08  
Уникальный программный ключ:  
123d1d365abac5d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплинам**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.70 Эндоскопия.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-эндоскопист**

Кафедра: **Кафедра хирургических болезней № 1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Волгоград, 2023

**Разработчики программы:**


№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Веденин Ю.И.	Зав. кафедрой	д.м.н./доцент	Хирургических болезней № 1 Института НМФО
2.	Мандриков В.В.	профессор	д.м.н./доцент	Хирургических болезней № 1 Института НМФО
3.	Ногина А.А.	доцент	к.м.н	Хирургических болезней № 1 Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплинам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.70 Эндоскопия.

Актуализация рабочей программы обсуждена на заседании кафедры протокол № 1 от «28» августа 2023 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 института НМФО,

д.м.н., доцент

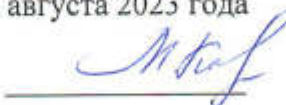


Веденин Ю.И.

**Рецензент:** А.В. Гушул - заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ "ВОКБ № 1", главный внештатный эндоскопист комитета здравоохранения Волгоградской области, К.М.Н

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от « 29 » августа 2023 года

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л.Науменко

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Секретарь  
Ученого совета



В.Д.Заклякова

## 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОСКОПИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы эндоскопии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Основы законодательства здравоохранения и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.</li><li>2. Общие вопросы организации эндоскопической помощи взрослому населению и детям.</li><li>3. Организация медицинской помощи в военно-полевых условиях. Роль эндоскопических методов в обследовании больных в военнопольных условиях.</li><li>4. Профилактика передачи заболеваний во время эндоскопического исследования.</li><li>5. Вопросы асептики и антисептики в эндоскопии.</li><li>6. Принципы, приемы и методы обезболивания в эндоскопии.</li><li>7. Аппаратура и инструментарий, применяемые во время эзофагогастродуоденоскопии. Принципы устройства оборудования.</li><li>8. Сравнительные преимущества и недостатки моделей эндоскопов. Видеоэндоскопы, видеоприставки, их преимущества и недостатки в сравнении с фиброволоконной оптикой.</li><li>9. Топографоанатомические особенности строения ротоглотки, пищевода, желудка и 12- перстной кишки. Анатомические ориентиры.</li><li>10. Возрастные особенности изменений слизистой пищевода, желудка и 12- перстной кишки. Отличительные признаки возрастных изменений от патологических.</li><li>11. Различные способы биопсии. Показания к их применению. Методика выполнения. Возможные осложнения и способы их предупреждения.</li><li>12. Аппаратура и инструментарий для фиброволоконной и жесткой эзофагоскопии.</li><li>13. Показания и противопоказания для гибкой и жесткой эзофагоскопии.</li></ol>
<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 2 «Заболевания пищевода»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Эзофагиты, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Эндоскопическая семиотика. Классификация.</li><li>2. Ожоги пищевода. Классификация. Осложнения.</li><li>3. Кардиоспазм и его эндоскопическое лечение.</li><li>4. Варикозное расширение вен пищевода. Классификация. Эндоскопическое лечение. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при портальных кровотечениях.</li><li>5. Кандидозный эзофагит. Этиопатогенез, эндоскопическая семиотика.</li><li>6. Пищевод Баррета. Этиология, эндоскопическая картина, дифференциальная диагностика.</li><li>7. Рак пищевода. Классификация. Эндоскопическая диагностика, дифференциальная диагностика, эндоскопическая семиотика.</li><li>8. Дивертикулы пищевода (Дивертикул Ценкера). Классификация,</li></ol>

	<p>патогенез, диагностика, эндоскопические признаки. Возможные осложнения.</p> <p>9. Синдром Меллори-Вейсса. Эндоскопическая диагностика. Местный гемостаз.</p> <p>10. Доброкачественные подслизистые опухоли пищевода. Дифференциально-диагностические признаки доброкачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей пищевода.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 3 «Заболевания желудка»</p>	<p>1. Показания и противопоказания к эзофагогастродуоденоскопии. Подготовка, способы обезболивания. Методика выполнения. Осложнения ЭГДС, их профилактика и лечение.</p> <p>2. Эндоскопическая диагностика гастритов. Классификация. Показания к биопсии.</p> <p>3. Эрозии желудка, классификация, диагностика, диф. диагностика, эндоскопическая картина.</p> <p>4. Гастропатии. Классификация, этиопатогенез, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>5. Язвенная болезнь желудка. Эндоскопическая диагностика. Показания к оперативному лечению. Возможности эндоскопического лечения.</p> <p>6. Гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Эндоскопическая диагностика. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки гастродуоденальных кровотечений.</p> <p>7. Инородные тела желудка. Диагностика, способы извлечения.</p> <p>8. bezoary желудка. Эндоскопическая диагностика, лечение.</p> <p>9. Полипоз желудка. Эндоскопическое лечение. Показания к длительному динамическому лечению.</p> <p>10. Отдаленные результаты эндоскопической полипэктомии. Рецидивные и резидуальные полипы. Причины их образования и особенности удаления резидуальных полипов.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 4 «Заболевания 12 п.к.»</p>	<p>1 Бульбит. Классификация, эндоскопическая семиотика.</p> <p>2. Язвенная болезнь 12 п.к.. Эндоскопическая диагностика. Показания к оперативному лечению. Возможности эндоскопического лечения.</p> <p>3. Осложнения язвы лук. 12 п.к. Классификация, диагностика, выбор лечебной тактики.</p>

	<p>4. Методы эндоскопического гемостаза. Инструментарий, техника.</p> <p>5. Дуоденальные кровотечения. Классификация. Эндоскопическая диагностика. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки дуоденальных кровотечений</p> <p>6. Заболевания БДС. Клиника, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>7. Показания, противопоказания и подготовка больных к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения. Неудачи и осложнения. Профилактика осложнений.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 5 «Заболевания толстой кишки»</p>	<p>1.Ректосигмоскопия. Показания и противопоказания, подготовка больных. Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения. Неудачи и осложнения.</p> <p>2.Колоноскопия. Показания и противопоказания. Аппаратура и инструментарий. Неудачи, ошибки и осложнения. Их причины, профилактика.</p> <p>3. Эндоскопическая семиотика воспалительных заболеваний толстой кишки.</p> <p>4. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика, возможные осложнения</p> <p>5. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли толстой кишки. Классификация. Эндоскопическая семиотика, лечение.</p> <p>6. Рак толстой кишки. Классификация. Эндоскопическая семиотика. Дифференциальная диагностика опухолевых поражений толстой кишки.</p> <p>7. Полипы толстой кишки. Классификация. Эндоскопическая семиотика. Эндоскопическая полипэктомия. Показания, противопоказания. Методика выполнения. Неудачи и осложнения.</p> <p>8. Воспалительные заболевания толстой кишки. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, эндоскопическая семиотика.</p>

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 6 «Заболевания нижних отделов дыхательных путей»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Обструктивные бронхиты. Клиника, диагностика, эндоскопическая семиотика.</li> <li>2.Хронический бронхит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Эндоскопическая диагностика.</li> <li>3. Бронхоэктатическая болезнь. Этиопатогез, клиника, эндоскопическая диагностика.</li> <li>4.Муковисцедоз. Этиопатогез, клиника, эндоскопическая семиотика.</li> <li>5.Доброкачественные образования трахеобронхиального дерева. Диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика.</li> <li>6. Злокачественные образования трахеобронхиального дерева. Диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика.</li> <li>7.Псевдоопухолевидные образования трахеобронхиального дерева (саркоидоз, туберкулез, пневмокониоз). Эндоскопическая семиотика. Роль бронхоскопии.</li> <li>8.Инородные тела трахеобронхиального дерева. Возможности эндоскопического удаления.</li> </ol>
---	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Внутрипросветная эндоскопия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эндоскопические исследования. Возможные риски и осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.</li> <li>2 Эндоскопические исследования. Возможные риски и осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта.</li> <li>3. Эндоскопический кабинет. Оборудование.</li> <li>4. Правила подготовки пациентов к эндоскопическим исследованиям.</li> <li>5. Методы асептики и антисептики в эндоскопии.</li> <li>6. Возможные осложнения при эндоскопических исследованиях. Меры профилактики.</li> <li>7. ГЭРБ. Клиническая картина. Диагностика, эндоскопическая семиотика.</li> <li>8. Рефлюкс-эзофагит. Классификация, диагностика, клиническая картина..</li> <li>9. Пищевод Баррета. Возможности эндоскопического лечения.</li> <li>10. Пептический стеноз. Этиопатогенез, диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика.</li> <li>11. Варикозное расширение вен пищевода. Классификация, эндоскопическая семиотика.</li> </ol>
--	--

	<p>12. Туберкулез пищевода. Этиопатогенез, диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика.</p> <p>13. Эндоскопическая диагностика гастритов. Классификация. Показания к биопсии.</p> <p>14. Гастропатии. Классификация, этиопатогенез, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>15. Гипертрофический гастрит и болезнь Менетрие. Диагностика, дифференциальная диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>16. Грибковые заболевания желудка. Этиопатогенез, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>17. Синдром мальабсорбции. Этиопатогенез, эндоскопическая диагностика.</p> <p>18. Болезнь Уиппла. Этиопатогенез, эндоскопическая диагностика.</p> <p>19. Воспалительные заболевания толстой кишки. Классификация, этиопатогенез, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>20. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика, возможные осложнения.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы эндоскопии»</p>	<p>1. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см  <b>б. 35 см</b>  в. 25 см  г. 17 см  д. 15 см</p> <p>2. В пищеводе при эзофагоскопии определяется</p>
---	---

физиологических сужений

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

3. 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

4. Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при

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

5. Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе

- а) 0,5 см
- б) 1 см
- в) 2 см**
- г) 3 см
- д) 4 см

6. Зона привратника в норме имеет протяженность

- а) 0,5 см
- б) 1 см**
- в) 1,5 см
- г) 2 см
- д) 2,5 см

7. При раздувании воздухом складки желудка

- а) расправляются полностью
- б) не расправляются
- в) расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка**
- г) расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка
- д) расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе

