

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

«УТВЕРЖДАЮ»
директор Института НМФО

Н.И.Свиридова
« 27 » июня 2024 г.

**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**

Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2024

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 № 8 от «3» июня 2024 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 № 12 от « 27 » июня 2024 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 № 18 от «27» июня 2024 г.

Секретарь
Ученого совета



М.В.Кабытова

Содержание и структура компетенций

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<p>1-основные понятия, используемые в нефрологии;</p> <p>2-структурно-функциональные особенности почек;</p> <p>3-основные принципы функционирования мочевыделительной системы, ее взаимосвязь с другими органами и системами;</p> <p>4-научные идеи и тенденции развития нефрологии</p>	<p>1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т. ч. из множественных источников;</p> <p>4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.</p>	<p>1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации;</p> <p>2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач;</p> <p>3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p>4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.</p>
ПК-1	готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<p>морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций и организаций.</p>	<p>ориентироваться в нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях. Защищать гражданские права врачей и пациентов. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с членами коллектива.</p>	<p>знаниями организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций, анализировать показатели работы структурных подразделений</p>
ПК-2	готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	<p>цели, принципы, формы, методы обучения и воспитания</p>	<p>отбирать адекватные целям и содержанию технологии, формы, методы и средства обучения и воспитания</p>	<p>планировать цели и содержание обучения и воспитания в соответствии с государственным образовательным стандартом, учебным планом и программой</p>

ПК-4	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>1-основы законодательства по охране здоровья населения, основы страховой медицины в РФ; 2-причины возникновения соматических заболеваний; 3-патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы заболеваний ЖКТ и нижних дыхательных путей; 4-методы ранней диагностики и скрининга и патологии ЖКТ и нижних дыхательных путей; 6-группы риска по развитию различных заболеваний ЖКТ и нижних дыхательных путей у взрослого населения</p>	<p>1-проводить лечебно-профилактическую, санитарно-противоэпидемиологическую и реабилитационную помощь населению; 2-проводить беседы с пациентами по вопросам первичной и вторичной профилактики заболеваний ЖКТ и нижних дыхательных путей; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сопутствующей патологии.</p>	<p>1 - методами эндоскопического выявления заболеваний ЖКИ и нижних дыхательных путей; 3 - методами ранней диагностики заболеваний ЖКТ и нижних отделов дыхательных путей; 4 - методиками оценки состояния здоровья населения различных возрастных групп.</p>
ПК-5	<p>готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний ЖКТ и нижних дыхательных путей; 2 - основы фармакотерапии при различных формах эндоскопической патологии</p>	<p>1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первичной и вторичной профилактики заболеваний ЖКТ; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сопутствующей патологии</p>	<p>1 - навыками профилактики заболеваний ЖКТ и нижних отделов дыхательных путей; 2 - навыками диспансеризации пациентов, с различной эндоскопической патологией.</p>
ПК-6	<p>готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	<p>организацию противоэпидемических мероприятий и защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствий мероприятия.</p>	<p>проводить противоэпидемические мероприятия, организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	<p>Проводить противоэпидемические мероприятия, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях</p>
ПК-8	<p>готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	<p>1-типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений, 2-экспертизу трудоспособности.</p>	<p>анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.</p>	<p>владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.</p>

ПК-10

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

1-Анатомия и физиология почек у взрослых и детей в норме, при заболеваниях ЖКТ и нижних дыхательных путей
 2-Общие вопросы организации медицинской помощи населению по профилю "эндоскопия"
 3-Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения и исходы заболеваний ЖКТ и нижних дыхательных путей и их осложнений с учетом возрастных особенностей
 4-Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "эндоскопия"
 8-Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи населению по профилю "эндоскопия"
 9-Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю "эндоскопия"
 10-Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей с учетом возрастных особенностей
 11-Изменения со стороны ЖКТ и нижних дыхательных путей при заболеваниях других органов и систем организма человека с учетом возрастных особенностей.

1-Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей (их законных представителей)
 2-Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей (их законных представителей)
 3-Пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с заболеваниями ЖКТ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи
 4-Оценивать анатомо-функциональное состояние ЖКТ и нижних дыхательных путей.
 5-Интерпретировать и анализировать результаты эндоскопического осмотра пациентов с заболеваниями ЖКТ и нижних дыхательных путей.
 6-Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей.
 7-Обосновывать и планировать объем инструментальных исследований у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей: ультразвуковое исследование (далее - УЗИ), компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию (далее - МРТ), - эндосонографию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 8-Проводить анализ результатов визуализирующих и функциональных методов обследования пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей.
 9 -Обосновывать необходимость направления пациентов с заболеваниями ЖКТ на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с

1-Сбор жалоб, анамнеза у пациентов с заболеваниями и (или) ЖКТ и нижних дыхательных путей
 2-Направление пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей на лабораторные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 3-Направление пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей на дополнительные инструментальные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 4-Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 5-Направление пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
 6-Обеспечение безопасности эндоскопических манипуляций

			<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи!</p> <p>10-Применять при обследовании пациентов с заболеваниями ЖКТ и нижних дыхательных путей медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность их применения</p> <p>11-Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями ЖКТ и нижних дыхательных путей.</p> <p>12-Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических и лечебных эндоскопических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей.</p>	
	<p>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании эндоскопической медицинской помощи</p>	<p>1-Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>2-Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "эндоскопия"</p> <p>3-Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>4-Современные эндоскопические методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>5-Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при эндоскопических</p>	<p>1-Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>2-Провести лечебно-диагностические эндоскопические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>3-Оценивать эффективность и безопасность выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>4-Разрабатывать план подготовки</p>	<p>1-Разработка плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>2-Оценка эффективности и безопасности выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>3-Выполнение эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p>

		<p>диагностических или лечебных манипуляциях у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>6-Методики подготовки к диагностическим исследованиям пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>7.- Методы обезболивания</p> <p>8-Требования асептики и антисептики, дезинфекции эндоскопического оборудования.</p> <p>9-Неотложные состояния, вызванные заболеваниями и (или) нарушениями функций , ЖКТ и нижних дыхательных путей и оказание медицинской помощи при них</p>	<p>пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей к проведению эндоскопических вмешательств.</p> <p>5-Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения</p> <p>6-Проводить динамический контроль корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания.</p> <p>7-Оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями или нарушениями функции почек, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>4-Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>5-Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных эндоскопических манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p> <p>6-Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками</p>
	<p>готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации</p>	<p>принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации</p>	<p>1-принципы и методы оказания медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.</p> <p>2-принципы и методы оказания первой медицинской помощи при эндоскопических неотложных состояниях.</p>	<p>1-оказывать неотложную помощь в очагах катастроф и на этапах медицинской эвакуации</p> <p>2-владеть методами и навыками оказания первой медицинской помощи при эндоскопических неотложных состояниях</p>

	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>1-Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>2-Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "эндоскопия"</p> <p>3-Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>4-Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей , имеющих инвалидность</p> <p>5-Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями выполнения эндоскопических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей , имеющих инвалидность</p> <p>6-Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>7-Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>8-Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том</p>	<p>1-Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядка организации медицинской реабилитации</p> <p>2-Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями ЖКТ и нижних дыхательных путей, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядка организации медицинской реабилитации</p> <p>3-Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядка организации медицинской реабилитации</p> <p>4-Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функций ЖКТ и нижних дыхательных путей, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>5-Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской</p>	<p>1-Составление плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей в соответствии с действующими порядками организации медицинской реабилитации и оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>2-Проведение мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядка организации медицинской реабилитации</p> <p>3-Направление пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядка организации медицинской реабилитации</p> <p>4-Оценка эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей.</p>
--	---	---	---	--

		<p>числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек 9-МКФ</p>	<p>реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядка организации медицинской реабилитации</p>	
	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>1-Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний 2-Порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек в соответствии с нормативными правовыми актами 3-Принципы осуществления диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и (или) нарушений функции почек, основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами 4-Основы здорового образа жизни, методы его формирования 5-Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) нарушений функции ЖКТ и нижних дыхательных путей. 6-МКБ 7-МКФ</p>	<p>1-Проводить диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей 2-Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) 3-Определять показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней 4-Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции 5-Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ 6-Взаимодействовать с врачами-специалистами по вопросам профилактики заболеваний и (или) нарушений функции ЖКТ и нижних дыхательных путей 7-Проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции</p>	<p>1-Пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваний и (или) нарушений функции ЖКТ и нижних дыхательных путей 2-Проведение санитарно-просветительской работы среди пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей 3-Организация и проведение скрининга заболеваний и (или) нарушений функции почек, в том числе обследование родственников больных с установленными хроническими болезнями почек и больных, страдающих артериальной гипертонией, распространенным атеросклерозом, сахарным диабетом 4-Организация и проведение школ для пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей 5-Назначение и контроль профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи 6-Контроль срока и порядка проведения иммунизации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек в соответствии с национальным календарем профилактических прививок с дополнениями региональных календарей профилактических прививок 7-Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и медицинских показаний для направления к врачу-инфекционисту при возникновении</p>

				<p>инфекционных (паразитарных) болезней</p> <p>8-Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку при выявлении инфекционного или профессионального заболевания</p> <p>9-Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний</p> <p>10-Контроль соблюдения профилактических мероприятий</p> <p>11-Оценка эффективности профилактической работы с пациентами с заболеваниями и (или) нарушениями функции ЖКТ и нижних дыхательных путей</p> <p>12-Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ</p> <p>13-Проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции</p>
	<p>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>основные нормативные документы, регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-эндоскописта</p>	<p>организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача-нефролога и стационарного отделения эндоскопии взрослых и детей</p>	<p>навыками организации работы специализированного кабинета врача-нефролога и стационарного отделения нефрологии взрослых и детей с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по эндоскопической службе</p>

