

## 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине Эндоскопия

по специальности 31.08.70 Эндоскопия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<p>Тема 1. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической службы в России.</p> <p>Тема 2. Эндоскопия верхних отделов желудочнокишечного тракта</p> <p>Тема 3. Эндоскопия нижних отделов желудочнокишечного тракта и малого таза</p> <p>Тема 4. Бронхоскопия. Торакоскопия. Медиастиноскопия</p> <p>Тема 5. Лечебная эндоскопия</p> <p>Тема 6. Оперативная эндоскопия</p>	УК-1-3, ПК-1-12	<p><b><u>Знать:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, основные закономерности и роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;</li> <li>• причины, механизмы развития и проявления, патологических процессов, лежащих в основе хирургических заболеваний;</li> <li>• этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления, исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммуннопатологических, опухолевых и других болезней;</li> <li>• методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных хирургических заболеваний человека;</li> <li>• особенности</li> </ul>	Тесты Сит. задачи	50 6

			<p>современного проявления клиники и течения хирургических заболеваний у взрослых, лиц пожилого и старческого возраста;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• современные принципы лечения хирургических заболеваний у взрослых, лиц пожилого и старческого возраста.</li> </ul>		
			<p><b><u>Уметь:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем; - ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;</li> <li>• представлять роль патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний;</li> <li>• использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных хирургических заболеваний человека.</li> <li>• организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий эндоскопическом</li> </ul>		

			<p>отделении поликлиники и стационара;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• осуществить раннюю диагностику по клиническим симптомам и синдромам, дифференциальную диагностику, оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;</li><li>• определить объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;</li><li>• применить не инструментальные и инструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца.</li><li>• составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к эндоскопическому исследованию и вмешательству;</li><li>• определить объём предоперационной подготовки с учётом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного и сопутствующих заболеваний;</li><li>• оценить объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания, объём</li></ul>	
--	--	--	--	--

			<p>возможной кровопотери, определить необходимость и методы её коррекции;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - определить наиболее целесообразную методику эндоскопического вмешательства и выполнить её в необходимом объёме;</li> <li>• организовать адекватное послеоперационное лечение больного;</li> <li>• оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, лиц пожилого и старческого возраста:</li> </ul>		
			<p><b><u>Владеть:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• знаниями клинических проявлений доброкачественных и злокачественных опухолей, современные и традиционные методы диагностики, меры их профилактики, способы лечения;</li> <li>• знаниями структуры хирургических заболеваний у взрослых, знать этиологию, патогенез, диагностику основных хирургических заболеваний;</li> <li>• методами диагностики распространенных хирургических заболеваний,</li> </ul>		

			<p>проводить их дифференциальную диагностику;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• владеть основными эндоскопическими вмешательствами (эзофагогастродуоденоскопии, диагностической и лечебной ректороманоскопии и колоноскопии, удаление новообразований пищевода, желудка, 12-ти перстной кишки, толстой кишки, дуоденоскопии, выявление источника кровотечения, выбор и применение различных методов эндоскопического гемостаза, дуоденоскопии, канюляции, контрастирования протоков, ЭПСТ, литоэкстракции на симуляторах для снижения риска развития осложнений ЭРХПГ, холедохоскопии, стентирования и дренирования холедоха и панкреатического протока, диагностической и лечебной фибробронхоскопии);</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. Ахалазия кардии это?	УК-1-3, ПК-1-12