8. Наиболее отчетливо желудочные поля видны

- а) в своде желудка
- б) на большой кривизне тела желудка**



**в) на задней стенке тела желудка**

г) в области угла желудка

д) в антральном отделе

9. Parietalные клетки фундальных желез желудка секретируют

а) пепсиноген

**б) соляную кислоту и внутренний фактор**

в) биогенные амины

г) пепсиноген и биогенные амины

10. Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является

а) печеночный угол

б) селезеночный угол

в) физиологический сфинктер Кеннона левый

г) физиологический сфинктер Кеннона правый

**д) физиологический сфинктер Хорста**

11. Интраперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки

**а) поперечно-ободочная и сигмовидная**

б) восходящая и поперечно-ободочная

в) нисходящая и сигмовидная

г) сигмовидная и прямая

д) слепая и восходящая

12. Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет

**а) слепая**

б) поперечно-ободочная

в) восходящая

г) нисходящая

д) сигмовидная

13. Самым узким отделом толстой кишки является

а) слепая

б) нисходящая

в) сигмовидная

**г) ректо-сигмоидный отдел**

д) прямая

14. Просвет кишки имеет овальную форму в

а) слепой кишке

б) восходящей кишке

в) поперечно-ободочной кишке

**г) нисходящей кишке**

д) сигмовидной кишке

15. Просвет кишки имеет форму равностороннего треугольника с несколько выпуклыми углами в

а) слепой кишке

б) восходящей кишке

**в) поперечно-ободочной кишке**

- г) нисходящей кишке
- д) сигмовидной кишке

16. Метаплазия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид**
- ж) увеличением слоев

17. Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются

- а) психические заболевания
- б) кардиоспазм 3 стадии
- в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания**
- г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени
- д) стенокардия напряжения

18. Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются

- а) инфаркт миокарда в острой стадии
- б) инсульт в острой стадии
- в) психические заболевания
- г) перфорация пищевода**
- д) химический ожог пищевода III ст

19. Показанием к плановой колоноскопии является

- а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии**
- б) болезнь Уиппла
- в) синдром мальабсорбции
- г) дисбактериоз
- д) гельминтоз

20. Показанием к экстренной колоноскопии является

- а) анемия
- б) кишечное кровотечение**
- в) подозрение на перфорацию толстой кишки
- г) гранулематозный колит
- д) дивертикулез толстой кишки с явлениями

21. При бронхоскопии возможно диагностировать

- а) бронхоэктатическую болезнь
- б) интерстициальную пневмонию
- в) неосложненную кисту легкого
- г) центральный рак легкого**
- д) недренирующийся абсцесс легкого

22. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются
- а) периферический рак легкого
  - б) центральный рак легкого
  - в) инородное тело бронха
  - г) статус астматикус**
  - д) кровохарканье
23. Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству
- а) проведенных эндоскопических исследований
  - б) выявленных заболеваний
  - в) выявленных заболеваний в ранних стадиях**
  - г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств
  - д) диагностических ошибок и осложнений
24. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают
- а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости
  - б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения
  - в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением**
  - г) экстраполяцию и прогнозирование
  - д) анализ деятельности ЛПУ
25. 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**
26. Гипертрофия характеризуется
- а) уменьшением размеров
  - б) увеличением размеров**
  - в) увеличением в числе
  - г) озлокачествлением
  - д) структурной перестройкой
  - е) заменой одного вида на другой родственный вид
  - ж) увеличением слоев
27. Гиперплазия характеризуется
- а) уменьшением размеров
  - б) увеличением размеров
  - в) увеличением в числе**
  - г) озлокачествлением
  - д) структурной перестройкой
  - е) заменой одного вида на другой родственный вид
  - ж) увеличением слоев
28. Атрофия характеризуется

- а) уменьшением размеров**
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

29. Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на

- а) 12 часах
- б) 9 часах**
- в) 6 часах
- г) 3 часах
- д) 2 часах

30. Бронх Нельсона - это

- а) В<sub>1</sub>
- б) В<sub>2</sub>
- в) В<sub>3</sub>
- г) В<sub>5</sub>
- д) В<sub>6</sub>**

31. Верхушка Фовлера - это

- а) В<sub>6</sub>**
- б) В<sub>7</sub>
- в) В<sub>8</sub>
- г) В<sub>9</sub>
- д) В<sub>10</sub>

32. Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет

- а) 0,5 м/час
- б) 1,0 м/час**
- в) 1,5 м/час
- г) 2,0 м/час
- д) 2,5 м/час

33. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке

- а) 0,1 м/час**
- б) 0,5 м/час
- в) 1,0 м/час
- г) 1,5 м/час
- д) 2,0 м/час

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Заболевания пищевода»</p>	<p>34. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи  <b>а) аксиальная</b>  б) параэзофагеальная  в) короткий пищевод  г) смешанная  д) гигантская</p> <p>35. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат  <b>а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы</b>  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</p> <p>36. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием  а) нарушения прохождения пищи по пищеводу  б) расширения пищевода  <b>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</b>  г) спазма пищевода  д) дискинезии пищевода</p> <p>37. Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет  а) 40 см  б) 39 см  <b>в) 38 см</b>  г) 37 см  д) 36 см</p> <p>38. 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 проляпс слизистой желудка в пищевод  г) проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит  <b>д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</b></p>

39. 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

40. 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

41. Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является

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

42. 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**

43. 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

44. Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат

- а) перфорация пищевода и шок**
- б) выраженная интоксикация
- в) отсутствие клинической картины ожога
- г) первые 24 часа после ожога
- д) 7-е сутки после ожога

45. Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить

- а) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей
- б) рентгенографию с барием
- в) рентгенографию с водорастворимым контрастом**
- г) УЗИ
- д) компьютерную томографию

46. 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

47. Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита

- а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом
- б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре**
- в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок
- г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями
- д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре

48. Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите

- а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином
- б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом**
- в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом
- г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом

49. Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются

- а) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода**
- б) стенозы пищевода и алкоголизм
- в) алкоголизм и хиатальная грыжа
- г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит
- д) рефлюкс-эзофагит

50. Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

- а) линейных эрозий**
- б) сливных эрозий

- в) кольцевидных эрозий
- г) пептической язвы
- д) участков желудочной метаплазии

51. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

- а) линейных эрозий
- б) сливных эрозий**
- в) кольцевидных эрозий
- г) пептической язвы
- д) участков желудочной метаплазии

52. Основной причиной развития пищевода Барретта служит

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

53. Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется

- а) стиранием зубчатой линии
- б) подчеркнутостью зубчатой линии
- в) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении**
- г) смещением зубчатой линии в дистальном направлении
- д) рубцовыми изменениями зубчатой линии

54. Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при

- а) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу**
- б) анемии Адиссон-Бирмера
- в) тилозе
- г) синдроме Пламмер-Винсона
- д) склеродермии

55. 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

56. 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

57. Степень варикозного расширения вен 2 степени

- а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем



протяжении, слизистая оболочка не изменена  
б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична  
в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена  
г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена  
**д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена**

58. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают

- а) застойный эзофагит и спазм кардии
- б) расширение просвета пищевода и спазм кардии
- в) спазм кардии и усиление перистальтики**
- г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода
- д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии

59. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается

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

60. Эндоскопическая характеристика лейомиомы

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

61. Стриктура просвета это

- а) полное закрытие просвета
- б) функциональное сужение
- в) постоянное органическое сужение просвета
- г) органическое длиной менее 1 см**
- д) закрытие просвета внутрисполостным препятствием

62. Причиной развития кардиоспазма служит

- а) стресс
- б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения**
- в) желудочно-пищеводный рефлюкс
- г) хиатальная грыжа
- д) химический ожог в анамнезе

51. Причинами развития острого гастрита чаще являются

- а) прием лекарств и рефлюкс желчи
- б) рефлюкс желчи и стрессовые ситуации**

в) острые инфекции и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки

**г) стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств**

д) хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки

63. Основной причиной развития хронического антрального гастрита является

а) недоброкачественное питание

б) алкоголь

в) авитаминозы

**г) инфицирование слизистой оболочки Нр**

д) рефлюкс дуоденального

64. Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите

а) диффузная гиперемия

**б) мелкоочаговая гиперемия**

в) гиперемия в виде полос

г) отсутствие гиперемии

д) точечная гиперемия

65. Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит

а) фоликулярная гиперплазия и гиперплазия желез

**б) фоликулярная гиперплазия и атрофия желез**

в) атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фолликулов

г) гиперплазия лимфоидных фолликулов и инфильтрация эозинофилами

д) инфильтрация эозинофилами и атрофия желез

66. Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является

а) пенетрация

б) перфорация

**в) кровотечение**

г) болевой синдром

д) малигнизация

67. Язвы кардиальной и медиастральной локализации характеризуются

а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области

б) отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений

**в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды**

г) различной интенсивности поздними (через 1-3 часа после еды), ночными болями в правой половине эпигастрия и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки

68. Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3 см**
- г) 4 см

69. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является

- а) рак желудка
- б) язвенная болезнь**
- в) мышечная гипертрофия привратника
- г) проляпс слизистой оболочки желудка через привратник
- д) доброкачественные полипы желудка

70. К истинным опухолям относятся следующие виды полипов желудка

- а) аденоматозные**
- б) лимфоидная гиперплазия
- в) полипы Пейтца-Еггерса
- г) ювенильные полипы
- д) гиперпластические полипы

71. Чаще озлокачиваются

- а) гиперпластические полипы
- б) аденоматозные полипы**
- в) ювенильные полипы
- г) подслизистые опухоли
- д) эозинофильногранулематозные полипы

72. Первый тип подслизистой опухоли, в зависимости от глубины залегания в стенке желудка означает

- а) опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку
- б) незначительное выбухание слизистой оболочки над опухолью, опухоль неподвижна**
- в) выбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна
- г) слизистая оболочка над опухолью приподнята, опухоль

73. Массивным кровотечением чаще осложняется

- а) рак желудка
- б) полип желудка
- в) доброкачественная подслизистая опухоль желудка**
- г) саркома желудка
- д) болезнь Менетрие

74. Чаще изъязвляются полипы, имеющие

- а) большие размеры и широкое основание
- б) длинную ножку при большой головке**
- в) цилиндрическую форму и большую длину

г) полусферическую форму с бугристой поверхностью

75. Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются

- а) визуальные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки
- б) очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки**
- в) обилие слизи
- в) множественные петехии
- д) папулезность слизистой оболочки

76. Проксимальная граница опухоли обязательно определяется при

- а) полипоидном раке желудка
- б) грибовидном раке
- в) язвенной форме рака
- г) инфильтративном раке**
- д) раннем раке