	<p>готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>права, обязанности и ответственность врача-эндоскописта, привлекаемого к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта, принципы проведения медицинской экспертизы.</p>	<p>составлять документацию для оценки качества и эффективности работы службы клинической эндоскопии медицинского учреждения</p>	<p>навыками экспертизы трудоспособности пациентов с заболеваниями ЖКТ и нижних дыхательных путей</p>
	<p>готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации</p>	<p>особенности организации оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.</p>	<p>организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинскую эвакуацию</p>	<p>1-организовывать оказание медицинской помощи в очагах катастроф мирного и военного времени и на этапах медицинской эвакуации 2-организовывать медицинскую эвакуацию пострадавших при чрезвычайных ситуациях</p>

Оценочные средства для проведения аттестации

Перечень литературы рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

1. Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.
3. Практическая колоноскопия. Гвидо Шахшаль; пер с нем. Маева И.В., Стручковой Е.Ю., Москва, МЕДпресс-информ, 2012.
4. Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
5. Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии. Мел. Ч. Уилкокс. Перевод с английского под редакцией Е.Д. Федорова. Рид Элсивер, Москва 2010 г.
6. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки, Сотников В.Н., Разживина А.А. Веселов В.В. и др. Москва, «Экстрапринт», 2006 г.
7. Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
8. Неотложная эндоскопия в педиатрии. Чернеховская Н.Е., Щербаков П.Л., Дронов А.Ф., Москва, МЕДпресс-информ, 2014.
9. Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
10. Пищевод Барретта. Королев М.П., Федотов Л.Е., Оглоблин А.Л., Антипова М.В., Климов А.В., Габдрахманова Л.А., Санкт – Петербург, 2017.
11. Гибкая диагностическая бронхоскопия. Соколов В.В., Яблонский П.К., Королев М.П., Сивокосов И.В., Васильев И.В. Москва, Российское эндоскопическое общество, 2017
12. Гастроскопия. Бертольд Блок, Гвидо Шахмаль, Гартмут Шмидт. Учебное пособие, перевод с немецкого под общей редакцией И.В.Минаева, С.И. Емельянова. Москва: МЕДпресс-информ, 2007

б) Дополнительная литература:

1. Колоноскопия. Иллюстрированное руководство. Дуглас Г. Адлер. Перевод с английского под редакцией д.м.н., проф. В.В. Веселова. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2016 г.
2. Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
3. Атлас цифровой гастроинтестинальной эндоскопии. Краймер В.Д., Тюрин В.П., Коган Е.А. Москва, Издательство БИНОМ, 2011. – 120 с.
4. Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с.
5. Эндоскопическая хирургическая анатомия. Киршняк А. Москва, Медицинская литература, 2014.
6. Атлас эндоскопических внутрисветовых операций в клинической онкологии. Соколов В.В. Москва, Практическая медицина, 2015.
7. Атлас колоноскопии с руководством по профилактике карцином толстой кишки. Г. Потт, пер. с нем. Комаровой Е.А. Москва, Логосфера, 2006.
8. Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта. Зденек Маржатка, пер. на рус.яз. Федорова Е.Д. Германия, Международное медицинское издательство, 1996.
9. Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. «Эндоскопическая хирургия»
2. «Виртуальные технологии в медицине»
3. «Клиническая эндоскопия»
4. «Вестник эндоскопии»

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

1. Электронно-библиотечная система "Консультант студента" – <http://www.studmedlib.ru/>
2. Электронно-библиотечная система "Консультант врача" - <http://www.rosmedlib.ru/>
3. База данных "MedlineWithFulltext" на платформе EBSCOHOST <http://www.search.ebscohost.com/>
4. Электронно-библиотечная система «Book-up» - <http://www.books-up.ru/>
5. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» - <http://www.e.lanbook.com/>
6. Электронно-библиотечная система «Айбукс» - <http://www.ibooks.ru/>
7. Справочно-библиографическая база данных «Аналитическая роспись российских медицинских журналов «MedArt» <http://www.medart.komlog.ru/>
8. Интернет-сайты, рекомендованные для непрерывного медицинского образования: • Портал непрерывного и медицинского образования врачей <https://edu.rosminzdrav.ru/> • Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования <http://www.sovetnmo.ru/>
10. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» – <http://gpfm.ru/>
11. Всероссийская Образовательная Интернет-Программа для Врачей – <http://internist.ru/>
12. Международный медицинский портал для врачей <http://www.univadis.ru/>
13. Медицинский видеопортал <http://www.med-edu.ru/> 20. Медицинский информационно-образовательный портал для врачей <https://mirvracha.ru/>

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Эндоскопия»

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см д. 15 см	б	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	В пищеводе при эзофагоскопии определяются физиологических сужений а) одно б) два в) три г) четыре д) пять	в	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев

			В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.
3	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	Терапевтическая эндоскопия – желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе</p> <p>а) 0,5 см б) 1см в) 2 см г) 3 см д) 4см</p>	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
	Зона привратника в норме имеет	б	Атлас

6	протяженность а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 2см д) 2,5см		эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
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	в	Современные технологии в эндоскопии. Чер неховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
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	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационно е агентство, 2008.
9	Parietalные клетки фундальных желез желудка секретируют а) пепсиноген б) соляную кислоту и внутренний фактор в) биогенные амины г) пепсиноген и биогенные амины	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ.

			Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
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	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.	Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
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.	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-

			информ, 2006.- 192 с.
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	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	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет а) слепая б) поперечно-ободочная в) восходящая г) нисходящая д) сигмовидная	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	Самым узким отделом толстой кишки является а) слепая б) нисходящая в) сигмовидная г) ректо-сигмоидный отдел д) прямая	г	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	Просвет кишки имеет овальную форму в	г	Терапевтическая эндоскопия

	<p>а) слепой кишке б) восходящей кишке в) поперечно-ободочной кишке г) нисходящей кишке д) сигмовидной кишке</p>		<p>желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Короле в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.</p>
6	<p>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</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются а) психические заболевания</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чер</p>

	б) кардиоспазм 3 стадии в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени д) стенокардия напряжения		неховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	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	г	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	Показанием к плановой колоноскопии является а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии б) болезнь Уиппла в) синдром мальабсорбции г) дисбактериоз д) гельминтоз	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		

1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ.</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При бронхоскопии возможно диагностировать</p> <p>а) бронхоэктатическую болезнь б) интерстициальную пневмонию в) неосложненную кисту легкого г) центральный рак легкого д) недренирующийся абсцесс легкого</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика</p>

	<p>а) периферический рак легкого б) центральный рак легкого в) инородное тело бронха г) статус астматикус д) кровохарканье</p>		<p>заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	д	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Короле</p>

	д) язычок мягкого неба		в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.
6	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	б	Атлас эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	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	в	Современные технологии в эндоскопии. Чер неховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	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	а	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационно е агентство, 2008.
9	Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на а) 12 часах	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно –

	б) 9 часах в) 6 часах г) 3 часах д) 2 часах		кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	Бронх Нельсона - это а) В1 б) В2 в) В3 г) В5 д) В6	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Сав ельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>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.</p>	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой

	<p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>		<p>кишки.Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	<p>1.Язва желудка Forrest2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно</p>

		е агентство, 2009.
--	--	-----------------------

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Верхушка Фовлера - это а) В6 б) В7 в) В8 г) В9 д) В10	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	а	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько

			Р.В.Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2014.
4	<p>Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи</p> <ul style="list-style-type: none"> а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская 	а	<p>Терапевтическая эндоскопия – желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат</p> <ul style="list-style-type: none"> а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы б) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм г) кардиоспазм и эзофагоспазм д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления 	а	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушения прохождения пищи по пищеводу б) расширения пищевода в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод г) спазма пищевода д) дискинезии пищевода 	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского</p>

			А.А.,Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см б) 39 см в) 38 см г) 37 см д) 36см</p>	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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 д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии</p>	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является</p> <p>а) эрозивный эзофагит б) язвенный эзофагит в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода г) язвы грыжевого мешка д) венозный стаз в грыжевом мешке</p>	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е.,

		Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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.	консервативная терапия.	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
3	Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет а) слепая б) поперечно-ободочная в) восходящая г) нисходящая д) сигмовидная	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
4	Самым узким отделом толстой кишки является	г	Эндоскопия. Базовый курс

	а) слепая б) нисходящая в) сигмовидная г) ректо-сигмоидный отдел д) прямая		лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
5	Просвет кишки имеет овальную форму в а) слепой кишке б) восходящей кишке в) поперечно-ободочной кишке г) нисходящей кишке д) сигмовидной кишке	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.