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостаточность кардии</li> <li>2. Аксилярная грыжа ПОД</li> <li>3. Спазм пищевода сфинктера</li> <li>4. Деформация просвета</li> </ol>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. С какой целью выполняется хромоскопия уксусной кислотой при осмотре пищевода? <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностика плоскоклеточного рака пищевода</li> <li>2. Верификация наличия дисплазии эпителия пищевода.</li> <li>3. Выявление Z линии</li> <li>4. Уменьшение перистальтики пищевода для его тщательного осмотра</li> </ol> </li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Слизистую оболочку желудка выстилает : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Многослойный цилиндрический эпителий</li> <li>2. Многослойный плоский эпителий</li> <li>3. Однослойный плоский эпителий</li> <li>4. Однослойный цилиндрический железистый эпителий</li> <li>5. Однослойный плоский неороговевающий эпителий</li> </ol> </li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Слизистая оболочка пищевода покрыта : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Однослойным цилиндрическим эпителием</li> <li>2. Многослойным плоским эпителием</li> <li>3. Однослойным призматическим эпителием</li> <li>4. Однослойным мерцательным эпителием</li> <li>5. Железистым эпителием</li> </ol> </li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Слизистая оболочка пищевода покрыта : <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Однослойным цилиндрическим эпителием</li> <li>7. Многослойным плоским эпителием</li> <li>8. Однослойным призматическим эпителием</li> <li>9. Однослойным мерцательным эпителием</li> <li>10. Железистым эпителием</li> </ol> </li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Критерий <b>F1</b> по классификации активности язвенного кровотечения Forrest J.A.H. характеризует: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Остановившееся кровотечение</li> <li>2. Продолжающееся кровотечение</li> <li>3. Отсутствующее кровотечение</li> </ol> </li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Критерий <b>T1a</b> по TNM классификации рака желудка определяет: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Интраэпителиальную опухоль, без инвазии в собственную пластинку</li> <li>2. Опухоль, поражающую подслизистый слой</li> <li>3. Опухоль, поражающую собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки</li> <li>4. Опухоль, поражающую собственную мышечную оболочку</li> </ol> </li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Образования Типа <b>0-I</b> по Парижской классификации опухолевых поражений являются:</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подрытыми</li> <li>2. Плоскими</li> <li>3. Полипоидными</li> <li>4. Выступающими</li> <li>5. Углубленными</li> </ol>	
<p>9. Сколько выделяют физиологических сужений пищевода?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1</li> <li>2. 2</li> <li>3. 3</li> <li>4. 4</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>10. <b>Степень В</b> по Эндоскопической классификации эзофагитов Лос-Анджелесс характеризует:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</li> <li>2. Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 10 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</li> <li>3. Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</li> <li>4. Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 10 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>11. Согласно Пражским критериям диагностики пищевода Барретта, <b>критерий «М»</b> - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Размер циркулярного сегмента</li> <li>2. Размер самого длинного сегмента</li> <li>3. Размер самого широкого сегмента</li> <li>4. Размер отдельного язычкового сегмента</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>12. Согласно Пражским критериям диагностики пищевода Барретта, отсчет сегмента начинают от:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПОД</li> <li>2. Z Линии</li> <li>3. <b>Кардии</b></li> <li>4. Дистального края сегмента с метаплазией</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>13. Квadrантную биопсию по Сизтловскому протоколу выполняют с целью диагностики:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Степени гастрита</li> <li>2. Метаплазии желудка</li> <li>3. Рака желудка</li> <li>4. Метаплазии пищевода</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>14. При выявлении длинного Пищевода Барретта рекомендовано:</p>	УК-1-3, ПК-1-12

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Экстирпация пищевода</li> <li>2. Наблюдение</li> <li>3. Консультация в экспертном центре</li> </ol>	
<p>15. Классификация атрофии слизистой оболочки желудка Kimura-Takemoto включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Открытый и закрытый тип</li> <li>2. Полный и неполный тип</li> <li>3. Острый и хронический тип</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>16. Дивертикул Ценкера локализуется на уровне:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхней грудной апертуры</li> <li>2. Перехода глотки в пищевод</li> <li>3. В грудном отделе пищевода</li> <li>4. В абдоминальном отделе пищевода</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>17. С какой целью выполняется хромоскопия с метиленовым синим во время осмотра желудка?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для определения уровня соляной кислоты</li> <li>2. Для выявления очаговой метаплазии и дисплазии.</li> <li>3. Для определения границы секретирующих соляную кислоту зон</li> <li>4. Для усиления рельефа слизистой оболочки</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>18. Один из главных визуальных признаков малигнизации язвы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гиперемия слизистой оболочки</li> <li>2. Внутрислизистые кровоизлияния</li> <li>3. Асимметрия и неровность краев</li> <li>4. Размер более 2 см.</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>19. Морфологические признаки раннего рака желудка:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опухоль с инвазией в слизистый и подслизистый слои стенки желудка</li> <li>2. Опухоль с инвазией в мышечный слой</li> <li>3. Опухоль с инвазией в субсерозный слой</li> <li>4. Опухоль с инвазией в серозный слой</li> </ol> <p>20. Большой сосочек 12-типерстной кишки обычно расположен:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В верхне-горизонтальной части ДПК</li> <li>2. В нисходящей части ДПК</li> <li>3. В нижне-горизонтальной части ДПК</li> <li>4. В восходящей части ДПК</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>21. Число биоптатов, взятых из края язвы, должно быть не менее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2</li> <li>2. 4</li> <li>3. 1</li> <li>4. 3</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>22. С какого отдела желудка начинается Систематический осмотр (SSS по К.Уао)?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С антрума</li> <li>2. С тела</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12