77. Язвы желудка и 12-перстной кишки характеризуются

- а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастриальной и 12-перстной кишки области
- б) отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений**
- в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды
- г) различной интенсивности поздними (через 1-3 часа после еды), ночными болями в правой половине эпигастрия и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки

78. При аутоиммунном хроническом гастрите преимущество поражается

- а) кардиальный отдел
- б) тело желудка**
- в) антральный отдел
- г) препилорический отдел
- д) весь желудок

79. Основной причиной развития хронического антрального гастрита является

- а) недоброкачественное питание
- б) алкоголь
- в) авитаминозы
- г) инфицирование слизистой оболочки Нр**
- д) рефлюкс дуоденального содержимого

80. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся

- а) атрофия
- б) метаплазия
- в) прогрессирующая дисплазия**
- г) гликогенный акантоз
- д) ороговение слизистой оболочки

	<p>81. Для подтверждения антрального гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори (Hр), биопсию лучше брать</p> <p>а) из проксимальной части антрального отдела  б) из средней части антрального отдела  <b>в) в 2 см от привратника</b>  г) из зоны привратника  д) из любой части антрального отдела</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3  « Заболевание 12  п.к.»</p>	<p>82. Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются</p> <p>а) в луковице  <b>б) в нисходящей части</b>  в) в нижней части  г) в луковице и нисходящей части  д) в любом отделе</p> <p>83. Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются</p> <p><b>а) в ее проксимальной части на передней стенке</b>  б) в ее средней части на любой стенке  в) в ее дистальной части на задней стенке  г) в ее дистальной части на передней стенке  д) в любом отделе луковицы</p> <p>84. Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии</p> <p><b>а) сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением</b>  б) сопровождается выраженным дуоденитом  в) сопровождается только перифокальным воспалением  г) сопровождается зиянием привратника  д) снижением моторики пищевода и луковицы ДПК</p> <p>85. Удвоенный привратник" может быть обусловлен</p> <p><b>а) пенетрацией препилорической язвы в луковицу ДПК</b>  б) пилоропластикой  в) послеоперационным свищом  г) опухолью привратника</p> <p>86. Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и ДПК чаще является признаком</p> <p><b>а) умеренно выраженного воспаления</b></p>

	<p>б) раздражения  в) гемодинамических изменений в пищеварительную фазу  г) острого гастрита  д) гиперпродукции соляной кислоты</p> <p>87. Мелкие белые пятнышки на слизистой оболочке ДПК (симптом "манной крупы") являются проявлением  <b>а) лимфангиэктазий</b>  б) лимфофолликулярной гиперплазии  в) лимфоидной инфильтрации  г) лимфоплазмочитарной инфильтрации  д) эозинофильной инфильтрации</p> <p>88. Симптом "манной крупы" характерен для  а) язвенной болезни  <b>б) заболеваний панкреато-билиарной системы</b>  в) целиакии  г) лимфомы  д) рака</p> <p>89. Основной причиной возникновения папиллита служит  а) дискинезия ДПК  б) дискинезия сфинктеров большого дуоденального сосочка  в) инфицированное содержимое полости ДПК  <b>г) травматизация слизистой оболочки устья БДС мигрирующими конкрементами</b>  д) холангит</p> <p>90. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется  а) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка  б) ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом  <b>в) выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке</b>  г) наличием желчи в желудке и зиянием привратника  д) зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом</p> <p>91. Увеличение, деформация и уплотнение большого дуоденального сосочка позволяют предположить наличие  а) выраженного папиллита  б) деформирующего папиллита  в) аденомы БДС  г) папилломатоза БДС  <b>д) рака БДС</b></p>
--	---

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Заболевания  
пищевода»

### **Задача № 1.**

У больного с портальным циррозом печени развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 3 стадии. Над одним из узлов, в нижней трети пищевода, фиксированный тромб. Подтекание крови из-под тромба нет.

Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.

Ответ:

1. Зонд Блекмора или Дарниша.
2. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.

### **Задача № 2**

У больной 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом. При ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 37 см от резцов, имеются кольцо Шацкого и "второй вход" в желудок, слизистая пищевода гладкая, белесоватая, сосудистый рисунок не просматривается, кардия зияет, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественным мелкоточечными кровоизлияниями.

Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.

### **Задача № 3**

У больного 32 лет с жалобами на периодические боли в эпигастрии, связанные с физической нагрузкой, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, кардия полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, «пестрая», легко ранима.

1. Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

### **Задача № 4**

У больной 39 лет с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающей массивную лекарственную терапию, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая с множественными эрозиями неправильной формы. Кардия зияет, перистальтика ослаблена.

1. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.

Ответ: Дисметаболическая эзофагопатия.

### **Задача № 5**

У больного 25 лет, страдающего хроническим панкреатитом, жалобы на боли за грудиной. При ЭГДС обнаружено: слизистая оболочка пищевода в н/3 белесоватая, утолщенная, по вершинам складок плотно фиксированные

	<p>линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.          Ответ: Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 6</b></p> <p>У больного после тяжелой физической нагрузки появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС установлено: в области кардиоэзофагального перехода имеется линейный надрыв слизистой оболочки до 2 см длиной с активным подтеканием алой крови.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз.          2. Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3          «Заболевания желудка»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 7</b></p> <p>У больного 28 лет, в антральном отделе желудка, по передней стенке выявлено полиповидное образование неправильной формы, до 0,8 см в диаметре и 0,5 см высотой, на широком основании. Слизистая над ним не изменена. При взятии биопсии полип очень плотной консистенции, фрагментации нет, кровоточивость умеренная.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз.          2. Определите метод лечения.</p> <p>Ответ:          1. Полип желудка. Малигнизация.          2. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 8</b></p> <p>У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт, во время ЭГДС выявлено легко смещаемое опухолевидное образование в диаметре до 6 см с изъязвленной вершиной и наличием участков кровоизлияний. Опухоль синюшного цвета, имеет короткую ножку до 1 см в диаметре. Опухоль локализуется на задней стенке антрального отдела желудка.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз.          2. Определите метод лечения.</p> <p>Ответ:          1. Аденома антрального отдела желудка.          2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p> <p style="text-align: center;"><b>Задача № 9</b></p> <p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре,</p>



полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.

Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: лимфоидная гиперплазия

### **Задача № 10**

У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастральной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастральной области. Во время рентгенологического исследования диагностирован рак желудка. Во время ЭГДС выявлено, что весь желудок занимает опухоль шаровидной формы с изъязвлением на отдельных участках. Слизистая сращена с опухолью в области вершины. Опухоль имеет диаметр около 15 см, длинную ножку диаметром около 2,5 см. Основание ножки определяется в луковице 12-перстной кишки. Опухоль подвижная плотная. Слизистая оболочка на отдельных участках опухоли смещается.

Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.

### **Задача № 11**

У больной 38 лет с жалобами на желудочный дискомфорт при ЭГДС выявлено: в препилорическом отделе на малой кривизне полиповидное образование в виде утолщенной складки с уплощенной ярко-красного цвета вершиной, размерами 1,5 см на 0,6 см и высотой до 0,4 см.

1. Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.

### **Задача № 12**

У больной 35 лет во время эндоскопического исследования выявлено опухолевидное образование неправильной формы желтоватого цвета в диаметре 3 см, мягкой консистенции, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Опухоль располагается в препилорической зоне, легко перемещается инструментами в подслизистом слое. Результат щипковой биопсии - слизистая оболочка желудка.

1. Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).

### **Задача № 13**

У больной 49 лет при ЭГДС выявлен полип на длинной ножке, произведена

полипэктомия. При гистологическом исследовании - аденокарцинома без инвазии в ножку полипа.

1. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

#### **Задача № 14**

У больного через неделю после выписки из стационара, где он находился по поводу язвенного кровотечения, повторилось массивное желудочно-кишечное кровотечение. Доставлен в больницу с острой массивной кровопотерей.

Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.

Ответ: оперативное лечение.

#### **Задача № 15**

У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.

Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.

Ответ: повторная ЭГДС через 6-8 часов

#### **Задача № 16**

У больного с гемофилией возникло кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При ЭГДС выявлено: в антральном отделе желудка на большой кривизне имеется полип до 1,5 см в диаметре на широком основании. Из верхушки полипа отмечается подтекание крови.

Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.

Ответ: электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.

#### **Задача № 17**

У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке умеренное количество крови и сгустков, на малой кривизне в средней трети тела желудка округлая язва до 2 см в диаметре с плотными краями, дно язвы выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.

1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest.

2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.

Ответ:

1. Язва желудка Forrest 2a.

2. Монополярная электрокоагуляция.

#### **Задача № 18**

У больной 35 лет при ЭГДС диагностирована доброкачественная подслизистая опухоль диаметром около 3 см, неправильной формы, желтоватого цвета. Опухоль легко перемещается в подслизистом слое при эндопальпации, локализована в препилорической зоне, по передней стенке. Во время перистальтических сокращений опухоль смещается и частично закрывает привратник.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите наиболее рациональный метод эндоскопического лечения.

### **Задача № 19**

У больного 30 лет при ЭГДС выявлен полипоз желудка. Полипы занимают все отделы и стенки желудка. Они имеют остrokонечную форму, широкое основание, рыхлую консистенцию. С вершины некоторых полипов стекает кровь. У больного отмечается бледность кожных покровов, снижение гемоглобина.

1. Определите рациональным методом лечения.

### **Задача № 20**

У больной 35 лет произведена электроэксцизия полипа на длинной ножке с диаметром головки до 1,5см. Окончательный морфологический диагноз: ворсинчатая опухоль с "фокал - карциномой" в верхушке, по линии среза раковых клеток не выявлено.

1. Укажите тактику лечения и ведения больных, после полипэктомии.

### **Задача № 21**

У больной с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке большое количество темной крови и сгустков, слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки диффузно кровоточит - "плачущая слизистая".

Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.

Ответ: консервативная терапия

### **Задача № 22**

У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлен инфильтративно-язвенный рак желудка с обильным кровотечением из одного участка распада.

1. Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.

### **Задача № 23**

У больного 67 лет при ЭГДС выявлены мелкие полипы высотой до 6 мм, занимающие все отделы желудка.

