

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Эндоскопическая диагностика в гастроэнтерологии
по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Раздел 1. Введение в специализацию курса. Раздел 2. Диагностическая эндоскопия органов брюшной полости. Раздел 3. Оперативная эндоскопия органов верхних и нижних отделов ЖКТ.	УК-1, ПК-5; ПК-6	Знать: <ul style="list-style-type: none"> • сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, основные закономерности и роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний; • причины, механизмы развития и проявления, патологических процессов, лежащих в основе хирургических заболеваний; • этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления, исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней; • методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных хирургических заболеваний человека; Уметь: <ul style="list-style-type: none"> • оценивать и объяснять возрастные 	Тесты	31
				Ситуационные задачи	5

			<p>особенности организма человека и его функциональных систем; - ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;</p> <ul style="list-style-type: none"> • представлять роль патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний; • использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных хирургических заболеваний человека. • организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий эндоскопическом отделении поликлиники и стационара; • осуществить раннюю диагностику по клиническим симптомам и синдромам, дифференциальную диагностику, оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации; • определить объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить 		
--	--	--	--	--	--

			<p>их результаты; Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • знаниями клинических проявлений доброкачественных и злокачественных опухолей, современные и традиционные методы диагностики, меры их профилактики, способы лечения; • знаниями структуры хирургических заболеваний у взрослых, знать этиологию, патогенез, диагностику основных хирургических заболеваний; • методами диагностики распространенных хирургических заболеваний, проводить их дифференциальную диагностику; <p>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,</p>		
--	--	--	---	--	--

			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);		
--	--	--	---	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1 Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. Ахалазия кардии это?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Недостаточность кардии 2. Аксилярная грыжа ПОД 3. Спазм пищевода сфинктера 4. Деформация просвета <p>2. С какой целью выполняется хромоскопия уксусной кислотой при осмотре пищевода?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностика плоскоклеточного рака пищевода 2. Верификация наличия дисплазии эпителия пищевода. 3. Выявление Z линии 4. Уменьшение перистальтики пищевода для его тщательного осмотра <p>3. Слизистую оболочку желудка выстилает :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Многослойный цилиндрический эпителий 2. Многослойный плоский эпителий 3. Однослойный плоский эпителий 4. Однослойный цилиндрический железистый эпителий 5. Однослойный плоский неороговевающий эпителий <p>4. Слизистая оболочка пищевода покрыта :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Однослойным цилиндрическим эпителием 	

<p>2. Многослойным плоским эпителием</p> <p>3. Однослойным призматическим эпителием</p> <p>4. Однослойным мерцательным эпителием</p> <p>5. Железистым эпителием</p> <p>5. Слизистая оболочка пищевода покрыта :</p> <p>1. Однослойным цилиндрическим эпителием</p> <p>2. Многослойным плоским эпителием</p> <p>3. Однослойным призматическим эпителием</p> <p>4. Однослойным мерцательным эпителием</p> <p>5. Железистым эпителием</p> <p>6. Критерий F1 по классификации активности язвенного кровотечения Forrest J.A.H. характеризует:</p> <p>1. Остановившееся кровотечение</p> <p>2. Продолжающееся кровотечение</p> <p>3. Отсутствующее кровотечение</p> <p>7. Критерий T1a по TNM классификации рака желудка определяет:</p> <p>1. Интраэпителиальную опухоль, без инвазии в собственную пластинку</p> <p>2. Опухоль, поражающую подслизистый слой</p> <p>3. Опухоль, поражающую собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки</p> <p>4. Опухоль, поражающую собственную мышечную оболочку</p> <p>8. Образования Типа 0-I по Парижской классификации опухолевых поражений являются:</p> <p>1. Подрытыми</p> <p>2. Плоскими</p> <p>3. Полипоидными</p> <p>4. Выступающими</p> <p>5. Углубленными</p> <p>9. Сколько выделяют физиологических сужений пищевода?</p> <p>1. 1</p> <p>2. 2</p> <p>3. 34.</p> <p>10. Степень В по Эндоскопической классификации эзофагитов Лос-Анджелесс характеризует:</p> <p>1. Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</p> <p>2. Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 10 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</p> <p>3. Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</p> <p>4. Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 10 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.</p>	
---	--