<ul style="list-style-type: none"> <li>3. С кардии</li> <li>4. С привратника</li> </ul>	
<p>23. Ранний рак желудка чаще имеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Нечеткие границы</li> <li>2. Четкие границы</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>24. Асимметричная конвергенция складок желудка – это признак:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Гастрита</li> <li>2. Раннего рака желудка</li> <li>3. Гиперплазии</li> <li>4. Инвазивного рака</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>25. Эрозия - это поверхностный дефект слизистой оболочки не проникающий глубже:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Собственной пластинки слизистой оболочки</li> <li>2. Мышечной пластинки слизистой оболочки</li> <li>3. Подслизистого слоя</li> <li>4. Мышечного слоя органа</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>25. Показатель выявления аденом (Adenoma Detection Rate – ADR) в соответствии с критериями качества ESGE минимально должен составлять:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. &gt;10%</li> <li>2. &gt;15%</li> <li>3. 50%</li> <li>4. &gt;25%</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>26. Что оценивает Бостонская шкала?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Качество подготовки толстой кишки к колоноскопии</li> <li>2. Частоту интубации слепой кишки</li> <li>3. Частоту выявления полипов</li> <li>4. Время извлечения эндоскопа</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>27. Время выведения колоноскопа при выполнении диагностической колоноскопии в соответствии с критериями качества ESGE должно составлять:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Минимум 5 минут</li> <li>2. Максимум 10 минут</li> <li>3. Минимум 6 минут</li> <li>4. Максимум 5 минут</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>28. Согласно рекомендациям ESGE, промежуток времени от момента окончания приема препарата для очистки кишечника до начала обследования должен составлять?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 4-6 часов</li> <li>2. 6-8 часов</li> <li>3. 10-12 часов</li> <li>4. 8-10 часов</li> </ul>	УК-1-3, ПК-1-12

<p>29. В схеме подготовки к колоноскопии, помимо приема специального препарата для очищения толстой кишки, важнейшим этапом является:</p> <p>Проведение клизм накануне исследования</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Употребление касторового масла</li> <li>2. 3-х дневная диета с исключением клетчатки</li> <li>3. Исключение сахара за 2 дня до исследования</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>
<p>30. Образования Типа II по NICE-классификации имеют следующую характеристику сосудистого рисунка:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В некоторых областях сосудистый рисунок разрушен, не визуализируется</li> <li>2. Сосуды не визуализируются или едва заметны</li> <li>3. Коричневые сосуды окружают светлые регулярные структуры (ямки)</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>
<p>31. Какой критерий отсутствует в NICE-классификации?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Цвет</li> <li>2. Сосудистый рисунок</li> <li>3. Форма образования</li> <li>4. Поверхностный рисунок</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>
<p>32. Сколько составляет интервал наблюдения пациентов с высоким риском развития рака толстой кишки?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 года</li> <li>2. 3 года</li> <li>3. 5 лет</li> <li>4. 10 лет</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>
<p>33. Мезоперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восходящая и сигмовидная</li> <li>2. Нисходящая и восходящая</li> <li>3. Поперечно-ободочная и слепая</li> <li>4. Сигмовидная и прямая</li> <li>5. Слепая и восходящая</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>
<p>34. Просвет кишки имеет овальную форму в:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слепой кишке</li> <li>2. Восходящей кишке</li> <li>3. Поперечно-ободочной кишке</li> <li>4. Нисходящей кишке</li> <li>5. Сигмовидной кишке</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>
<p>35. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе деструкции характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поверхностными плоскими язвами</li> <li>2. Глубокими кратерообразными язвами</li> <li>3. Глубокими продольными трещинами, проникающими через все слои кишечной стенки, симптомом «булыжной мостовой»</li> <li>4. Эластичностью кишечной стенки</li> </ol>	<p>УК-1-3, ПК-1-12</p>