	<p>1. Сформулируйте ваш диагноз. 2. Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 24</p> <p>У больной 30 лет, спустя 3 месяца после родов, появились резкие боли в верхней половине живота. При экстренной лапароскопии и антеградной холецистохолангиографии диагностирована желчно - каменная болезнь, камень устья БДС, геморрагический панкреонекроз.</p> <p>1. Определите тактику ведения пациента.</p>
--	---

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОГРАММЕ ОСВОЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ».**

**1. Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.**

Раздел дисциплины	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
<p><b>Б1.Б.6.1.</b> <b>Общие вопросы эндоскопии.</b></p>	<p>1. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p style="padding-left: 40px;">а. 41 см <b>б. 35 см</b> в. 25 см г. 17 см д. 15 см</p> <p>2. В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p style="padding-left: 40px;">а) одно б) два</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>

	<p> <b>в) три</b>  г) четыре  д) пять </p> <p> 3. Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству  а) проведенных эндоскопических исследований  б) выявленных заболеваний  <b>в) выявленных заболеваний в ранних стадиях</b>  г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств  д) диагностических ошибок и осложнений </p> <p> 4. Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет  <b>а) слепая</b>  б) поперечно-ободочная  в) восходящая  г) нисходящая  д) сигмовидная </p> <p> 5. Самым узким отделом толстой кишки является  а) слепая  б) нисходящая  в) сигмовидная  <b>г) ректо-сигмоидный отдел</b>  д) прямая </p>	
<p><b>Б1.Б.6.1.2.</b> <b>Заболевания</b> <b>пищевода</b></p>	<p> 6. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием  а) нарушения прохождения пищи по пищеводу  б) расширения пищевода  <b>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</b>  г) спазма пищевода  д) дискинезии пищевода </p> <p> 7. Эзофагогастродуоденоскопию после химического ожога пищевода можно выполнять  а) только в течение первых суток  б) только в течение вторых-пятых суток  <b>в) только спустя 6 дней</b>  г) только спустя 14 дней  д) в любое время </p> <p> 8. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода  а) линейных эрозий  <b>б) сливных эрозий</b>  в) кольцевидных эрозий  г) пептической язвы  д) участков желудочной метаплазии </p> <p> 9. Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется </p>	<p> УК-1,  ПК-1, ПК-2,  ПК-4, ПК-5,  ПК-6  ПК-8, ПК-9,  ПК-10 </p>

	<p>а) стиранием зубчатой линии  б) подчеркнутостью зубчатой линии  <b>в) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении</b>  г) смещением зубчатой линии в дистальном направлении  д) рубцовыми изменениями зубчатой линии</p> <p>10. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается  <b>а) лейомиома</b>  б) липома  в) шваннома  г) фиброма  д) лимфангиома</p>	
<p><b>Б1.Б.6.1.3.</b>  <b>Заболевания</b>  <b>желудка</b></p>	<p>11. Основной причиной развития хронического антрального гастрита является  а) недоброкачественное питание  б) алкоголь  в) авитаминозы  <b>г) инфицирование слизистой оболочки Нр</b>  д) рефлюкс дуоденального</p> <p>12. Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является  а) пенетрация  б) перфорация  <b>в) кровотечение</b>  г) болевой синдром  д) малигнизация</p> <p>13. Чаще озлокачиваются  а) гиперпластические полипы  <b>б) аденоматозные полипы</b>  в) ювенильные полипы  г) подслизистые опухоли  д) эозинофильногранулематозные полипы</p> <p>14. Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются  а) визуальные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки  <b>б) очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки</b>  в) обилие слизи  в) множественные петехии  д) папулезность слизистой оболочки</p> <p>15. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является  а) рак желудка  <b>б) язва пилорического отдела желудка</b>  в) мышечная гипертрофия привратника</p>	<p>УК-1,  ПК-1, ПК-2  ПК-4, ПК-5,  ПК-6  ПК-8, ПК-9,  ПК-10</p>

	<p>г) проляпс слизистой оболочки желудка через привратник  д) доброкачественные полипы желудка</p>	
<p><b>Б1.Б.6.1.4.</b>  <b>Заболевания</b>  <b>12 п.к.</b></p>	<p>16. Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются  а) в луковице  <b>б) в нисходящей части</b>  в) в нижней части  г) в луковице и нисходящей части  д) в любом отделе</p> <p>17. Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии  <b>а) сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением</b>  б) сопровождается выраженным дуоденитом  в) сопровождается только перифокальным воспалением  г) сопровождается зиянием привратника  д) снижением моторики пищевода и луковицы ДПК</p> <p>18. Симптом "манной крупы" характерен для  а) язвенной болезни  <b>б) панкреатита</b>  в) целиакии  г) лимфомы  д) рака</p> <p>19. Основной причиной возникновения папиллита служит  а) дискинезия ДПК  б) дискинезия сфинктера большого дуоденального сосочка  в) инфицированное содержимое полости ДПК  <b>г) травматизация слизистой оболочки устья БДС мигрирующими конкрементами</b>  д) холангит</p>	<p>УК-1,  ПК-1, ПК-2,  ПК-4, ПК-5,  ПК-6  ПК-8, ПК-9,  ПК-10</p>
<p><b>Б1.Б.6.1.5.</b>  <b>Заболевания</b>  <b>толстой</b>  <b>кишки</b></p>	<p>20. Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны  а) усиление сосудистого рисунка  <b>б) отек слизистой оболочки</b>  в) сосудистый рисунок не изменен  г) отсутствие слизи на стенках и в просвете кишки  д) наличие крови в просвете кишки</p> <p>21. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется  а) отеком слизистой оболочки  <b>б) отеком подслизистого слоя</b>  в) повышенной контактной кровоточивостью  г) атрофией слизистой  д) усилением сосудистого рисунка</p>	

	<p>22. При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита</p> <p>а) <b>контактная кровоточивость отсутствует</b>  б) контактная кровоточивость слабая  в) диффузная контактная кровоточивость  г) диапедезное кровотечение  д) кровоточивость слизистой оболочки не является критерием НЯК</p> <p>23. Симптом, характерный только для ишемического колита</p> <p>а) симптом "бульжной мостовой"  б) симптом "отпечатков большого пальца"  в) симптом острых углов  г) <b>симптом "листа папоротника"</b>  д) симптом "манной крупы"</p> <p>24. Наиболее частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является</p> <p>а) абсцесс брюшной полости  б) <b>дивертикулит</b>  в) перфорация дивертикула  г) толстокишечная непроходимость  д) заворот сигмовидной кишки</p>
--	--

## 1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Второй этап подготовки – ситуационные задачи (кейс-задания) формирует необходимые компетенции для реализации профессиональных задач.

С ситуационными задачами можно ознакомиться на сайте Методического центра аккредитации специалистов [\(https://fmza.ru/fos\\_primary\\_specialized/\)](https://fmza.ru/fos_primary_specialized/) - раздел **Репетиционный экзамен.**

В случае отсутствия ситуационных задач (кейс-заданий) на портале, ординаторам предоставляется банк задач, размещенный на информационном портале ВолГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

### 1. Примеры типовых ситуационных задач для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.



Раздел дисциплины	Ситуационные задачи	Проверяемые компетенции
<p><b>Б1.Б.6.1.1</b> <b>ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ ЭНДОСКОПИЯ</b></p>	<p><b>ЗАДАЧА 1</b> У больного с портальным циррозом печени развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 3 стадии. Над одним из узлов, в нижней трети пищевода, фиксированный тромб. Подтекание крови из-под тромба нет. <b>Вопрос:</b> Определить оптимальный метод эндоскопического лечения.</p> <p><b>ЗАДАЧА 2</b> У больной 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом. При ЭГДС выявлено: Слизистая пищевода гладкая, бледно-розовая, сосудистый рисунок не просматривается. Кардия на 37 см от резцов, зияет. Зубчатая линия «смазана». Ниже кардии на 25мм дополнительный жом. На волне перистальтики отмечается транскардиальное пролабирование слизистой желудка, последняя гиперемирована, отечна с множественным точечными подслизистыми петехиями. <b>Вопрос:</b> Сформулируйте ваше заключение.</p> <p><b>ЗАДАЧА 3</b> У больного 25 лет, страдающего хроническим панкреатитом, жалобы на боли за грудиной. При ЭГДС обнаружено: слизистая оболочка пищевода в нижней трети белесоватая, утолщенная, по правой и задней стенкам линейные поверхностные дефекты слизистой 8 x 3мм, покрыты белесоватым налетом. Кардия на 38 см от резцов, зияет. <b>Вопрос:</b> Сформулируйте ваше заключение с использованием классификации.</p> <p><b>ЗАДАЧА 4</b> У больного 28 лет, в антральном отделе желудка, по передней стенке выявлено эпителиальное полиповидное образование конусовидной формы 9 x 5 мм на широком основании с сосочковыми разрастаниями. Слизистая его не изменена. При взятии биопсии- ригидность выражена умеренно,</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>

	<p>фрагментации нет, кровоточивость умеренная.  <b>Вопросы:</b>  Сформулируйте заключение.  Определите дальнейшую тактику.</p> <p><b>ЗАДАЧА 5</b>  У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в средней трети тела желудка, по малой кривизне – округлая язва диаметром 20мм, вал выражен, края плотные, вал выражен, дно выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.  <b>Вопросы:</b>  Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest.  Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	
--	---	--

### 3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

Раздел дисциплины	Перечень вопросов
<p><b>Б 1.Б.6.1</b>  <b>«Общие вопросы эндоскопии»</b></p>	<p>14. Основы законодательства здравоохранения и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.</p> <p>15. Общие вопросы организации эндоскопической помощи взрослому населению и детям.</p> <p>16. Организация медицинской помощи в военно-полевых условиях. Роль эндоскопических методов в обследовании больных в военнопольных условиях.</p> <p>17. Профилактика передачи заболеваний во время эндоскопического исследования.</p> <p>18. Вопросы асептики и антисептики в эндоскопии.</p> <p>19. Принципы, приемы и методы обезболивания в эндоскопии.</p> <p>20. Аппаратура и инструментарий, применяемые во время эзофагогастродуоденоскопии. Принципы устройства оборудования.</p> <p>21. Сравнительные преимущества и недостатки моделей эндоскопов. Видеоэндоскопы, видеоприставки, их преимущества и недостатки в сравнении с фиброволоконной оптикой.</p> <p>22. Топографоанатомические особенности строения ротоглотки, пищевода, желудка и 12- перстной кишки. Анатомические ориентиры.</p> <p>23. Возрастные особенности изменений слизистой пищевода, желудка и 12- перстной кишки. Отличительные признаки возрастных</p>