ПК-6 готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. Москва, Медицина, 1995.
2.	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	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой

	содержимого д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения		кишки.Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс- информ, 2006.- 192 с.
3	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2014.
4	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
5	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Короле в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно

			е агентство, 2009.
6	<p>Развитию кандидозного эзофагита способствуют</p> <p>а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода</p> <p>б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз</p> <p>в) амилоидоз и диабет</p> <p>г) диабет и метаплазия эпителия</p> <p>д) метаплазия эпителия</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита</p> <p>а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом</p> <p>б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре</p> <p>в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок</p> <p>г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями</p> <p>д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре</p>	б	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите</p> <p>а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином</p> <p>б) неглубокая округлая язва с</p>	б	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационно</p>

	<p>приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом</p>		е агентство, 2008.
9	<p>Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются</p> <p>а) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода</p> <p>б) стенозы пищевода и алкоголизм</p> <p>в) алкоголизм и хиатальная грыжа</p> <p>г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит</p> <p>д) рефлюкс-эзофагит</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода</p> <p>а) линейных эрозий</p> <p>б) сливных эрозий</p> <p>в) кольцевидных эрозий</p> <p>г) пептической язвы</p> <p>д) участков желудочной метаплазии</p>	а	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша.</p> <p>Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>

	эндоскопического лечения.		
2.	<p>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 мелкоочечными кровоизлияниями.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>У больного 25 лет, страдающего хроническим панкреатитом, жалобы на боли за грудиной. При ЭГДС</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и

	<p>обнаружено: слизистая оболочка пищевода в н/3 белесоватая, утолщенная, по вершинам складок плотно фиксированные линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>		<p>удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	--	--

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода</p> <p>а) линейных эрозий б) сливных эрозий в) кольцевидных эрозий г) пептической язвы д) участков желудочной метаплазии</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Основной причиной развития пищевода Барретта служит</p> <p>а) острое воспаление б) хроническое воспаление в) желудочно-пищеводный рефлюкс г) нарушение регенерации слизистой оболочки д) снижение местных защитных механизмов</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>

3	<p>Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при</p> <ul style="list-style-type: none"> а) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу б) анемии Адиссон-Бирмера в) тилозе г) синдроме Пламмер-Винсона д) склеродермии 	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) большие размеры дивертикула б) дивертикулит в) рак в дивертикуле г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом д) эрозивный эзофагит 	г	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Клинические проявления дивертикула Ценкера</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и</p>

			изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Степень варикозного расширения вен 2 степени</p> <p>а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена</p> <p>б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична</p> <p>в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена</p> <p>г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена</p> <p>д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена</p>	д	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают</p> <p>а) застойный эзофагит и спазм кардии</p> <p>б) расширение просвета пищевода и спазм кардии</p> <p>в) спазм кардии и усиление перистальтики</p> <p>г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода</p> <p>д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается</p> <p>а) лейомиома</p> <p>б) липома</p> <p>в) шваннома</p> <p>г) фиброма</p> <p>д) лимфангиома</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г.

			Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	Эндоскопическая характеристика лейомиомы а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка" б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра" в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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. 1. Сформулируйте ваш диагноз. 2. Определите метод лечения.	1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев

			А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	лимфоидная гиперплазия.	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское

		информационное агентство, 2009.
--	--	---------------------------------

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Стриктура просвета это а) полное закрытие просвета б) функциональное сужение в) постоянное органическое сужение просвета г) органическое длиной менее 1 см д) закрытие просвета внутриполостным препятствием	г	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	Причиной развития кардиоспазма служит а) стресс б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения в) желудочно-пищеводный рефлюкс г) хиатальная грыжа д) химический ожог в анамнезе	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	г	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько

	инфекции и прием лекарств д) хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки		Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	Основной причиной развития хронического антрального гастрита является а) недоброкачественное питание б) алкоголь в) авитаминозы г) инфицирование слизистой оболочки Нр д) рефлюкс дуоденального	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите а) диффузная гиперемия б) мелкоочаговая гиперемия в) гиперемия в виде полос г) отсутствие гиперемии д) точечная гиперемия	б	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
6	Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит а) фовикулярная гиперплазия и гиперплазия желез б) фовикулярная гиперплазия и атрофия желез в) атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фолликулов г) гиперплазия лимфоидных фолликулов и инфильтрация эозинофилами д) инфильтрация эозинофилами и атрофия желез	б	Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва,

			Логосфера, 2012.
7	<p>Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является</p> <p>а) пенетрация б) перфорация в) кровотечение г) болевой синдром д) малигнизация</p>	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Язвы кардиальной и медиастральной локализации характеризуются</p> <p>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</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре</p> <p>а) 1 см б) 2 см в) 3 см г) 4 см</p>	в	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является</p> <p>а) рак желудка б) язвенная болезнь</p>	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и

	<p>в) мышечная гипертрофия привратника</p> <p>г) проляпс слизистой оболочки желудка через привратник</p> <p>д) доброкачественные полипы желудка</p>		<p>тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.</p>
--	---	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>оперативное лечение..</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов</p>

	Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.		А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	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.	электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	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.	1.Язва желудка Forrest2a. 2. Монополярная электрокоагуляция.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	К истинным опухолям относятся следующие виды полипов желудка а) аденоматозные б) лимфоидная гиперплазия	а	Руководство по клинической эндоскопии.Сав

	<p>в) полипы Пейтца-Егерса г) ювенильные полипы д) гиперпластические полипы</p>		<p>ельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Чаще озлокачиваются а) гиперпластические полипы б) аденоматозные полипы в) ювенильные полипы г) подслизистые опухоли д) эозинофильногранулематозные полипы</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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</p>	б	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Массивным кровотечением чаще осложняется а) рак желудка б) полип желудка в) доброкачественная подслизистая опухоль желудка г) саркома желудка д) болезнь Менетрие</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2017.
5	<p>Чаще изъязвляются полипы, имеющие</p> <p>а) большие размеры и широкое основание</p> <p>б) длинную ножку при большой головке</p> <p>в) цилиндрическую форму и большую длину</p> <p>г) полусферическую форму с бугристой поверхностью</p>	б	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются</p> <p>а) визуальные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки</p> <p>б) очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки</p> <p>в) обилие слизи</p> <p>г) множественные петехии</p> <p>д) папулезность слизистой оболочки</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Проксимальная граница опухоли обязательно определяется при</p> <p>а) полипоидном раке желудка</p> <p>б) грибовидном раке</p> <p>в) язвенной форме рака</p> <p>г) инфильтративном раке</p> <p>д) раннем раке</p>	г	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Язвы желудка и 12-перстной кишки характеризуются</p> <p>а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области</p> <p>б) отсутствием характерного ритма</p>	б	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационно</p>

	<p>болей, полиморфизмом клинических проявлений</p> <p>в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды</p> <p>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</p>		е агентство, 2008.
9	<p>При аутоиммунном хроническом гастрите преимущество поражается</p> <p>а) кардиальный отдел</p> <p>б) тело желудка</p> <p>в) антральный отдел</p> <p>г) препилорический отдел</p> <p>д) весь желудок</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>Основной причиной развития хронического антрального гастрита является</p> <p>а) недоброкачественное питание</p> <p>б) алкоголь</p> <p>в) авитаминозы</p> <p>г) инфицирование слизистой оболочки Нр</p> <p>д) рефлюкс дуоденального содержимого</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>У больного с портальным циррозом печени развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 3 стадии. Над</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С.,</p>

	<p>одним из узлов, в нижней трети пищевода, фиксированный тромб. Подтекание крови из-под тромба нет.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2017.
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся</p> <p>а) атрофия б) метаплазия в) прогрессирующая дисплазия г) гликогенный акантоз д) ороговение слизистой оболочки</p>	в	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>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 в) в 2 см от привратника г) из зоны привратника д) из любой части антрального отдела</p>	в	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев

			А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются а) в луковице б) в нисходящей части в) в нижней части г) в луковице и нисходящей части д) в любом отделе	б	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются а) в ее проксимальной части на передней стенке 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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии а) сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением б) сопровождается выраженным дуоденитом в) сопровождается только перифокальным воспалением г) сопровождается зиянием привратника д) снижением моторики пищевода и луковицы ДПК	а	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
6	Удвоенный привратник" может быть обусловлен а) пенетрацией препилорической	а	Атлас эндоскопии пищеварительно

	язвы в луковицу ДПК б) пилоропластикой в) послеоперационным свищом г) опухолью привратника		го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и ДПК чаще является признаком а) умеренно выраженного воспаления б) раздражения в) гемодинамических изменений в пищеварительную фазу г) острого гастрита д) гиперпродукции соляной кислоты	а	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	Мелкие белые пятнышки на слизистой оболочке ДПК (симптом "манной крупы") являются проявлением а) лимфангиэктазий б) лимфофолликулярной гиперплазии в) лимфоидной инфильтрации г) лимфоплазмочитарной инфильтрации д) эозинофильной инфильтрации	а	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	Симптом "манной крупы" характерен для а) язвенной болезни б) заболеваний панкреато-билиарной системы в) целиакии г) лимфомы д) рака	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-

			Медиа, 2017.
10	Основной причиной возникновения папиллита служит а) дискинезия ДПК б) дискинезия сфинктеров большого дуоденального сосочка в) инфицированное содержимое полости ДПК г) травматизация слизистой оболочки устья БДС мигрирующими конкрементами д) холангит	г	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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. 1. Сформулируйте ваш диагноз. 2. Определите метод лечения.	1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.

3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	лимфоидная гиперплазия.	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется</p> <p>а) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка</p> <p>б) ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом</p> <p>в) выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке</p> <p>г) наличием желчи в желудке и зиянием привратника</p> <p>д) зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом</p>	в	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Увеличение, деформация и уплотнение большого дуоденального сосочка позволяют предположить наличие</p> <p>а) выраженного папиллита</p> <p>б) деформирующего папиллита</p> <p>в) аденомы БДС</p> <p>г) папилломатоза БДС</p> <p>д) рака БДС</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см</p> <p>б. 35 см</p> <p>в. 25 см</p> <p>г. 17 см</p> <p>д. 15 см</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва,</p>

			Медицина, 1995.
4	<p>В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
5	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
6	<p>Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
7	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе</p>	в	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел</p>

	<p>а) 0,5 см б) 1 см в) 2 см г) 3 см д) 4 см</p>		<p>пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
8	<p>Зона привратника в норме имеет протяженность</p> <p>а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 2 см д) 2,5 см</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
9	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>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</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
10	<p>Наиболее отчетливо желудочные поля видны</p> <p>а) в своде желудка б) на большой кривизне тела желудка в) на задней стенке тела желудка г) в области угла желудка</p>	в	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационно</p>

	д) в антральном отделе		е агентство, 2008.
--	------------------------	--	-----------------------

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	повторная ЭГДС через 6-8 часов	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.