5. Всем перечисленным	
<p>36. Синдром зубчатого полипоза, согласно критериям ВОЗ (2010), не ставят при наличии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Более 20 зубчатых полипов любого размера, распределенных по всей толстой кишке.</li> <li>2. Более 5 зубчатых полипов, проксимальных по отношению к сигмовидной кишке, 2 из которых имеют диаметр &gt;10 мм</li> <li>3. Более 10 зубчатых полипов, дистальных по отношению к сигмовидной кишке</li> <li>4. Любое количество зубчатых полипов, проксимальных по отношению к сигмовидной кишке у индивидуума, у которого есть родственник первой степени с зубчатым полипозом</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>37. Выберите критерий, который не относится к зубчатому образованию (Согласно классификации WASP):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Облаковидная поверхность (Like cloud)</li> <li>2. Коричневый цвет образования</li> <li>3. Нечеткие границы</li> <li>4. Неправильная форма</li> <li>5. Черные точки внутри крипт</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>38. Наиболее предпочтительная лечебная тактика относительно зубчатых образований (Согласно критериям ESGE)?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наблюдение</li> <li>2. Удаление только в прямой кишке</li> <li>3. Удаление только в сигмовидной и ободочной кишке</li> <li>4. Удаление вне зависимости от локализации</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>39. Главным принципом в технике выполнения колоноскопии по Н. Kashida не является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выпрямление</li> <li>2. Подтягивание</li> <li>3. Инсуффляция</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>40. Среднее время проведения эндоскопа в купол слепой кишки при соблюдении правильной техники (по Н. Kashida) должно составлять:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5-10 минут</li> <li>2. 10-15 минут</li> <li>3. 15-20 минут</li> <li>4. 20-30 минут</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>41. Правая рука на рабочей части эндоскопа должна быть на расстоянии ..... от ануса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 см</li> <li>2. 10 см</li> <li>3. 10-15 см</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12

<p>4. 20-30 см</p> <p>42. Идеальное расстояние от ануса до купола слепой кишки (по эндоскопу) составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 70-80 см</li> <li>2. 90-100 см</li> <li>3. 100-120 см</li> </ol>	
<p>43. Укажите изоосмолярное слабительное вещество:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Магния сульфат</li> <li>2. Натрия сульфат</li> <li>3. Макрогол</li> <li>4. Натрия фосфат</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>44. Когда необходимо провести первый скрининг рака толстой кишки у пациентов с НЯК?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Через 1-3 года от начала заболевания</li> <li>2. Через 5 лет от начала заболевания</li> <li>3. Через 8-10 лет от начала заболевания</li> <li>4. Через 20 лет от начала заболевания</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>45. Выберите неверное утверждение, касаемо Болезни Крона:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прямая кишка поражается практически всегда</li> <li>2. Прерывистое поражение кишки</li> <li>3. Афозные или линейные, щелевидные эрозии или язвы, на фоне нормальной слизистой</li> <li>4. Может поражать полость рта</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>46. Стадия T1sm1 по Kikuchi в толстой кишке означает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Легкая глубина инвазии в пределах слизистой слоя</li> <li>2. Глубина инвазии подслизистого слоя до 500 мкм</li> <li>3. Глубина инвазии до 200 мкм</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>47. Симетикон- это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слабительное</li> <li>2. Седатик</li> <li>3. Пеногаситель</li> <li>4. Гемостатик</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>48. Являются ли множественные полипы фундальных желез в желудке показанием к выполнению колоноскопии у пациентов моложе 35-40 лет?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, так как есть риск наличия мутации гена APC</li> <li>2. Нет, так как скрининг рака толстой кишки проводится после 40 лет</li> <li>3. Нет, так как полипы фундальных желез свидетельствуют об отсутствии инфекции helicobacterpylori</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12
<p>49. Какая схема подготовки толстой кишки лучше согласно исследованию ESGE 2014 г.?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одноэтапная</li> </ol>	УК-1-3, ПК-1-12