	<p>изменений от патологических.</p> <p>24. Различные способы биопсии. Показания к их применению. Методика выполнения. Возможные осложнения и способы их предупреждения.</p> <p>25. Аппаратура и инструментарий для фиброволоконной и жесткой эзофагоскопии.</p> <p>26. Показания и противопоказания для гибкой и жесткой эзофагоскопии.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1.2</b> <b>«Заболевания пищевода»</b></p>	<p>14. Эзофагиты, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Эндоскопическая семиотика. Классификация.</p> <p>15. Ожоги пищевода. Классификация. Осложнения.</p> <p>16. Кардиоспазм и его эндоскопическое лечение.</p> <p>17. Варикозное расширение вен пищевода. Классификация. Эндоскопическое лечение. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при портальных кровотечениях.</p> <p>18. Кандидозный эзофагит. Этиопатогенез, эндоскопическая семиотика.</p> <p>19. Пищевод Баррета. Этиология, эндоскопическая картина, дифференциальная диагностика.</p> <p>20. Рак пищевода. Классификация. Эндоскопическая диагностика, диффе</p> <p>21. Дивертикулы пищевода (Дивертикул Ценкера). Классификация, патогенез, диагностика, эндоскопические признаки. Возможные осложнения.</p> <p>22. Синдром Меллори-Вейсса. Эндоскопическая диагностика. Местный гемостаз.</p> <p>23. Доброкачественные подслизистые опухоли пищевода. Дифференциально-диагностические признаки доброкачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей пищевода.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1.3</b> <b>«Заболевания желудка»</b></p>	<p>24. Показания и противопоказания к эзофагогастродуоденоскопии. Подготовка, способы обезболивания. Методика выполнения.</p>

	<p>Осложнения ЭГДС, их профилактика и лечение.</p> <p>25. Эндоскопическая диагностика гастритов. Классификация. Показания к биопсии.</p> <p>26. Эрозии желудка, классификация, диагностика, диф. диагностика, эндоскопическая картина.</p> <p>27. Гастропатии. Классификация, этиопатогенез, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>28. Язвенная болезнь желудка. Эндоскопическая диагностика. Показания к оперативному лечению. Возможности эндоскопического лечения.</p> <p>29. Гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Эндоскопическая диагностика. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки гастродуоденальных кровотечений.</p> <p>30. Инородные тела желудка. Диагностика, способы извлечения.</p> <p>31. bezoary желудка. Эндоскопическая диагностика, лечение.</p> <p>32. Полипоз желудка. Эндоскопическое лечение. Показания к длительному динамическому лечению.</p> <p>33. Отдаленные результаты эндоскопической полипэктомии. Рецидивные и резидуальные полипы. Причины их образования и особенности удаления резидуальных полипов.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1.4</b>  <b>«Заболевания</b>  <b>12 п.к.»</b></p>	<p>34. Бульбит. Классификация, эндоскопическая семиотика.</p> <p>35. Язвенная болезнь 12 п.к.. Эндоскопическая диагностика. Показания к оперативному лечению. Возможности эндоскопического лечения.</p> <p>36. Осложнения язвы луковицы. 12 п.к. Классификация, диагностика, выбор лечебной тактики.</p> <p>37. Методы эндоскопического гемостаза. Инструментарий, техника.</p> <p>38. Дуоденальные кровотечения. Классификация. Эндоскопическая диагностика. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки дуоденальных кровотечений</p> <p>39. Заболевания БДС. Клиника, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>40. Показания, противопоказания и подготовка больных к</p>

	эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения. Неудачи и осложнения. Профилактика осложнений.
<b>Б 1.Б.6.1.5 «Заболевания толстой кишки»</b>	<p>41.Ректосигмоскопия. Показания и противопоказания, подготовка больных. Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения. Неудачи и осложнения.</p> <p>42.Колоноскопия. Показания и противопоказания. Аппаратура и инструментарий. Неудачи, ошибки и осложнения. Их причины, профилактика.</p> <p>43. Эндоскопическая семиотика воспалительных заболеваний толстой кишки.</p> <p>44. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Диагностика, клиническая картина, эндоскопическая семиотика, возможные осложнения</p> <p>45. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли толстой кишки. Классификация. Эндоскопическая семиотика, лечение.</p> <p>46. Рак толстой кишки. Классификация. Эндоскопическая семиотика. Дифференциальная диагностика опухолевых поражений толстой кишки.</p> <p>47. Полипы толстой кишки. Классификация. Эндоскопическая семиотика. Эндоскопическая полипэктомия. Показания, противопоказания. Методика выполнения. Неудачи и осложнения.</p> <p>48. Воспалительные заболевания толстой кишки. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, эндоскопическая семиотика.</p>
<b>Б 1.Б.6.1.5 «Заболевания нижних отделов дыхательных путей»</b>	49.Показания и противопоказания к бронхоскопии. Техника выполнения. Методы обезболивания. Возможные осложнения.
	50.Обструктивные бронхиты. Диагностика, эндоскопическая семиотика.

	51.Доброкачественные образования трахеобронхиального дерева. Диагностика, клиническая картина, эндосемиотика.
	52.Злокачественные образования трахеобронхиального дерева. Диагностика, клиническая картина, эндосемиотика.
	53.Возможности лечебной бронхоскопии при ЗНО трахеобронхиального дерева.
	54.Инородные тела трахеобронхиального дерева. Техника выполнения. Инструментарий.
	55. Санационная бронхоскопия. Техника выполнения.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b><i>Б 1.В.ОД.2.1</i></b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»	1.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение 2.Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение. Диспансерное наблюдение.
<b><i>Б 1.В.ОД.2.2</i></b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки»	1.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение 2.Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение. Диспансерное наблюдение 3.Хронический гастрит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение Особые формы гастритов. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение 4.Принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация). Диспансерное наблюдение
<b><i>Б 1.В.ОД.2.3</i></b> Раздел 3 «Заболевания тонкого и толстого кишечника»	1.Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение 2.Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение 3.Неспецифический язвенный колит. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Диспансерное наблюдение 4.Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. Диспансерное наблюдение

	5.Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. Диспансерное наблюдение.
<p align="center"><b>Б 1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>1.Опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>2.Опухоли желудка. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>3.Опухоли тонкой кишки.Этиология. Класификация. Клиника. Диагностики. Принципы терапии.</p> <p>4.Опухоли толстой кишки. Добракачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.</p>

**Банк тестовых заданий (с ответами);**

<p align="center"><b>Б 1.В.ОД2.1</b> Раздел 1 «Заболевания пищевода»</p>	<p>1.Пищевод Баррета – это:</p> <p><b>а. замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии</b></p> <p>б. замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием</p> <p>в. эрозивно-язвенное поражение пищевода</p> <p>г. аденокарцинома пищевода</p> <p>д. атрофия слизистой оболочки пищевода</p> <p>2. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:</p> <p><b>а. эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом</b></p> <p>б. хронической пневмонией</p> <p>в. язвенной болезнью желудка</p> <p>г. хроническим активным пангастритом</p> <p>склеродермией</p> <p>3. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:</p> <p><b>а. рефлюксу желудочного содержимого в пищевод</b></p> <p>б. эзофагиту</p> <p>в. снижению защитных свойств слизистой</p> <p>г. нарушению микроциркуляции</p> <p>д. нарушению регенерации</p> <p>4.Механизм замыкания кардии обусловлен:</p> <p><b>а. пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)</b></p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>б. автоматизмом кардии</li> <li>в. верхней зоной повышенного давления в пищеводе</li> <li>г. внутрибрюшным давлением</li> <li><b>д. правильные ответы а. и б</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.В.ОД.2.2</b> Раздел 2 «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки»</p>	<p>5.У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. рефлюкс-гастрит</li> <li><b>б. язвенная болезнь</b></li> <li>в. гипертрофия мышц привратника</li> <li>г. пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку</li> </ul> <p>доброкачественный полип желудка</p> <p>6.Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. локализация язвы</li> <li>б. величина язвы</li> <li><b>в. отсутствие рецидивирующего течения</b></li> <li>г. кровотечение</li> <li>д. часто пенетрируют</li> </ul> <p>7.К этиологическим факторам язвенной болезни относят:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. алкоголь</li> <li>б. никотин</li> <li>в. нарушения питания</li> <li>г. стресс</li> <li><b>д. хеликобактер пилори</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> Раздел 3 «Заболевания тонкого и толстого кишечника»</p>	<p>8.Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. прямой кишке</li> <li><b>б. сигмовидной кишке</b></li> <li>в. нисходящей кишке</li> <li>г. поперечно-ободочной кишке</li> <li>д. слепой кишке</li> </ul> <p>9.При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а. слизистая оболочка</b></li> <li>б. слизистая и подслизистая оболочки</li> <li>в. серозная оболочка</li> <li>г. вся стенка кишки</li> <li>д. мышечный слой кишки</li> </ul> <p>10.Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. болезни Крона</li> <li>б. дивертикулите толстой кишки</li> <li><b>в. неспецифическом язвенном колите</b></li> <li>г. врожденной долихосигме</li> <li>д. полипозе толстой кишки</li> </ul> <p>11. При неспецифическом язвенном колите</p>



	<p>диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. увеличение диаметра кишки</li> <li>б. множественные гаустрации</li> <li>в. вид «булыжной мостовой»</li> <li>г. мешковидные выпячивания по контуру кишки</li> <li><b>д. изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки</b></li> </ul> <p>12. При болезни Крона чаще поражается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. пищевод</li> <li>б. желудок</li> <li><b>в. подвздошная кишка</b></li> <li>г. аппендикс</li> <li>д. прямая кишка</li> </ul> <p>13. Патологический процесс при гранулематозном колите чаще развивается в:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. слизистой оболочке</li> <li><b>б. подслизистом слое</b></li> <li>в. мышечном слое</li> <li>г. субсерозном слое</li> <li>д. серозном слое</li> </ul>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.4</b> Раздел 4 «Онкогастроэнтерология»</p>	<p>14. В дифференциальной диагностике злокачественной язвы от доброкачественной можно использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. локализацию язвы</li> <li>б. размеры</li> <li>в. глубину</li> <li>г. кровоточивость</li> </ul> <p><b>морфологию</b></p> <p>15. Ведущий симптом рака пищевода:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. тупые боли в груди</li> <li>б. приступы кашля</li> <li>в. осиплость голоса</li> <li>г. лихорадка</li> <li><b>д. дисфагия</b></li> </ul>

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки»</p>	<p><b>Ситуационная задача 1 (Язвенная болезнь)</b></p> <p>Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная.</p> <p>Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный,</p>
---	---

густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9$  /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натошак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 2 (Язвенная болезнь)**

Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
6. Определите дальнейшую тактику ведения при данной патологии.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 3 (Язвенная болезнь)**

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натошак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 32,0 кг/м<sup>2</sup>.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

**Ситуационная задача 4 (Язвенная болезнь желудка)**

К врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет с жалобами на интенсивные боли после приема пищи в эпигастральной области через 30-60 минут и проходящих через 1-2 часа, изжогу, тошноту, однократную рвоту на высоте болей, приносящую облегчение.