<p>11. Согласно Пражским критериям диагностики пищевода Барретта, критерий «М» - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Размер циркулярного сегмента 2. Размер самого длинного сегмента 3. Размер самого широкого сегмента 4. Размер отдельного язычкового сегмента <p>12. Согласно Пражским критериям диагностики пищевода Барретта, отсчет сегмента начинают от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ПОД 2. Z Линии 3. Кардии 4. Дистального края сегмента с метаплазией <p>13. Квадрантную биопсию по Сизтловскому протоколу выполняют с целью диагностики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Степени гастрита 2. Метаплазии желудка 3. Рака желудка 4. Метаплазии пищевода <p>14. При выявлении длинного Пищевода Барретта рекомендовано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Экстирпация пищевода 2. Наблюдение 3. Консультация в экспертном центре <p>15. Классификация атрофии слизистой оболочки желудка Kimura-Takemoto включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Открытый и закрытый тип 2. Полный и неполный тип 3. Острый и хронический тип <p>16. Дивертикул Ценкера локализуется на уровне:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Верхней грудной апертуры 2. Перехода глотки в пищевод 3. В грудном отделе пищевода 4. В абдоминальном отделе пищевода <p>17. С какой целью выполняется хромокопия с метиленовым синим во время осмотра желудка?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Для определения уровня соляной кислоты 2. Для выявления очаговой метаплазии и дисплазии. 3. Для определения границы секретирующих соляную кислоту зон 4. Для усиления рельефа слизистой оболочки <p>18. Один из главных визуальных признаков малигнизации язвы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперемия слизистой оболочки 2. Внутрислизистые кровоизлияния 3. Асимметрия и неровность краев 4. Размер более 2 см. <p>19. Морфологические признаки раннего рака желудка:</p>	
--	--

<p>1. Опухоль с инвазией в слизистый и подслизистый слой стенки желудка</p> <p>2. Опухоль с инвазией в мышечный слой</p> <p>3. Опухоль с инвазией в субсерозный слой</p> <p>4. Опухоль с инвазией в серозный слой</p> <p>20. Большой сосочек 12-типерстной кишки обычно расположен:</p> <p>1. В верхне-горизонтальной части ДПК</p> <p>2. В нисходящей части ДПК</p> <p>3. В нижне-горизонтальной части ДПК</p> <p>4. В восходящей части ДПК</p> <p>21. Число биоптатов, взятых из края язвы, должно быть не менее:</p> <p>1. 2</p> <p>2. 4</p> <p>3. 1</p> <p>4. 3</p> <p>22. С какого отдела желудка начинается Систематический осмотр (SSS по К. Yao)?</p> <p>1. С антрума</p> <p>2. С тела</p> <p>3. С кардии</p> <p>4. С привратника</p> <p>23. Ранний рак желудка чаще имеет:</p> <p>1. Нечеткие границы</p> <p>2. Четкие границы</p> <p>24. Асимметричная конвергенция складок желудка – это признак:</p> <p>1. Гастрита</p> <p>2. Раннего рака желудка</p> <p>3. Гиперплазии</p> <p>4. Инвазивного рака</p> <p>25. Эрозия - это поверхностный дефект слизистой оболочки не проникающий глубже:</p> <p>1. Собственной пластинки слизистой оболочки</p> <p>2. Мышечной пластинки слизистой оболочки</p> <p>3. Подслизистого слоя</p> <p>4. Мышечного слоя органа</p> <p>26. Показатель выявления аденом (Adenoma Detection Rate – ADR) в соответствии с критериями качества ESGE минимально должен составлять:</p> <p>1. >10%</p> <p>2. >15%</p> <p>3. 50%</p> <p>4. >25%</p> <p>27. Что оценивает Бостонская шкала?</p> <p>1. Качество подготовки толстой кишки к колоноскопии</p>	
--	--

<p>2. Частоту интубации слепой кишки</p> <p>3. Частоту выявления полипов</p> <p>4. Время извлечения эндоскопа</p> <p>28. Время выведения колоноскопа при выполнении диагностической колоноскопии в соответствии с критериями качества ESGE должно составлять:</p> <p>1. Минимум 5 минут</p> <p>2. Максимум 10 минут</p> <p>3. Минимум 6 минут</p> <p>4. Максимум 5 минут</p> <p>29. Согласно рекомендациям ESGE, промежуток времени от момента окончания приема препарата для очистки кишечника до начала обследования должен составлять?</p> <p>1. 4-6 часов</p> <p>2. 6-8 часов</p> <p>3. 10-12 часов</p> <p>4. 8-10 часов</p> <p>30. В схеме подготовки к колоноскопии, помимо приема специального препарата для очищения толстой кишки, важнейшим этапом является:</p> <p>Проведение клизм накануне исследования</p> <p>1. Употребление касторового масла</p> <p>2. 3-х дневная диета с исключением клетчатки</p> <p>3. Исключение сахара за 2 дня до исследования</p> <p>31. Образования Типа II по NICE-классификации имеют следующую характеристику сосудистого рисунка:</p> <p>1. В некоторых областях сосудистый рисунок разрушен, не визуализируется</p> <p>2. Сосуды не визуализируются или едва заметны</p> <p>3. Коричневые сосуды окружают светлые регулярные структуры (ямки)</p>	
--	--

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

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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 ниже- 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-IIIb
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.
Н	-	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 скрининговую 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
Н	-	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, ПК-1, ПК-5, ПК-6	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, ПК-5, ПК-6	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 незначительные 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.