2. Двухэтапная 3. Трехэтапная	
50. ESGE рекомендует удалять полипы толстой кишки методом «холодной» петлевой полипэктомии размером: 1. До 1 мм 2. До 3 мм 3. До 6 мм 4. До 10 мм 5. До 15 мм	УК-1-3, ПК-1-12

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	3
2.	2
3.	4
4.	2
5.	2
6.	3
7.	4
8.	4
9.	3
10.	2
11.	3
12.	4
13.	3
14.	1
15.	2
16.	2
17.	3
18.	1
19.	2
20.	2
21.	1
22.	2
23.	3
24.	1
25.	4
26.	1
27.	3
28.	1
29.	3
30.	4
31.	3
32.	2
33.	2

34.	5
35.	3
36.	3
37.	2
38.	4
39.	4
40.	1
41.	4
42.	1
43.	3
44.	3
45.	1

46.	3
47.	3
48.	1
49.	3
50.	4

## 2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	В/02.8 8	Проведение лечебно-диагностических, включая эндоскопическую сонографию, методов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мужчина 58 лет, был осмотрен проктологом и направлен на дальнейшую консультацию к эндоскописту. Жалобы: На периодические запоры, выделение слизи с калом. В течение последних 2 месяцев пациент отмечает периодические запоры и эпизоды диареи с выделением слизи и крови в кале. Обратился за консультацией к врачу-проктологу. Во время проведения ректоскопии было обнаружено новообразование прямой кишки на широком основании. Для выполнения тотальной колоноскопии и решения вопроса о возможности эндоскопической резекции новообразования пациент был направлен к врачу эндоскописту. Диагностические эндоскопические исследования ранее не выполнялись. Пациенту была выполнена тотальная колоноскопия, во время которой была обнаружена неоплазия на широком основании в области нижне- среднеампулярного отделов прямой кишки, с чередованием плоских и приподнятых участков, нерегулярным рельефом поверхности и измененным сосудистым рисунком, расположенное полуциркулярно, размером около 3,5 см.
В	1	Судя по описанию обнаруженную неоплазию стоит отнести по Парижской классификации новообразований к
Э	-	Латерально-распространяющимся опухолям (LST)

P2	-	Типу 0-Ip
P1	-	Типу 0-Is
P0	-	Типу 0-IIb
B	2	Для оценки глубины инвазии во время колоноскопии используется классификация ямочного рисунка поверхности
Э	-	Kudo
P2	-	iPCL
P1	-	WASP
P0	-	NICE
B	3	С целью оценки глубины инвазии новообразования следует дополнительно провести
Э	-	Эндоскопическую ультрасонографию
P2	-	Ирригоскопию
P1	-	МСКТ органов малого таза
P0	-	Хромоскопию
H	-	002
Ф	B/02.8 8	Проведение лечебно-диагностических, включая эндоскопическую сонографию, методов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
У	-	Пациент прошел полный цикл подготовки к проведению эндоскопического исследования сигмовидной кишки. Какое положение ему необходимо обеспечить перед началом манипуляции по введению эндоскопа?
B	1	Какое положение ему необходимо обеспечить перед началом манипуляции по введению эндоскопа?
Э	-	Диагностическая колоноскопия начинается в положении пациента на левом боку.
P2	-	Лежа на правом боку
P1	-	Лежа на спине
P0	-	Лежа на животе
H	-	003
Ф	B/02.8 8	Проведение лечебно-диагностических, включая эндоскопическую сонографию, методов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
B	1	Наличие какой патологии можно заподозрить у данного пациента? План обследования пациента.
Э	-	У пациентки возможно заподозрить наличие объемного образования сигмовидной кишки. С целью верификации диагноза необходимо назначить диагностическую колоноскопию и выполнить биопсию новообразования. Также необходимо назначить выполнение МСКТ органов брюшной полости с контрастом, консультацию онколога.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
B	2	Какие предрасполагающие факторы характерны для данной