Считает себя больным около 15 лет, когда появились неинтенсивные боли в подложечной области, возникавшие после приема пищи. Амбулаторно был диагностирован хронический поверхностный гастрит. Боли продолжались 2-3 недели, после чего проходили. В дальнейшем возникали ежегодно в осенне-весенний период.

При рН-метрии выявлено повышение кислотности желудочного содержимого. Лечился амбулаторно, старался соблюдать диету. При болях принимал Ранитидин (30 мг сутки). Настоящее обострение началось в марте, длится уже 3 недели. Курит в течении 8 лет по 15 сигарет в день.

При пальпации определяется локальная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Опенховского (боль при поколачивании остистых отростков VII-XII позвонков).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями желудка необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования могут быть выполнены для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каково стандартное лечение данного заболевания (с указанием доз и кратности введения)?
5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
6. Определите тактику ведения больного.
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 5 (рефлюкс-гастрит)**

Пациентка А. 38 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с

	<p>жалобами на горечь во рту, возникающую преимущественно в утренние часы, ощущение дискомфорта в области эпигастрия, чувство быстрого насыщения; после погрешностей в диете беспокоит тошнота, метеоризм.</p> <p>Из анамнеза известно, что 2 года назад перенесла холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. Подобные жалобы беспокоят в течение года. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налётом у корня. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области.</p> <p>В клиническом анализе крови: эритроциты - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты - <math>347 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>8,7 \times 10^9/л</math>, СОЭ - 12 мм/ч.</p> <p>В биохимическом анализе крови: АЛТ - 28 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, амилаза - 77 Ед/л, щелочная фосфатаза - 80 Ед/л.</p> <p>Выполнено ФГДС: слизистая желудка умеренно отечна, гиперемирована в антральном отделе. Перистальтика активная. Желудок хорошо расправляется воздухом. Привратник зияет. В просвете желудка определяется небольшое количество желчи.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.</li> <li>2. Каков патогенез описанных проявлений?</li> <li>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?</li> <li>4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?</li> <li>5. Сформулируйте план лечения.</li> <li>6. Определите тактику ведения больного.</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
--	--

## 1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИНЕКОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.В.ОД.2.1</b> Гинекология</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Анатомо-физиологические особенности половых органов женщин в различные возрастные периоды.</li> <li>2.Методы обследования гинекологических больных. Особенности гинекологического исследования девочек.</li> <li>3.Аномальные маточные кровотечения в ювенильном, репродуктивном, пременопаузальном и климактерическом периодах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.</li> <li>4.Миома матки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, принципы лечения. Профилактика. Реабилитация. Саркома матки.</li> <li>5.Эндометриоз. Теории возникновения эндометриоза. Классификация. Клиника диагностика, принципы лечения. Профилактика. Реабилитация.</li> <li>6.Опухоли и опухолевидные образования яичников. Этиология, патогенез. Гистологическая классификация, клиника, диагностика, лечение.</li> <li>7.Рак яичников. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика.</li> <li>8.Гиперпластические процессы эндометрия. Этиология, патогенез.</li> </ol>
--	---

	<p>Классификация, клиника, диагностика, методы лечения в возрастном аспекте. Профилактика.</p> <p>9. Рак эндометрия. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Профилактика.</p> <p>10. Пороки развития половых органов, инфантилизм, дисгенезия гонад (клинические проявления, диагностика, методы коррекции).</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами);**

<p><b>Б 1.В.ОД2.1</b> Гинекология</p>	<p>1. У пациентки 58 лет (менопауза 6 лет) по УЗИ выявлен полип эндометрия (рецидивирующий). Из экстрагенитальной патологии: Гипертоническая болезнь II, риск 2. Тактика?</p> <p>А. Лапаротомия, гистерэктомия  Б. Назначение прогестинов  В. Назначение агонистов ГнРГ  Г. Гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание  <b>Д. Гистерорезекция полипа эндометрия</b></p> <p>2. У пациентки 41 года с множественной миомой матки небольших размеров после гистероскопии выявлена сложная гиперплазия эндометрия с атипией. Тактика?</p> <p>А. Оперативное лечение  <b>Б. Консервативная терапия агонистами ГнРг</b>  В. Консервативная терапия прогестинами  Г. Консервативная терапия КОК</p> <p>3. Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте составляет:</p> <p>А. 7-8 см;  Б. 9-10 см;  <b>В. 10-12 см;</b>  Г. 15-18 см;  Д. 19-20 см.</p> <p>4. Наиболее информативным методом выявления непроходимости маточных труб является:</p> <p>А. гистеросальпингография;  Б. пневмопельвиография;  В. кульдоскопия;  <b>Г. лапароскопия с хромогидротубацией;</b>  Д. кимографическая пертубация.</p> <p>5. К эндоскопическим методам исследования в гинекологии не относится:</p>
---	---

- A. гистероскопия;
- B. кольпоскопия;
- C. кульдоцентез;**
- D. лапароскопия;
- E. кульдоскопия

6. Показаниями к проведению лапароскопии у больных с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков являются

- A) местный перитонит
- B) дренирование полости малого таза
- B) невозможность исключить миому матки
- Г) невозможность исключить разрыв гнойных образований придатков матки
- Д) невозможность исключить инфекционную природу воспаления**

7. Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме

- а) болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости
- б) цирроза печени
- в) ретенционных кист яичников
- г) псевдокист поджелудочной железы
- д) папиллярных серозных кистом яичников**

8. Аспирационная биопсия при лапароскопии информативна в случае

- а) хронического гепатита
- б) цирроза печени
- в) эндометридных кист яичников**
- г) абдоминальной формы лимфогранулематоза
- д) аденомиоза матки

9. Показаниями для лапароскопической хромосальпингоскопии является

- а) определение проходимости маточных труб
- б) выявление узлов маточных труб
- в) определение вида лечения больного с бесплодием
- г) определение объема предполагаемого оперативного

лечения

**д) установление возможного нарушения моторики маточных труб**

10. Показаниями к плановой кульдоскопии является все перечисленное, кроме

- а) подозрения на опухоль внутренних половых органов
- б) уточнения диагноза склерокистоза яичников
- в) уточнения проходимости маточных труб при

неясных данных гистеросальпингографии

г) спаечного процесса в малом тазу

д) выявления уровня окклюзии при частично непроходимых маточных трубах

11. Показаниями к плановой кульдоскопии являются все перечисленные, кроме

а) уточнения характера аномалий развития гениталий

б) фиксированной ретрофлексии матки

в) выявления причин стойких тазовых болей неясной этиологии

г) необходимости контроля при бужировании маточных труб во время гистероскопии

д) необходимости биопсии яичников

12. Показаниями к экстренной кульдоскопии являются все перечисленные, за исключением

а) подозрения на разрыв кисты яичника

б) подозрения на перекрут ножки кисты или кистомы яичника

в) подозрения на апоплексию яичника

г) подозрения на трубную беременность

д) подозрения на острый аппендицит

13. Показаниями к экстренной кульдоскопии являются все перечисленные, кроме

а) подозрения на перфорацию матки

б) подозрения на непроникающий разрыв матки после родов

в) подозрения на болезнь Крона

г) отсутствия эффекта от консервативной терапии при остром воспалении придатков матки в течение 12-48 ч

д) подозрения на разрыв пиосальпинкса

14. К ограничениям кульдоскопии относятся все перечисленные, исключая

а) спаечный процесс в дугласовом пространстве

б) ограниченные возможности проведения диагностических манипуляций

в) ограниченные возможности проведения лечебных мероприятий

г) спаечный процесс в брюшной полости

д) ограниченные показания

15. Противопоказаниями к кульдоскопии являются все перечисленные, исключая

а) фиксированную ретрофлексию матки

б) обширный спаечный процесс в прямокишечно-

маточном пространстве

в)опухолевые образования малого таза

**г)спаечный процесс в брюшной полости**

д)легочно-сердечную патологию в стадии

декомпенсации

16.Оптимальное положение больной на операционном столе во время кульдоскопии

а)горизонтальное

б)положение Тренделенбурга

в)на левом боку

г)на правом боку

**д)коленно-грудное положение**

17.Кульдоскоп вводится через

а)передний свод влагалища

**б)задний свод влагалища**

в)правую нижнюю точку Калька

г)левую нижнюю точку Калька

д)точку Мак-Бурнея

18.Биопсию яичников во время кульдоскопии производят при всех перечисленных состояниях, за исключением

а)подозрения на функциональную неполноценность яичников при гормональном бесплодии

б)уточнения диагноза склерокистозных яичников

в)подозрения на дисгенезию

**г)воспаления яичника**

д)уточнения гистологического диагноза при распространенном раковом процессе и туберкулезе гениталий

19.К техническим особенностям биопсии яичника относятся все перечисленные, за исключением

**а)введения маточного зонда и смещение матки кзади**

б)смещения матки кпереди с помощью маточного зонда

в)отведения от яичника прилежащих органов с помощью манипулятора

г)биопсии из латерального полюса яичника

д)биопсии из верхнего края яичника

20.Гистероскопия с использованием жидких сред применяется во всех перечисленных случаях, за исключением

**а)контроля за качеством диагностического выскабливания**

б)злокачественных образований тела матки

в)проведения манипуляций внутри матки с применением электрокоагуляции



	<p>г)деформации и эрозии шейки матки  д)прорастания миометрия раковой опухолью, когда есть возможность разрыва матки</p> <p>21.Гистероскопия с использованием углекислого газа применяется во всех перечисленных случаях, за исключением</p> <p>а)диагностики внутриматочной патологии  б)когда не требуется специального обезболивания  в)применения в амбулаторных условиях  г)<b>деформации и разрывов шейки матки с применением адаптера</b>  д)для осуществления манипуляций внутри матки с применением электрокоагуляции</p> <p>22.Абсолютными показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме</p> <p>а)нарушения ритма менструаций  б)<b>бесплодия при отсутствии клинических и других признаков</b> патологии в полости матки  в)миомы матки любой локализации  г)лигатуры в полости матки после операций кесарева сечения  д)внутриматочной спирали в полости матки после безуспешных попыток ее удаления</p> <p>23.Диагностическая гистероскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая</p> <p>а)дисфункциональные маточные кровотечения или кровяные выделения в период менопаузы  б)подозрение на подслизистую миому матки, аденомиоз  в)подозрение на рак эндометрия  г)аномалии развития матки  д)<b>подозрение на опухолевые поражения придатков</b></p> <p>24.Гистероскопия позволяет с большей точностью выявить все перечисленные заболевания, кроме</p> <p>а)аденомиоза  б)<b>железисто-кистозной гиперплазии</b>  в)аденоматоза  г)рака эндометрия</p> <p>25.Оптимальный срок для осмотра устья маточных труб</p> <p>а)фаза пролиферации  б)фаза секреции  в)середина цикла  г)менструация  д)<b>любая фаза менструального цикла</b></p>
--	--

**Б 1.В.ОД.2.3**  
Гинекология

### **Задача 1**

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При двуручном ректо - абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа - не увеличены, безболезненные. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? План ведения?