4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2a. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>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</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>

	теле и антральном отделе		
2.	<p>Наиболее отчетливо желудочные поля видны</p> <p>а) в своде желудка</p> <p>б) на большой кривизне тела желудка</p> <p>в) на задней стенке тела желудка</p> <p>г) в области угла желудка</p> <p>д) в антральном отделе</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
3	<p>Париетальные клетки фундальных желез желудка секретируют</p> <p>а) пепсиноген</p> <p>б) соляную кислоту и внутренний фактор</p> <p>в) биогенные амины</p> <p>г) пепсиноген и биогенные амины</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
4	<p>Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является</p> <p>а) печеночный угол</p> <p>б) селезеночный угол</p> <p>в) физиологический сфинктер Кеннона левый</p> <p>г) физиологический сфинктер Кеннона правый</p> <p>д) физиологический сфинктер Хорста</p>	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.
5	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>а) расправляются полностью</p> <p>б) не расправляются</p> <p>в) расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка</p> <p>г) расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка</p>	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с

	д) расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе		
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <p>а) нарушения прохождения пищи по пищеводу</p> <p>б) расширения пищевода</p> <p>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</p> <p>г) спазма пищевода</p> <p>д) дискинезии пищевода</p>	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см</p> <p>б) 39 см</p> <p>в) 38 см</p> <p>г) 37 см</p> <p>д) 36см</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>а) укорочение пищевода и зияние кардии</p> <p>б) зияние кардии и формирование пищеводных колец</p> <p>в) формирование пищеводных колец и проляпс слизистой желудка в пищевод</p> <p>г) проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит</p> <p>д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>а) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит</p>	г	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного</p>

	<p>б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения</p> <p>в) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс</p> <p>г) наличие грыжевой полости и хиатального сужения</p> <p>д) пролапс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии</p>		<p>тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
10	<p>Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является</p> <p>а) эрозивный эзофагит</p> <p>б) язвенный эзофагит</p> <p>в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода</p> <p>г) язвы грыжевого мешка</p> <p>д) венозный стаз в грыжевом мешке</p>	а	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша.</p> <p>Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев</p>

	<p>множественным мелкоточечными кровоизлияниями.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	<p>Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

--	--	--	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Гастроэнтерология»

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Метаплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачиванием</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются</p> <p>а) психические заболевания</p> <p>б) кардиоспазм 3 стадии</p> <p>в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания</p> <p>г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени</p> <p>д) стенокардия напряжения</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются</p> <p>а) инфаркт миокарда в острой стадии</p> <p>б) инсульт в острой стадии</p>	г	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу</p>

	<p>в) психические заболевания г) перфорация пищевода д) химический ожог пищевода III ст</p>		<p>к А.А.Москва, Московское информационно е агентство, 2008.</p>
4	<p>Показанием к плановой колоноскопии является а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии б) болезнь Уиппла в) синдром мальабсорбции г) дисбактериоз д) гельминтоз</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	б	<p>Эндоскопическа я диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянецв Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии.Сав ельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат а) прием внутрь едких веществ и алкоголя б) алкоголь и неумеренное курение в) неумеренное курение и инфекция</p>	д	<p>Эндоскопическа я диагностика заболеваний пищевода, желудка и</p>

	<p>г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого</p> <p>д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения</p>		<p>тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять</p> <p>а) только в течение первых суток</p> <p>б) только в течение вторых-пятых суток</p> <p>в) только спустя 6 дней</p> <p>г) только спустя 14 дней</p> <p>д) в любое время</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
9	<p>Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат</p> <p>а) перфорация пищевода и шок</p> <p>б) выраженная интоксикация</p> <p>в) отсутствие клинической картины ожога</p> <p>г) первые 24 часа после ожога</p> <p>д) 7-е сутки после ожога</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить</p> <p>а) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей</p> <p>б) рентгенографию с барием</p> <p>в) рентгенографию с водорастворимым контрастом</p> <p>г) УЗИ</p> <p>д) компьютерную томографию</p>	в	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское</p>

		информационное агентство, 2009.
--	--	---------------------------------

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	При бронхоскопии возможно диагностировать	г	Руководство по клинической

	<p>а) бронхоэктатическую болезнь б) интерстициальную пневмонию в) неосложненную кисту легкого г) центральный рак легкого д) недренирующийся абсцесс легкого</p>		<p>эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются а) периферический рак легкого б) центральный рак легкого в) инородное тело бронха г) статус астматикус д) кровохарканье</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва,</p>

	д) анализ деятельности ЛПУ		ГЭОТАР- Медиа, 2017.
5	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	д	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
6	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	а	Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	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	б	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с

	<p>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</p>		
8	<p>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</p>	б	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
9	<p>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</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>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</p>	а	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев</p>

			А.В.
--	--	--	------

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	повторная ЭГДС через 6-8 часов	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
	У больного с гемофилией возникло	электроэксцизия	Терапевтическая

4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	полипа антрального отдела желудка.	<p>эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	<p>1. Язва желудка Forrest2a. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Гипертрофия характеризуется</p> <p>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</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом</p>

			спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
2.	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	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
3	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	а	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
4	Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на а) 12 часах б) 9 часах в) 6 часах г) 3 часах д) 2 часах	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	Бронх Нельсона - это а) В ₁ б) В ₂ в) В ₃ г) В ₅ д) В ₆	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернехов

			ская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.
6	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	б	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
7	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	в	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
8	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при а) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного

	<p>желудочному типу</p> <p>б) анемии Адиссон-Бирмера</p> <p>в) тилозе</p> <p>г) синдроме Пламмер-Винсона</p> <p>д) склеродермии</p>		<p>тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является</p> <p>а) большие размеры дивертикула</p> <p>б) дивертикулит</p> <p>в) рак в дивертикуле</p> <p>г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом</p> <p>д) эрозивный эзофагит</p>	г	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша.</p> <p>Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е.,</p>

	<p>гиперемирована, отечна с множественным мелкоточечными кровоизлияниями.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	<p>Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство,</p>

			2009.
--	--	--	-------

ПК-6 готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Верхушка Фовлера - это а) В ₆ б) В ₇ в) В ₈ г) В ₉ д) В ₁₀	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	а	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.

4	<p>Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи</p> <ul style="list-style-type: none"> а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская 	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудка – кишечника тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат</p> <ul style="list-style-type: none"> а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы б) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм г) кардиоспазм и эзофагоспазм д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления 	а	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушения прохождения пищи по пищеводу б) расширения пищевода в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод г) спазма пищевода д) дискинезии пищевода 	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>

7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см б) 39 см в) 38 см г) 37 см д) 36см</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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 д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии</p>	г	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является</p> <p>а) эрозивный эзофагит б) язвенный эзофагит в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода г) язвы грыжевого мешка д) венозный стаз в грыжевом мешке</p>	а	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев</p>

			А.В.
--	--	--	------

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастральной области,</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль</p>	<p>Терапевтическая</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>желудка.</p>	<p>эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И.</p>

	д. 15 см		, Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p>	в	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в</p>	в	Эндоскопия в диагностике и удалении

	<p>радиусе</p> <p>а) 0,5 см</p> <p>б) 1 см</p> <p>в) 2 см</p> <p>г) 3 см</p> <p>д) 4 см</p>		<p>инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является</p> <p>а) рефлюкс-эзофагит</p> <p>б) кровотечение</p> <p>в) ущемление</p> <p>г) перфорация</p> <p>д) малигнизация</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат</p> <p>а) прием внутрь едких веществ и алкоголя</p> <p>б) алкоголь и неумеренное курение</p> <p>в) неумеренное курение и инфекция</p> <p>г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого</p> <p>д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять</p> <p>а) только в течение первых суток</p> <p>б) только в течение вторых-пятых суток</p> <p>в) только спустя 6 дней</p> <p>г) только спустя 14 дней</p> <p>д) в любое время</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2014.
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия – желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.

2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>оперативное лечение..</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и</p>

	<p>выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	<p>желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Онкология»

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>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</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
2.	<p>Наиболее отчетливо желудочные поля видны</p> <p>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</p>	в	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
3	<p>Париетальные клетки фундальных желез желудка секретируют</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия</p>

	<p>а) пепсиноген б) соляную кислоту и внутренний фактор в) биогенные амины г) пепсиноген и биогенные амины</p>		<p>желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
4	<p>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</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
5	<p>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</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
6	<p>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</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом</p>

			спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Степень варикозного расширения вен 2 степени</p> <p>а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена</p> <p>б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична</p> <p>в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена</p> <p>г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена</p> <p>д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена</p>	д	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают</p> <p>а) застойный эзофагит и спазм кардии</p> <p>б) расширение просвета пищевода и спазм кардии</p> <p>в) спазм кардии и усиление перистальтики</p> <p>г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода</p> <p>д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается</p> <p>а) лейомиома</p> <p>б) липома</p> <p>в) шваннома</p> <p>г) фиброма</p> <p>д) лимфангиома</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А.

			Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	Эндоскопическая характеристика лейомиомы а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка" б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра" в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.	Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
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 множественными мелкоточечными кровоизлияниями. Сформулируйте ваш диагноз.	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-

			192 с.
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Метаплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачиванием</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются</p> <p>а) психические заболевания</p> <p>б) кардиоспазм 3 стадии</p> <p>в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания</p> <p>г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени</p> <p>д) стенокардия напряжения</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются</p> <p>а) инфаркт миокарда в острой стадии</p> <p>б) инсульт в острой стадии</p> <p>в) психические заболевания</p> <p>г) перфорация пищевода</p> <p>д) химический ожог пищевода III ст</p>	г	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Показанием к плановой колоноскопии является</p> <p>а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно –</p>

	<p>б) болезнь Уиппла в) синдром мальабсорбции г) дисбактериоз д) гельминтоз</p>		<p>кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Стриктура просвета это а) полное закрытие просвета б) функциональное сужение в) постоянное органическое сужение просвета г) органическое длиной менее 1 см д) закрытие просвета внутриполостным препятствием</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причиной развития кардиоспазма служит а) стресс б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения в) желудочно-пищеводный рефлюкс г) хиатальная грыжа д) химический ожог в анамнезе</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-</p>

			информ, 2006.- 192 с.
8	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	г	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	Основной причиной развития хронического антрального гастрита является а) недоброкачественное питание б) алкоголь в) авитаминозы г) инфицирование слизистой оболочки Нр д) рефлюкс дуоденального	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите а) диффузная гиперемия б) мелкоочаговая гиперемия в) гиперемия в виде полос г) отсутствие гиперемии д) точечная гиперемия	б	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайтеразвернутый ответ		

1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастриальной области. Во время рентгенологического исследования диагностирован рак желудка. Во время</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ.</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При бронхоскопии возможно диагностировать</p> <p>а) бронхоэктатическую болезнь</p> <p>б) интерстициальную пневмонию</p> <p>в) неосложненную кисту легкого</p> <p>г) центральный рак легкого</p> <p>д) недренирующийся абсцесс легкого</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>

2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются</p> <p>а) периферический рак легкого</p> <p>б) центральный рак легкого</p> <p>в) инородное тело бронха</p> <p>г) статус астматикус</p> <p>д) кровохарканье</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству</p> <p>а) проведенных эндоскопических исследований</p> <p>б) выявленных заболеваний</p> <p>в) выявленных заболеваний в ранних стадиях</p> <p>г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств</p> <p>д) диагностических ошибок и осложнений</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Под медицинской (санитарной) статистикой понимают</p> <p>а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости</p> <p>б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения</p> <p>в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением</p> <p>г) экстраполяцию и прогнозирование</p> <p>д) анализ деятельности ЛПУ</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит</p> <p>а) глоточная миндалина</p> <p>б) задняя стенка глотки</p>	д	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел</p>

	<p>в) небные дужки г) корень языка д) язычок мягкого неба</p>		<p>пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>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</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	г	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	У больного через неделю после выписки из стационара, где он находился по поводу язвенного кровотечения,	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика

	<p>повторилось массивное желудочно-кишечное кровотечение. Доставлен в больницу с острой массивной кровопотерей.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>		<p>заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	повторная ЭГДС через 6-8 часов	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П.,</p>

	<p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	<p>Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.</p>
--	---	--

**ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов,
лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов,
нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
Задания закрытого типа**

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Гипертрофия характеризуется а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Гиперплазия характеризуется а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чер неховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Атрофия характеризуется а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием</p>	а	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва,</p>

	<p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>		<p>Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на</p> <p>а) 12 часах</p> <p>б) 9 часах</p> <p>в) 6 часах</p> <p>г) 3 часах</p> <p>д) 2 часах</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А.</p> <p>Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Бронх Нельсона - это</p> <p>а) В₁</p> <p>б) В₂</p> <p>в) В₃</p> <p>г) В₅</p> <p>д) В₆</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <p>а) нарушения прохождения пищи по пищеводу</p> <p>б) расширения пищевода</p> <p>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</p> <p>г) спазма пищевода</p> <p>д) дискинезии пищевода</p>	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва,</p>

			Логосфера, 2012.
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см б) 39 см в) 38 см г) 37 см д) 36см</p>	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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 д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии</p>	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является</p> <p>а) эрозивный эзофагит б) язвенный эзофагит в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода г) язвы грыжевого мешка д) венозный стаз в грыжевом мешке</p>	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев

			В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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 мелкоочечными кровоизлияниями.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

	Сформулируйте ваш диагноз.		
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Верхушка Фовлера - это</p> <p>а) В6 б) В7 в) В8 г) В9 д) В10</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>

2.	<p>Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет</p> <p>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</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке</p> <p>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>	а	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи</p> <p>а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудка – кишечника тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат</p> <p>а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы</p>	а	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и</p>

	<p>б) инволюция тканей пищевода и отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода</p> <p>в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм</p> <p>г) кардиоспазм и эзофагоспазм</p> <p>д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления</p>		<p>желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является</p> <p>а) рефлюкс-эзофагит</p> <p>б) кровотечение</p> <p>в) ущемление</p> <p>г) перфорация</p> <p>д) малигнизация</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат</p> <p>а) прием внутрь едких веществ и алкоголя</p> <p>б) алкоголь и неумеренное курение</p> <p>в) неумеренное курение и инфекция</p> <p>г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого</p> <p>д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять</p> <p>а) только в течение первых суток</p> <p>б) только в течение вторых-пятых суток</p> <p>в) только спустя 6 дней</p> <p>г) только спустя 14 дней</p> <p>д) в любое время</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт, во время ЭГДС выявлено легко смещаемое	1. Аденома антрального отдела желудка.	Эндоскопическая диагностика

	<p>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>2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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 смешается.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>У больной 38 лет с жалобами на желудочный дискомфорт при ЭГДС</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль</p>	<p>Эндоскопия в</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>антрального отдела желудка.</p>	<p>диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	------------------------------------	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Гинекология»

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см д. 15 см</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев</p>

			В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе</p> <p>а) 0,5 см б) 1см в) 2 см г) 3 см д) 4см</p>	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
	Развитию кандидозного эзофагита	а	Атлас

6	<p>способствуют</p> <p>а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода</p> <p>б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз</p> <p>в) амилоидоз и диабет</p> <p>г) диабет и метаплазия эпителия</p> <p>д) метаплазия эпителия</p>		<p>эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита</p> <p>а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом</p> <p>б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре</p> <p>в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок</p> <p>г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями</p> <p>д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре</p>	б	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите</p> <p>а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином</p> <p>б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто</p>	б	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>

	желтоватым экссудатом г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом		
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.

2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>оперативное лечение..</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и</p>

	<p>выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>		<p>желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	--	--

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Зона привратника в норме имеет протяженность</p> <p>а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 2 см д) 2,5 см</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>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</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>

	сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе		
3	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	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А.Москва, Московское информационное агентство, 2008.
4	Парietальные клетки фундальных желез желудка секретируют а) пепсиноген б) соляную кислоту и внутренний фактор в) биогенные амины г) пепсиноген и биогенные амины	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	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	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.
6	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	а	Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в

			узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Степень варикозного расширения вен 2 степени</p> <p>а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена</p> <p>б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична</p> <p>в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена</p> <p>г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена</p> <p>д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена</p>	д	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают</p> <p>а) застойный эзофагит и спазм кардии</p> <p>б) расширение просвета пищевода и спазм кардии</p> <p>в) спазм кардии и усиление перистальтики</p> <p>г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода</p> <p>д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается</p> <p>а) лейомиома</p> <p>б) липома</p> <p>в) шваннома</p> <p>г) фиброма</p> <p>д) лимфангиома</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ.

			Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	Эндоскопическая характеристика лейомиомы а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка" б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра" в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.	Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
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.	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-

			информ, 2006.- 192 с.
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Метаплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачествлением</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются</p> <p>а) психические заболевания</p> <p>б) кардиоспазм 3 стадии</p> <p>в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания</p> <p>г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени</p> <p>д) стенокардия напряжения</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются</p> <p>а) инфаркт миокарда в острой стадии</p> <p>б) инсульт в острой стадии</p> <p>в) психические заболевания</p> <p>г) перфорация пищевода</p> <p>д) химический ожог пищевода III ст</p>	г	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Показанием к плановой колоноскопии является</p> <p>а) полипы прямой кишки,</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно –</p>

	<p>выявленные при ректороманоскопии</p> <p>б) болезнь Уиппла</p> <p>в) синдром мальабсорбции</p> <p>г) дисбактериоз</p> <p>д) гельминтоз</p>		<p>кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>Показанием к экстренной колоноскопии является</p> <p>а) анемия</p> <p>б) кишечное кровотечение</p> <p>в) подозрение на перфорацию толстой кишки</p> <p>г) гранулематозный колит</p> <p>д) дивертикулез толстой кишки с явлениями</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Стриктура просвета это</p> <p>а) полное закрытие просвета</p> <p>б) функциональное сужение</p> <p>в) постоянное органическое сужение просвета</p> <p>г) органическое длиной менее 1 см</p> <p>д) закрытие просвета внутриполостным препятствием</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причиной развития кардиоспазма служит</p> <p>а) стресс</p> <p>б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения</p> <p>в) желудочно-пищеводный рефлюкс</p> <p>г) хиатальная грыжа</p> <p>д) химический ожог в анамнезе</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-</p>

			информ, 2006.- 192 с.
8	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	г	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	Основной причиной развития хронического антрального гастрита является а) недоброкачественное питание б) алкоголь в) авитаминозы г) инфицирование слизистой оболочки Нр д) рефлюкс дуоденального	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите а) диффузная гиперемия б) мелкоочаговая гиперемия в) гиперемия в виде полос г) отсутствие гиперемии д) точечная гиперемия	б	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайтеразвернутый ответ		

1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастриальной области. Во время рентгенологического исследования диагностирован рак желудка. Во время</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ.</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При бронхоскопии возможно диагностировать</p> <p>а) бронхоэктатическую болезнь б) интерстициальную пневмонию в) неосложненную кисту легкого г) центральный рак легкого д) недренирующийся абсцесс легкого</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются</p> <p>а) периферический рак легкого б) центральный рак легкого</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний</p>