		патологии?
Э	-	Боли в брюшной полости, снижение массы тела, анемия, беспричинная гипертермия.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	004
Ф	В/02.8 8	Проведение лечебно-диагностических, включая эндоскопическую сонографию, методов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта
В	1	Какие эндоскопические исследования необходимо выполнить данному пациенту?
Э	-	Учитывая наличие в анамнезе у родственников первой линии онкологических заболеваний органов ЖКТ, пациенту рекомендовано выполнить диагностические гастроскопию и колоноскопию.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
В	2	В каком возрасте необходимо было выполнить скриннинговую гастро- и колоноскопию данному пациенту?
Э	-	35 лет
P2	-	40 лет
P1	-	45 лет
P0	-	50 лет
В	3	При выполнении диагностической колоноскопии в области поперечной ободочной кишки была обнаружена опухоль инфильтративно-язвенного типа (тип III по Парижской классификации новообразований), частично стенозирующая просвет, контактно кровоточащая. Какой вид лечения предпочтителен для данного пациента?
Э	-	Радикальная хирургическая операция
P2	-	Эндоскопическая резекция
P1	-	Эндоскопическая диссекция
P0	-	Полипэктомия
H	-	005
Ф	В/01.8	Проведение эндоскопических и (или) эндосонографических диагностики и вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
У	-	Пациент, женщина 35 лет. Предъявляет жалобы на тянущие боли в области эпигастрия, ощущение «комка в горле» после приема пищи, отрыжку горьким, наблюдаемые в течение месяца.
В	1	Какой вид эндоскопического исследования необходимо назначить данной пациентке?
Э	-	Диагностическая гастроскопия
P2	-	Суточная Ph-метрия
P1	-	Диагностическая колоноскопия
P0	-	Рентгеноскопия брюшной полости
В	2	Опишите правильную схему забора биопсии по для анализа по



		системе OLGA.
Э	-	2 кусочка в антральном отделе (Большая и малая кривизна), 1 кусочек в области угла желудка, 2 кусочка в области тела желудка (Большая и малая кривизна)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	006
Ф	В/01.8	Проведение эндоскопических и (или) эндосонографических диагностики и вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
У	-	Пациент, мужчина 53 года, предъявляет жалобы на боли в области эпигастрия и правом подреберье, беспокоящие около 7 дней. Отмечает снижение боли спустя 15 минут после приема пищи и усиление болевого синдрома натощак. При выполнении диагностической гастроскопии в области антрального отдела по задней стенке был обнаружен дефект слизистой оболочки с ровными, приподнятыми краями, размером около 10 мм. В области дна дефекта определяется фиксированный кровяной сгусток.
В	1	Как следует классифицировать состояние данного язвенного дефекта по классификации язвенного кровотечения Forrest?
Э	-	IV
P2	-	III
P1	-	IIa
P0	-	Ia
H	-	007
Ф	В/01.8	Проведение эндоскопических и (или) эндосонографических диагностики и вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта
У	-	Пациент, женщина 30 лет, предъявляет жалобы на изжоге в области шеи, после приема пищи, дискомфорт при глотании. При выполнении диагностической гастроскопии патологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено не было. При осмотре пищевода во время выведения эндоскопа, в области шейного отдела пищевода был обнаружен единичный, четко отграниченный красноватый участок слизистой оболочки, размером около 8-9 мм, с характерными продолговатыми желудочными ямками, микрорельеф регулярный, сосудистый рисунок не изменен.
В	1	Как следует охарактеризовать обнаруженный участок слизистой оболочки?
Э	-	Эктопия желудочного эпителия
P2	-	Язва пищевода
P1	-	Неоплазия тип 0-IIa
P0	-	Рубцующаяся эрозия
В	2	Какова лечебная тактика при данном состоянии?
Э	-	Наблюдение и плановое лечение у гастроэнтеролога. Эндоскопический контроль не требуется.

P2	-	Эндоскопическая диссекция
P1	-	Биопсия. Эндоскопический контроль 2 раза в год.
P0	-	Хирургическая операция

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1-3, ПК-1-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1-3, ПК-1-12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

#### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения

и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.