Ответ: Диагноз: Апоплексия левого яичника.

План ведения: УЗИ - при обнаружении жидкости в дугласовом пространстве меньше 100 мл и отсутствии образования, исходящего из левого яичника, ведение консервативное (лед на живот, спазмолитики), контрольное УЗИ. При обнаружении при УЗИ больше 100 мл жидкости – лапароскопия

### **Задача 2**

Больная 16 лет, поступила в стационар по направлению врача женской консультации с жалобами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация - с задержкой на 6 дней. При осмотре: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитонеальных симптомов нет, АД 100/70 мм. рт. ст., пульс 100 уд/мин. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболезненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, болезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования?

Дифференциальный диагноз? Диагностика, тактика ведения?

Ответ: Диагноз: Дисфункция яичников репродуктивного периода. Внематочная беременность? Апоплексия правого яичника?

Дополнительные методы:

- 1) Тест на ХГ,
- 2) Общеклиническое обследование

3) УЗИ малого таза

4) Лапароскопия

При наличии внутрибрюшного кровотечения - оперативное лечение.

### **Задача 3**

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.

Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования?

Ответ: Диагноз: Внематочная беременность.

Тактика:

1) УЗИ малого таза

2) Тест на ХГ

3) Лечебная лапароскопия.

### **Задача 4**

Больная 27 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на скудные, кровяные выделения из половых путей в течение 10 дней после задержки менструации на 12 дней. В анамнезе вторичное бесплодие 7 лет. Общее состояние удовлетворительное, пульс 74 уд/мин., АД 120/70 мм. рт. ст., живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. При гинекологическом осмотре матка несколько больше нормы, безболезненная при пальпации, слева и сзади от матки определяется нечеткое образование 4х6 см. мягкой консистенции, болезненное при исследовании, правые придатки несколько утолщены, безболезненны при пальпации, своды свободные.

Диагноз? План обследования и ведения.

Ответ: Диагноз: Хронический двухсторонний сальпингофорит, спаечный пельвиоперитонит.

Нарушенная внематочная беременность.

Тактика:

1) Тест на ХГ

2) УЗИ малого таза

3) Клинический анализ крови, группа крови, Rh фактор

4) оперативная лапароскопия

### **Задача 5**

Больная 15 лет, жалуется на ноющие боли в низу живота циклического характера в течение 6 месяцев, запоры. Состояние удовлетворительное. Половую жизнь отрицает.

	<p>Телосложение правильное. Вторичные половые признаки развиты. При осмотре - наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Обнаружено отсутствие физиологического отверстия девственной плевы и ее напряжение.</p> <p>Диагноз? План ведения?</p> <p>Ответ: Диагноз: Порок развития - неполная перегородка матки. Привычное невынашивание.</p> <p>План ведения: клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включая УЗИ, гистеросальпингографию, раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии.</p> <p>Лечение: оперативная гистероскопия (резектоскопия) - иссечение перегородки в полости матки.</p>
--	---

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b><i>Б 1.В.ОД.2.1</i></b> Колопроктология</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация колопроктологической службы в России.</li> <li>2. Правовые аспекты медико-социальной работы в проктологии.</li> <li>3. Классификация доброкачественных опухолей толстой кишки</li> <li>4. Диффузный полипоз толстой кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.</li> <li>5. Классификация рака ободочной кишки</li> <li>6. Рак слепой кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>7. Рак восходящего отдела ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>8. Рак поперечно-ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>9. Рак нисходящего отдела ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>10. Рак сигмовидной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>11. Первично множественный рак ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>12. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.</li> <li>13. Клиника неспецифического язвенного колита. Симптомы. Локализация и степень тяжести поражений. Течение и прогноз.</li> <li>14. Дифференциальная диагностика между болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом.</li> <li>15. Инородные тела прямой кишки. Диагностика. Лечение.</li> </ol>
--	---

	16. Аномалии расположения, фиксации толстой кишки. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами);**

<p><b><i>Б 1.В.ОД2.1</i></b> Колопроктология</p>	<p>1. Выделение "алой" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. геморроя</li> <li>• 2. раковой опухоли правых отделов толстой кишки</li> <li>• 3. раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке</li> <li>• 4. злокачественной опухоли сигмовидной кишки</li> <li>• 5. синдрома раздраженной толстой кишки</li> </ul> <hr/> <p>2. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. на правом или левом боку</li> <li>• 2. на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу</li> <li>• 3. коленно-локтевое положение</li> <li>• 4. положение больного на спине в гинекологическом кресле</li> <li>• 5. лежа на спине в постели</li> </ul> <hr/> <p>3. При раке прямой кишки одним из первых клинических проявлений бывает, как правило</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. боль в крестце</li> <li>• 2. выделение крови при дефекации</li> <li>• 3. общая слабость</li> <li>• 4. кишечная непроходимость</li> <li>• 5. анемия</li> </ul> <hr/> <p>4. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. анемия</li> <li>• 2. нарушение выделительной функции толстой кишки</li> <li>• 3. нарушение кишечной проходимости</li> <li>• 4. боли в животе</li> <li>• 5. общая слабость</li> </ul> <hr/> <p>5. Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило "циферблата часов". При этом аноскопическая область соответствует</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. всегда 6-ти часам по циферблату</li> </ul>
--	--

- 2. 6-ти часам только при положении пациента на спине
- 3. 6-ти часам только положение пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- 4. 9-ти часам при положении пациента на левом боку
- 5. 9-ти часам при положении пациента на правом боку

6. Диагностическими задачами ректороманоскопии являются: 1. определение характера патологического процесса 2. определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки 3. оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки 4. биопсия 5. взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

7. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1. ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки 2. рабочие части ректоскопа должны быть теплыми и хорошо смазаны вазелином 3. введение тубуса с мандреном в задний проход не должно быть грубым 4. ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой 5. тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

8. В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1. позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия 2. протяженность осмотра 3. причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру 4. тип ректоскопа 5. выявленные находки, их локализацию в см при введении ректоскопа в соответствии с правилом "циферблата часов" Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

9. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1. геморроя 2. анальных трещин 3. криптита 4. язвенного проктита 5. новообразований прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3

- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

10. При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является

- 1. кровотечение струйкой в конце акта дефекации
- 2. выделение крови в конце акта дефекации каплями
- 3. слизисто-кровянистые выделения из ануса
- 4. выделение малых порций алой крови
- 5. "стулобоязнь"

11. Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является

- 1. наличие анальной трещины
- 2. подозрение на рак нижеампулярного отдела прямой кишки
- 3. атрезия заднего прохода
- 4. травма прямой кишки
- 5. кишечное кровотечение

12. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять

- 1. наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- 2. пальцевое исследование прямой кишки
- 3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
- 4. колоноскопию
- 5. ректороманоскопию

13. Сосудистый рисунок слизистой оболочки при излечении язвенного колита при осмотре в режиме NBI выглядит как:

- А. зеленые сосуды глубокого слоя, коричневые сосуды поверхностного слоя
- Б. коричневые сосуды глубокого слоя, зеленые сосуды поверхностного слоя
- В. сосуды поверхностного и глубокого слоев зеленого цвета
- Г. сосуды поверхностного и глубокого слоев коричневого цвета

14. Слизистая оболочка в стадии обострения язвенного колита при стандартной колоноскопии характеризуется:

- А. усилением сосудистого рисунка
- Б. исчезновением сосудистого рисунка
- В. отсутствием контактной/спонтанной кровоточивости
- Г. изменением рельефа по типу «булыжной мостовой»

15. Какой метод исследования служит стандартом для определения высоты локализации опухоли прямой кишки?

- А. колоноскопия
- Б. ректороманоскопия
- В. аноректальная манометрия
- Г. эвакуационная дефекография

16. «Золотым стандартом» диагностики анатомических

	<p>изменений заднего отдела тазового дна является:</p> <p>А. осмотр  Б. колоноскопия  В. ирригоскопия  Г. динамическая уз-дефекография  Д. рентгендефекография</p> <p>17. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является</p> <p>А) кишечное кровотечение  Б) токсическая дилатация толстой кишки  В) отсутствие эффекта от консервативной терапии  Г) перфорация толстой кишки  Д) учащение стула до 5-6 раз в сутки</p> <p>18. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает:</p> <p>А) формирования инвагината из выведенного фрагмента под вздошной кишки  Б) ушивания «окна» между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала  В) подшивания серозной оболочки кишки к коже  Г) подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине  Д) подшивания париетальной брюшины к коже</p>
--	--

### **Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> Колопроктология</p>	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 1</b></p> <p>Больной С., 46 лет, после акта дефекации отмечает неприятные ощущения, зуд, а области анального канала, кровотечение с выделением крови алого цвета несмешанного с калом. При объективном исследовании во время натуживания ниже линии Хилтона, в проекции «7 часов» определяется опухолевидное образование продолговатой формы с изъязвлениями в области верхушки и следами геморрагии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз?</li> <li>2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?</li> <li>3. Назначьте консервативное лечение.</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Хронический наружный геморрой. Геморроидальное кровотечение.</li> <li>2.Полипом прямой кишки, анальной трещиной, выпадением прямой кишки..</li> <li>3. диета (исключить соленое, острое, кислые блюда, спиртное), спазмолитики, анальгетики,</li> </ol>
--	--



	<p>местно свечи с экстрактом ромашки, ванночки со слабым раствором марганцовки, гемостатические препараты (викасол, дицинон, хлорид кальция)</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 2</b></p> <p>Больной З., 18 лет предъявляет жалобы на интенсивные, острые боли в области промежности, усиливающиеся при натуживании, акте дефекации, повышение Т тела до 39,0, озноб. При осмотре анальной области отмечается гиперемия кожи справа от ануса, отечность и выбухание тканей, при пальпации резкая болезненность и флюктуация.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?</li> <li>3. Какова тактика лечения данного пациента?</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый подкожный паропроктит.</li> <li>2. Абсцесс промежности, фурункул промежности</li> <li>3. Вскрытие и дренирование гнойника из полулунного разреза под общим обезболиванием.</li> </ol>
	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 3</b></p> <p>Больной И., 30 лет, предъявляет жалобы на наличие свища с гнойным отделением в области промежности, существующего около года. При осмотре, на коже промежности обнаружен свищ с небольшим гнойным отделяемым и мацерацией кожи вокруг него. При пальпации выявляется в подкожной клетчатке плотный тяж.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Назначьте консервативное лечение.</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хронический парапроктит. Свищевая форма.</li> <li>2. Диетотерапия (регуляция стула): <ul style="list-style-type: none"> <li>- сидячие теплые ванны</li> <li>восходящий душ</li> <li>промывание свищевых ходов антибиотиками;</li> <li>геморроидальные свечи;</li> </ul> </li> </ol>

микrokлизмы с облепиховым маслом.