	<p>в) инородное тело бронха г) статус астматикус д) кровохарканье</p>		<p>пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	д	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П.,</p>

			Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <p>а) нарушения прохождения пищи по пищеводу</p> <p>б) расширения пищевода</p> <p>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</p> <p>г) спазма пищевода</p> <p>д) дискинезии пищевода</p>	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см</p> <p>б) 39 см</p> <p>в) 38 см</p> <p>г) 37 см</p> <p>д) 36см</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>а) укорочение пищевода и зияние кардии</p> <p>б) зияние кардии и формирование пищеводных колец</p> <p>в) формирование пищеводных колец и проляпс слизистой желудка в пищевод</p> <p>г) проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит</p> <p>д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
	Достоверными эндоскопическими	г	Терапевтическая

9	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		эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	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	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода,

	<p>кровопотерей.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>		<p>желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия – желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва,</p>

	применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.		Медицинское информационное агентство, 2009.
--	--	--	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Колопроктология»

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	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	б	Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
2.	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	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с

3	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	а	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А.Москва, Московское информационно е агентство, 2008.
4	Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на а) 12 часах б) 9 часах в) 6 часах г) 3 часах д) 2 часах	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
5	Бронх Нельсона - это а) В ₁ б) В ₂ в) В ₃ г) В ₅ д) В ₆	д	Эндоскопическа я диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.
6	Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация	а	Руководство по клинической эндоскопии. Сав ельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.
7	Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат	д	Эндоскопическа я диагностика

	<p>а) прием внутрь едких веществ и алкоголя</p> <p>б) алкоголь и неумеренное курение</p> <p>в) неумеренное курение и инфекция</p> <p>г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого</p> <p>д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения</p>		заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
8	<p>Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять</p> <p>а) только в течение первых суток</p> <p>б) только в течение вторых-пятых суток</p> <p>в) только спустя 6 дней</p> <p>г) только спустя 14 дней</p> <p>д) в любое время</p>	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	<p>Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат</p> <p>а) перфорация пищевода и шок</p> <p>б) выраженная интоксикация</p> <p>в) отсутствие клинической картины ожога</p> <p>г) первые 24 часа после ожога</p> <p>д) 7-е сутки после ожога</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить</p> <p>а) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей</p> <p>б) рентгенографию с барием</p> <p>в) рентгенографию с водорастворимым контрастом</p>	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П.,

	г) УЗИ д) компьютерную томографию		Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.
--	--------------------------------------	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва,</p>

	слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, «пестрая», легко ранима. Сформулируйте ваш диагноз.		ГЭОТАР-Медиа, 2014.
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. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Верхушка Фовлера - это а) В6 б) В7 в) В8 г) В9	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С.,

	д) В10		Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	а	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
	Основными причинами	а	Эндоскопия в

5	<p>возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат</p> <p>а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищевода</p> <p>б) инволюция тканей пищевода отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода</p> <p>в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм</p> <p>г) кардиоспазм и эзофагоспазм</p> <p>д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления</p>		<p>диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода</p> <p>а) линейных эрозий</p> <p>б) сливных эрозий</p> <p>в) кольцевидных эрозий</p> <p>г) пептической язвы</p> <p>д) участков желудочной метаплазии</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Основной причиной развития пищевода Барретта служит</p> <p>а) острое воспаление</p> <p>б) хроническое воспаление</p> <p>в) желудочно-пищеводный рефлюкс</p> <p>г) нарушение регенерации слизистой оболочки</p> <p>д) снижение местных защитных механизмов</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется</p> <p>а) стиранием зубчатой линии</p> <p>б) подчеркнутостью зубчатой линии</p> <p>в) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении</p> <p>г) смещением зубчатой линии в</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов</p>

	дистальном направлении д) рубцовыми изменениями зубчатой линии		В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2014.
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	г	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте диагноз.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.

	Определите метод лечения.		
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастриальной 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.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>

	Сформулируйте ваш диагноз.		
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см д. 15 см</p>	б	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p>	в	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев

			В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.
3	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе</p> <p>а) 0,5 см б) 1см в) 2 см г) 3 см д) 4см</p>	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
	Развитию кандидозного эзофагита	а	Атлас

6	<p>способствуют</p> <p>а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода</p> <p>б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз</p> <p>в) амилоидоз и диабет</p> <p>г) диабет и метаплазия эпителия</p> <p>д) метаплазия эпителия</p>		<p>эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита</p> <p>а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом</p> <p>б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре</p> <p>в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок</p> <p>г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями</p> <p>д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре</p>	б	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите</p> <p>а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином</p> <p>б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто</p>	б	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>

	желтоватым экссудатом г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом		
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.

2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>оперативное лечение..</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и</p>

	<p>выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>		<p>желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	--	--

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Зона привратника в норме имеет протяженность</p> <p>а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 2 см д) 2,5 см</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>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</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>

3	<p>Наиболее отчетливо желудочные поля видны</p> <p>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</p>	в	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А.Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Парietальные клетки фундальных желез желудка секретируют</p> <p>а) пепсиноген б) соляную кислоту и внутренний фактор в) биогенные амины г) пепсиноген и биогенные амины</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является</p> <p>а) печеночный угол б) селезеночный угол в) физиологический сфинктер Кеннона левый г) физиологический сфинктер Кеннона правый д) физиологический сфинктер Хорста</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Клинические проявления дивертикула Ценкера</p> <p>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</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж.</p>

			Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Степень варикозного расширения вен 2 степени</p> <p>а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена</p> <p>б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична</p> <p>в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена</p> <p>г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена</p> <p>д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена</p>	д	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают</p> <p>а) застойный эзофагит и спазм кардии</p> <p>б) расширение просвета пищевода и спазм кардии</p> <p>в) спазм кардии и усиление перистальтики</p> <p>г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода</p> <p>д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается</p> <p>а) лейомиома</p> <p>б) липома</p> <p>в) шваннома</p> <p>г) фиброма</p> <p>д) лимфангиома</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва,

			ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	Эндоскопическая характеристика лейомиомы а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка" б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра" в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.	Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
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.	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.

3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудка – кишечника. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	<p>Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Метаплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачествлением</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются</p> <p>а) психические заболевания</p> <p>б) кардиоспазм 3 стадии</p> <p>в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания</p> <p>г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени</p> <p>д) стенокардия напряжения</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются</p> <p>а) инфаркт миокарда в острой стадии</p> <p>б) инсульт в острой стадии</p> <p>в) психические заболевания</p> <p>г) перфорация пищевода</p> <p>д) химический ожог пищевода III ст</p>	г	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>

4	<p>Показанием к плановой колоноскопии является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии б) болезнь Уиппла в) синдром мальабсорбции г) дисбактериоз д) гельминтоз 	а	<p>Терапевтическая эндоскопия – желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Показанием к экстренной колоноскопии является</p> <ul style="list-style-type: none"> а) анемия б) кишечное кровотечение в) подозрение на перфорацию толстой кишки г) гранулематозный колит д) дивертикулез толстой кишки с явлениями 	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушения прохождения пищи по пищеводу б) расширения пищевода в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод г) спазма пищевода д) дискинезии пищевода 	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p>	в	<p>Современные технологии в</p>

	<p>а) 40 см б) 39 см в) 38 см г) 37 см д) 36см</p>		эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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 д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии</p>	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является</p> <p>а) эрозивный эзофагит б) язвенный эзофагит в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода г) язвы грыжевого мешка д) венозный стаз в грыжевом мешке</p>	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p>

	<p>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 смешается.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При бронхоскопии возможно диагностировать</p> <p>а) бронхоэктатическую болезнь</p> <p>б) интерстициальную пневмонию</p> <p>в) неосложненную кисту легкого</p> <p>г) центральный рак легкого</p> <p>д) недренирующийся абсцесс легкого</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. Москва,</p>

			Медицина, 1995.
2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются</p> <p>а) периферический рак легкого</p> <p>б) центральный рак легкого</p> <p>в) инородное тело бронха</p> <p>г) статус астматикус</p> <p>д) кровохарканье</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству</p> <p>а) проведенных эндоскопических исследований</p> <p>б) выявленных заболеваний</p> <p>в) выявленных заболеваний в ранних стадиях</p> <p>г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств</p> <p>д) диагностических ошибок и осложнений</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Под медицинской (санитарной) статистикой понимают</p> <p>а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости</p> <p>б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения</p> <p>в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением</p> <p>г) экстраполяцию и прогнозирование</p> <p>д) анализ деятельности ЛПУ</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит</p>	д	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении</p>

	<p>а) глоточная миндалина б) задняя стенка глотки в) небные дужки г) корень языка д) язычок мягкого неба</p>		<p>инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>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</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2014.
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.	Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. Москва, Медицина, 1995.
2.	У больной 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом. При ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 37 см от	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическая диагностика

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудка – кишечника. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные</p>	<p>Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Короле</p>

	<p>белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>		<p>в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.</p>
--	--	--	--

ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Гипертрофия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Гиперплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Атрофия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием</p>	а	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва,</p>

	<p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>		<p>Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на</p> <p>а) 12 часах</p> <p>б) 9 часах</p> <p>в) 6 часах</p> <p>г) 3 часах</p> <p>д) 2 часах</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А.</p> <p>Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Бронх Нельсона - это</p> <p>а) В₁</p> <p>б) В₂</p> <p>в) В₃</p> <p>г) В₅</p> <p>д) В₆</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Стриктура просвета это</p> <p>а) полное закрытие просвета</p> <p>б) функциональное сужение</p> <p>в) постоянное органическое сужение просвета</p> <p>г) органическое длиной менее 1 см</p> <p>д) закрытие просвета внутриполостным препятствием</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причиной развития кардиоспазма служит</p> <p>а) стресс</p> <p>б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения</p> <p>в) желудочно-пищеводный рефлюкс</p> <p>г) хиатальная грыжа</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой</p>