#### Задача № 4

Больной 40 лет страдает хроническим геморроем в течение 6 лет. 2 суток назад после приема алкоголя и острой пищи появились резкие боли в области заднего прохода, усиливающиеся при кашле, движении. При осмотре в области анального отверстия на "7" часах - увеличенный, синюшного цвета геморроидальный узел, резко болезненный при пальпации.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительных методов обследования

Ответ:

1. Острый геморрой, тромбоз геморроидального узла.
2. Пальцевое исследование, anosкопия и ректоскопия из-за выраженной болезненности не применяются.

#### Задача № 5

Больной Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки в ампулярном ее отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см. с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите хирургическую тактику в данном случае

Ответ:

1. Полипы прямой кишки.
2. При морфологическом подтверждении показано оперативное лечение (удаление полипа):- Эндоскопическая папилэктомия с электрокоагуляцией ножки;- Трансанальное иссечение полипов с наложением швов на рану слизистой.

	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 6</b></p> <p>Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры сменяющиеся поносами.</p> <p>При исследовании recti на расстоянии 8 см от ануса на 6 часах определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае?</li> </ol> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Рак прямой кишки.</li> <li>2.Брюшноанальная резекция.</li> </ol>
	<p style="text-align: center;"><b>Задача № 7</b></p> <p>У мужчины 30 лет стул более 9 раз в сутки с примесью крови и слизи, боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении и инфекционных заболеваний не обнаружено. Анамнез: кровь в кале в течение 3 мес., к врачу не обращался. При осмотре кожные покровы бледные. Рост 175 см, вес 58 кг. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм.</p> <p>Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Анализ крови: эр. 3,2 x 10<sup>12</sup>; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейкоц.7,0 x Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный. ФГДС: Желудок: слизистая зернистая, складки, свободно расправляются воздухом, содержимое с примесью желчи. При колоноскопии слизистая нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Ведущий синдром? 2.Дифференциальный диагноз?</li> <li>3.Методы дополнительного обследования? 4.Лечение?</li> </ol>

	<p>Задача № 8</p> <p>Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию.</p> <p>При осмотре выявлена бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 ударов в минуту и боль при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. Анализ крови следующие: гемоглобин 90 и выше, лейкоциты 10,8, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии выявлена сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. Толстая кишка спазмирована, имеется контактная кровоточивость, осмотр затруднён.</p> <p>1. Ведущий синдром?</p> <p>2. Дифференциальный диагноз?</p> <p>3. Методы дополнительного обследования?</p> <p>4. Лечение?</p>
--	---

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><b>Б 1.В.ОД.2.1</b> Раздел 1 Общая онкология</p>	<p>1. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.</p> <p>2. Канцерогенные факторы окружающей среды. Курение и рак;</p> <p>3. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению;</p> <p>4. Облигатные и факультативные предраковые заболевания, их лечение.</p> <p>5. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике рака. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований;</p> <p>6. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы забора материала для цитологического и гистологического исследований;</p>
---	--

<p><b>Б 1.В.ОД.2.2</b> Раздел 2 Частная онкология</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опухоли средостения. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>2. Опухоли плевры. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.</li> <li>3. Опухоли пищевода. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>4. Опухоли легких. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>5. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки. Клиника, диагностика и лечение рака большого дуоденального соска.</li> <li>6. Рак поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>8. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.</li> <li>9. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста. Принципы диагностики и лечения.</li> </ol>
---	---

**Банк тестовых заданий (с ответами);**

<p><b>Б 1.В.ОД2.1</b> Раздел 1 Общая онкология</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Злокачественные опухоли характеризуются       <ol style="list-style-type: none"> <li>а) наличием капсулы</li> <li><b>б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани</b></li> <li><b>в) снижением силы сцепления клеток</b></li> <li>г) оттеснением окружающих тканей</li> </ol> </li> <li>2. Доброкачественные опухоли характеризуются       <ol style="list-style-type: none"> <li>а) способностью метастазировать</li> <li>б) неконтролируемым инфильтративным ростом</li> <li><b>в) высокой дифференцировкой клеток</b></li> <li>г) наличием капсулы</li> </ol> </li> <li>3. Первое место по вкладу факторов в развитие рака занимает:       <ol style="list-style-type: none"> <li>а) курение</li> <li><b>б) питание</b></li> <li>в) метаболиты гормонов репродуктивных органов</li> <li>г) алкоголь</li> <li>д) инсоляция</li> </ol> </li> <li>4. Основные причины «запущенности» онкологической патологии       <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а) позднее обращение больных к врачу</b></li> <li><b>в) отсутствие онкологической настороженности врачей</b></li> <li><b>б) неполное обследование больных</b></li> <li><b>г) ошибки при морфологическом исследовании</b></li> </ol> </li> <li>5. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относятся       <ol style="list-style-type: none"> <li><b>а) лечение предраковых состояний</b></li> <li><b>б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями</b></li> <li>в) проведение мероприятий по улучшению экологии</li> <li><b>г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов</b></li> </ol> </li> <li>6. Что такое комбинированное лечение       <ol style="list-style-type: none"> <li>а) паллиативная операция в сочетании с пред- либо послеоперационной лучевой терапией</li> <li><b>б) радикальная операция в сочетании с пред- либо</b></li> </ol> </li> </ol>
--	---

	<p><b>послеоперационной лучевой терапией</b></p> <p>в) лучевая терапия. Операция через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли</p> <p>г) операция, лучевая терапия через 8 месяцев по поводу рецидива</p>
<p><b>Б 1.В.ОД.2.2</b> Раздел 2 Частная онкология</p>	<p>7. У больного 43 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани Ia ст. с поражением левой голосовой связки</p> <p><b>а) провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию</b></p> <p>б) провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией</p> <p>в) провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией</p> <p>г) выполнить ларингэктомию</p> <p>8. Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIа ст., с преимущественно экзофитной формой роста. Проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически полное исчезновение опухоли. Ему следует</p> <p>а) выполнить резекцию гортани</p> <p>б) выполнить ларингэктомию</p> <p><b>в) продолжить лучевую терапию по радикальной программе</b></p> <p>г) наблюдать</p> <p>9. Характерные проявления начальных форм рака пищевода</p> <p><b>а) чувство царапания за грудиной или прилипания при проглатывании</b></p> <p>б) осиплость голоса</p> <p>в) гиперсаливация</p> <p>г) дисфагия I-II степени</p> <p>10. Какой метод является основным для лечения резектабельного рака пищевода III стадии</p> <p>а) лучевая терапия</p> <p>б) хирургический</p> <p>в) химио-иммунотерапия</p> <p><b>г) комбинированный</b></p> <p>11. Какая морфологическая форма наиболее часто встречается при раке пищевода</p> <p>а) аденокарцинома</p> <p>б) меланома</p> <p><b>в) плоскоклеточный рак</b></p> <p>г) аденоакантома</p> <p>12. Рак желудка может возникнуть на фоне:</p> <p><b>а) язвы желудка</b></p> <p><b>б) гастрита</b></p> <p><b>в) полипов</b></p> <p>г) здоровой слизистой желудка</p> <p>13. Рак желудка IV стадии характеризуется</p> <p>а) распространенностью первичной опухоли - T4</p> <p>б) наличием регионарных метастазов - N2</p> <p><b>в) наличием отдаленных метастазов – M1</b></p>

	<p><b>г) наличием регионарных и отдаленных метастазов</b></p> <p>14. Метаплазия слизистой желудка IV степени является</p> <p>а) предраковым состоянием</p> <p><b>б) предраковым изменением</b></p> <p>15. Какой отдел эндоскопически удаленного полипа желудка подлежит наиболее тщательному морфологическому изучению</p> <p>а) верхушка</p> <p><b>б) основание</b></p>
--	--

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.В.ОД.2.3</b> Раздел I Частная онкология</p>	<p><b>Задача №1</b> Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: преимущественно экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса.</p> <p><b>Задача №2</b> Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течение 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: рак верхней трети желудка, преимущественно экзофитной формы роста. Хирургическое лечение. Операция типа Герлока. Проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.</p> <p><b>Задача №3</b> Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое</p>
---	---

	<p>исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?          Ответ: рак нижней трети желудка, преимущественно инфильтративной формы роста. Хирургическое лечение в объеме субтотальной дистальной резекции желудка.</p> <p><b>Задача №4</b>          Больной Х. 56 лет, инженер. Отец умер от рака толстой кишки. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.          Диагноз? Лечебная тактика?          Ответ: Рак правого отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Правосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.</p> <p><b>Задача №5</b>          Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.          Диагноз? Лечебная тактика?          Ответ: инфильтративный рак нижней и средней трети прямой кишки 3 ст. Комбинированное лечение: предоперационная внутриволостная лучевая терапия, брюшно-промежностная экстракция прямой кишки. Послеоперационная химиотерапия.</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	76– 90
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	91 – 100

#### 2. Ситуационная задача



Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)