	д) химический ожог в анамнезе		кишки.Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.
8	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	г	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	Основной причиной развития хронического антрального гастрита является а) недоброкачественное питание б) алкоголь в) авитаминозы г) инфицирование слизистой оболочки Нр д) рефлюкс дуоденального	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите а) диффузная гиперемия б) мелкоочаговая гиперемия в) гиперемия в виде полос г) отсутствие гиперемии д) точечная гиперемия	б	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно

		е агентство, 2009.
--	--	-----------------------

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.-192 с.</p>
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия – желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	<p>Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Верхушка Фовлера - это</p> <p>а) В6 б) В7 в) В8 г) В9 д) В10</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>

2.	<p>Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет</p> <p>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</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке</p> <p>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>	а	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи</p> <p>а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудка – кишечника тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат</p> <p>а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы</p>	а	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и</p>

	<p>б) инволюция тканей пищевода и отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода</p> <p>в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм</p> <p>г) кардиоспазм и эзофагоспазм</p> <p>д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления</p>		<p>желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Развитию кандидозного эзофагита способствуют</p> <p>а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода</p> <p>б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз</p> <p>в) амилоидоз и диабет</p> <p>г) диабет и метаплазия эпителия</p> <p>д) метаплазия эпителия</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита</p> <p>а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом</p> <p>б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре</p> <p>в) на фоне гиперемии слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок</p> <p>г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями</p> <p>д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые</p>	б	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>

	наложения свыше 0,2 см в диаметре		
8	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	б	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А.Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Повалев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайтеразвернутый ответ		

1.	<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>Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.</p>	<p>Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастриальной области. Во время рентгенологического исследования диагностирован рак желудка. Во время</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ.</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см д. 15 см</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
	В пищеводе при эзофагоскопии	в	Эндоскопическа

2.	<p>определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p>		<p>я диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Проксимальная граница нижнего пищевого сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе</p> <p>а) 0,5 см б) 1см в) 2 см г) 3 см</p>	в	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Короле</p>

	д) 4см		в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.
6	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	б	Руководство по клинической эндоскопии.Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.
7	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	в	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
8	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при	а	Терапевтическая эндоскопия

	<p>а) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу</p> <p>б) анемии Адиссон-Бирмера</p> <p>в) тилозе</p> <p>г) синдроме Пламмер-Винсона</p> <p>д) склеродермии</p>		<p>желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
10	<p>Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является</p> <p>а) большие размеры дивертикула</p> <p>б) дивертикулит</p> <p>в) рак в дивертикуле</p> <p>г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом</p> <p>д) эрозивный эзофагит</p>	г	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Короле в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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</p>	<p>оперативное лечение..</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода,</p>

	<p>кровопотерей.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>		<p>желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	<p>повторная ЭГДС через 6-8 часов</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия – желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с</p>	<p>1. Язва желудка Forrest 2a. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва,</p>

	применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.		Медицинское информационное агентство, 2009.
--	--	--	---

ПК-6 готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Зона привратника в норме имеет протяженность а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 2см д) 2,5см	б	Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
2.	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	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
3	Наиболее отчетливо желудочные поля видны а) в своде желудка	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу

	<p>б) на большой кривизне тела желудка</p> <p>в) на задней стенке тела желудка</p> <p>г) в области угла желудка</p> <p>д) в антральном отделе</p>		<p>к А.А.Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Парietальные клетки фундальных желез желудка секретируют</p> <p>а) пепсиноген</p> <p>б) соляную кислоту и внутренний фактор</p> <p>в) биогенные амины</p> <p>г) пепсиноген и биогенные амины</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является</p> <p>а) печеночный угол</p> <p>б) селезеночный угол</p> <p>в) физиологический сфинктер Кеннона левый</p> <p>г) физиологический сфинктер Кеннона правый</p> <p>д) физиологический сфинктер Хорста</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <p>а) нарушения прохождения пищи по пищеводу</p> <p>б) расширения пищевода</p> <p>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</p> <p>г) спазма пищевода</p> <p>д) дискинезии пищевода</p>	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского</p>

			А.А.,Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см б) 39 см в) 38 см г) 37 см д) 36см</p>	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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 д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>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) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии</p>	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является</p> <p>а) эрозивный эзофагит б) язвенный эзофагит в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода г) язвы грыжевого мешка д) венозный стаз в грыжевом мешке</p>	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е.,

			Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша.</p> <p>Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

	Сформулируйте ваш диагноз.		
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Метаплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачиванием</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и</p>

			изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
2.	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	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
3	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	г	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
4	Показанием к плановой колоноскопии является а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии б) болезнь Уиппла в) синдром мальабсорбции г) дисбактериоз д) гельминтоз	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	Показанием к экстренной колоноскопии является а) анемия б) кишечное кровотечение в) подозрение на перфорацию	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода,

	толстой кишки г) гранулематозный колит д) дивертикулез толстой кишки с явлениями		желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.
6	Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
7	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	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
8	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
	Противопоказаниями к	а	Терапевтическая

9	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		эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Короле в М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационно е агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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	1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода,

	<p>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>удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастриальной 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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудка – желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>У больной 38 лет с жалобами на желудочный дискомфорт при ЭГДС выявлено: в препилорическом отделе на малой кривизне полиповидное</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>		<p>инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	--	---

ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При бронхоскопии возможно диагностировать</p> <p>а) бронхоэктатическую болезнь б) интерстициальную пневмонию в) неосложненную кисту легкого г) центральный рак легкого д) недренирующийся абсцесс легкого</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются</p> <p>а) периферический рак легкого б) центральный рак легкого в) инородное тело бронха г) статус астматикус д) кровохарканье</p>	г	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>

3	<p>Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству</p> <p>а) проведенных эндоскопических исследований</p> <p>б) выявленных заболеваний</p> <p>в) выявленных заболеваний в ранних стадиях</p> <p>г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств</p> <p>д) диагностических ошибок и осложнений</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>Под медицинской (санитарной) статистикой понимают</p> <p>а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости</p> <p>б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения</p> <p>в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением</p> <p>г) экстраполяцию и прогнозирование</p> <p>д) анализ деятельности ЛПУ</p>	в	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит</p> <p>а) глоточная миндалина</p> <p>б) задняя стенка глотки</p> <p>в) небные дужки</p> <p>г) корень языка</p> <p>д) язычок мягкого неба</p>	д	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Клинические проявления дивертикула Ценкера</p> <p>а) чувство першения в горле и неприятный запах изо рта</p> <p>б) неприятный запах изо рта и афония</p> <p>в) афония и легочные осложнения</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко</p>

	г) легочные осложнения и периодическая рвота		разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Степень варикозного расширения вен 2 степени</p> <p>а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена</p> <p>б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична</p> <p>в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена</p> <p>г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена</p> <p>д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена</p>	д	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают</p> <p>а) застойный эзофагит и спазм кардии</p> <p>б) расширение просвета пищевода и спазм кардии</p> <p>в) спазм кардии и усиление перистальтики</p> <p>г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода</p> <p>д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается</p> <p>а) лейомиома</p> <p>б) липома</p> <p>в) шваннома</p> <p>г) фиброма</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж. Чун,

	д) лимфангиома		С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	Эндоскопическая характеристика лейомиомы а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка" б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра" в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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.	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев

			В.Г.,Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	повторная ЭГДС через 6-8 часов	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	<p>1.Язва желудка Forrest2a. 2. Монополярная электрокоагуляция.</p>	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Гипертрофия характеризуется а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев	б	Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
2.	Гиперплазия характеризуется а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
3	Атрофия характеризуется а) уменьшением размеров б) увеличением размеров в) увеличением в числе г) озлокачиванием д) структурной перестройкой е) заменой одного вида на другой родственный вид ж) увеличением слоев	а	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
4	Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на	б	Терапевтическая эндоскопия

	<p>а) 12 часах б) 9 часах в) 6 часах г) 3 часах д) 2 часах</p>		<p>желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
5	<p>Бронх Нельсона - это а) В₁ б) В₂ в) В₃ г) В₅ д) В₆</p>	д	<p>Эндоскопическа я диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>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</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре.Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А.,Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых</p>	б	<p>Современные технологии в эндоскопии.Чер неховская Н.Е.,</p>

	<p>желтым экссудатом</p> <p>б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре</p> <p>в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок</p> <p>г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями</p> <p>д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре</p>		Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите</p> <p>а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином</p> <p>б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом</p>	б	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются</p> <p>а) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода</p> <p>б) стенозы пищевода и алкоголизм</p> <p>в) алкоголизм и хиатальная грыжа</p> <p>г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит</p> <p>д) рефлюкс-эзофагит</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	<p>Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода</p> <p>а) линейных эрозий</p> <p>б) сливных эрозий</p>	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода,

	<p>в) кольцевидных эрозий г) пептической язвы д) участков желудочной метаплазии</p>		<p>желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
--	---	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов</p>

	полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, «пестрая», легко ранима. Сформулируйте ваш диагноз.		В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2014.
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. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудка – кишечника. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Верхушка Фовлера - это а) В ₆ б) В ₇ в) В ₈	а	Руководство по клинической эндоскопии. Сав

	г) В9 д) В10		ельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.
2.	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	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	а	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.

5	<p>Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат</p> <p>а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищевода отверстия диафрагмы</p> <p>б) инволюция тканей пищевода отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода</p> <p>в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм</p> <p>г) кардиоспазм и эзофагоспазм</p> <p>д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления</p>	а	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Стриктура просвета это</p> <p>а) полное закрытие просвета</p> <p>б) функциональное сужение</p> <p>в) постоянное органическое сужение просвета</p> <p>г) органическое длиной менее 1 см</p> <p>д) закрытие просвета внутриполостным препятствием</p>	г	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причиной развития кардиоспазма служит</p> <p>а) стресс</p> <p>б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения</p> <p>в) желудочно-пищеводный рефлюкс</p> <p>г) хиатальная грыжа</p> <p>д) химический ожог в анамнезе</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>Причинами развития острого гастрита чаще являются</p> <p>а) прием лекарств и рефлюкс желчи</p> <p>б) рефлюкс желчи и стрессовые ситуации</p> <p>в) острые инфекции и аутоиммунные</p>	г	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов</p>

	повреждения слизистой оболочки г) стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств д) хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки		А.И.,Шумилов В.Г., Федько Р.В.Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	Основной причиной развития хронического антрального гастрита является а) недоброкачественное питание б) алкоголь в) авитаминозы г) инфицирование слизистой оболочки Нр д) рефлюкс дуоденального	г	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите а) диффузная гиперемия б) мелкоочаговая гиперемия в) гиперемия в виде полос г) отсутствие гиперемии д) точечная гиперемия	б	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка.Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии.Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва,

	Сформулируйте диагноз. Определите метод лечения.		Медицина, 1995.
2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	лимфоидная гиперплазия.	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>

	отдельных участках опухоли смещается. Сформулируйте ваш диагноз.		
5	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. Сформулируйте ваш диагноз.	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	При бронхоскопии возможно диагностировать а) бронхоэктатическую болезнь б) интерстициальную пневмонию в) неосложненную кисту легкого г) центральный рак легкого д) недренирующийся абсцесс легкого	г	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются а) периферический рак легкого б) центральный рак легкого в) инородное тело бронха г) статус астматикус д) кровохарканье	г	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец

			Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	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	в	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	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	д	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
	Наиболее распространенные	в	Атлас

6	<p>симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <p>а) нарушения прохождения пищи по пищеводу</p> <p>б) расширения пищевода</p> <p>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</p> <p>г) спазма пищевода</p> <p>д) дискинезии пищевода</p>		<p>эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см</p> <p>б) 39 см</p> <p>в) 38 см</p> <p>г) 37 см</p> <p>д) 36см</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чер неховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>а) укорочение пищевода и зияние кардии</p> <p>б) зияние кардии и формирование пищеводных колец</p> <p>в) формирование пищеводных колец и проляпс слизистой желудка в пищевод</p> <p>г) проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит</p> <p>д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец</p>	д	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационно е агентство, 2008.</p>
9	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>а) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит</p> <p>б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения</p> <p>в) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс</p> <p>г) наличие грыжевой полости и</p>	г	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А.</p>

	хиатального сужения д) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии		Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	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	а	Эндоскопическа я диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянецв Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
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.	Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно- расширенных вен пищевода в плановом порядке.	Руководство по клинической эндоскопии.Сав ельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И. , Москва, Медицина, 1995.
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.	Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.	Эндоскопическа я диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянецв Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс- информ, 2006.-

			192 с.
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Симуляционный курс ПСА»

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см д. 15 см</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44 б) 40-41 в) 36-38 г) 34-35 д) 25-26</p>	б	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва,</p>

			ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>Проксимальная граница нижнего пищевода сфинктера наиболее отчетливо видна при</p> <p>а) кардиоспазме б) халазии кардии в) хиатальной аксиальной грыже г) рефлюкс-эзофагите д) склеродермии пищевода</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе</p> <p>а) 0,5 см б) 1 см в) 2 см г) 3 см д) 4 см</p>	в	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является</p> <p>а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация</p>	а	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат</p> <p>а) прием внутрь едких веществ и алкоголя б) алкоголь и неумеренное курение в) неумеренное курение и инфекция г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернехов</p>

	д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения		ская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
8	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство,

			2009.
--	--	--	-------

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша.</p> <p>Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	<p>Дисметаболическая эзофагопатия.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	<p>Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Зона привратника в норме имеет протяженность</p> <p>а) 0,5 см б) 1 см в) 1,5 см г) 2см д) 2,5см</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в</p>

			узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
2.	<p>При раздувании воздухом складки желудка</p> <p>а) расправляются полностью</p> <p>б) не расправляются</p> <p>в) расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка</p> <p>г) расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка</p> <p>д) расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе</p>	в	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
3	<p>Наиболее отчетливо желудочные поля видны</p> <p>а) в своде желудка</p> <p>б) на большой кривизне тела желудка</p> <p>в) на задней стенке тела желудка</p> <p>г) в области угла желудка</p> <p>д) в антральном отделе</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
4	<p>Париетальные клетки фундальных желез желудка секретируют</p> <p>а) пепсиноген</p> <p>б) соляную кислоту и внутренний фактор</p> <p>в) биогенные амины</p> <p>г) пепсиноген и биогенные амины</p>	б	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний

	<p>а) печеночный угол б) селезеночный угол в) физиологический сфинктер Кеннона левый г) физиологический сфинктер Кеннона правый д) физиологический сфинктер Хорста</p>		<p>пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>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</p>	б	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

9	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	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	г	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт, во время ЭГДС выявлено легко смещаемое опухолевидное образование в диаметре	1. Аденома антрального отдела желудка. 2.	Эндоскопическая диагностика заболеваний

	<p>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>Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х. Дж. Чун, С. К. Янг, М. Г. Чой, пер. с англ. Палевской С. А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>У больной 38 лет с жалобами на желудочный дискомфорт при ЭГДС выявлено: в препилорическом отделе на</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела</p>	<p>Эндоскопия в диагностике и</p>

	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>желудка.</p>	<p>удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
--	---	-----------------	--

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Метаплазия характеризуется</p> <p>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</p>	е	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются</p> <p>а) психические заболевания б) кардиоспазм 3 стадии в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>

	д) стенокардия напряжения		
3	<p>Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются</p> <p>а) инфаркт миокарда в острой стадии б) инсульт в острой стадии в) психические заболевания г) перфорация пищевода д) химический ожог пищевода III ст</p>	г	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Показанием к плановой колоноскопии является</p> <p>а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии б) болезнь Уиппла в) синдром мальабсорбции г) дисбактериоз д) гельминтоз</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
5	<p>Показанием к экстренной колоноскопии является</p> <p>а) анемия б) кишечное кровотечение в) подозрение на перфорацию толстой кишки г) гранулематозный колит д) дивертикулез толстой кишки с явлениями</p>	б	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>
6	<p>Развитию кандидозного эзофагита способствуют</p> <p>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</p>	а	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом</p>

			спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.
7	<p>Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного эзофагита</p> <p>а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом</p> <p>б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре</p> <p>в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок</p> <p>г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями</p> <p>д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре</p>	б	Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с
8	<p>Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите</p> <p>а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином</p> <p>б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом</p> <p>г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом</p>	б	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются</p> <p>а) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода</p>	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.

	<p>б) стенозы пищевода и алкоголизм</p> <p>в) алкоголизм и хиатальная грыжа</p> <p>г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит</p> <p>д) рефлюкс-эзофагит</p>		<p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.</p>
10	<p>Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода</p> <p>а) линейных эрозий</p> <p>б) сливных эрозий</p> <p>в) кольцевидных эрозий</p> <p>г) пептической язвы</p> <p>д) участков желудочной метаплазии</p>	а	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.</p>

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>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.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	оперативное лечение..	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е.,

			Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	<p>У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.</p> <p>Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.</p>	повторная ЭГДС через 6-8 часов	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.	Терапевтическая эндоскопия желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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.</p> <p>1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest. 2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.</p>	1. Язва желудка Forrest 2а. 2. Монополярная электрокоагуляция.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Гипертрофия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачествлением</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	б	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
2.	<p>Гиперплазия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачествлением</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
3	<p>Атрофия характеризуется</p> <p>а) уменьшением размеров</p> <p>б) увеличением размеров</p> <p>в) увеличением в числе</p> <p>г) озлокачествлением</p> <p>д) структурной перестройкой</p> <p>е) заменой одного вида на другой родственный вид</p> <p>ж) увеличением слоев</p>	а	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>
4	<p>Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на</p> <p>а) 12 часах</p>	б	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно –</p>

	б) 9 часах в) 6 часах г) 3 часах д) 2 часах		кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
5	Бронх Нельсона - это а) В ₁ б) В ₂ в) В ₃ г) В ₅ д) В ₆	д	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки.Чернехов ская Н.Е., Андреев В.Г.,Черепянец Д.П., Поваляев А.В.
6	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	а	Атлас эндоскопии пищеварительно го тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре.Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А.,Москва, Логосфера, 2012.
7	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	д	Современные технологии в эндоскопии.Чер неховская Н.Е., Москва, 2004. –

	<p>0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична</p> <p>в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена</p> <p>г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена</p> <p>д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена</p>		136с
8	<p>Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают</p> <p>а) застойный эзофагит и спазм кардии</p> <p>б) расширение просвета пищевода и спазм кардии</p> <p>в) спазм кардии и усиление перистальтики</p> <p>г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода</p> <p>д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии</p>	в	Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищу к А.А.Москва, Московское информационное агентство, 2008.
9	<p>Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается</p> <p>а) лейомиома</p> <p>б) липома</p> <p>в) шваннома</p> <p>г) фиброма</p> <p>д) лимфангиома</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта.</p> <p>Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>
10	<p>Эндоскопическая характеристика лейомиомы</p> <p>а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка"</p> <p>б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра"</p> <p>в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера</p>	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев

			В.Г.,Черепянецв Д.П., Поваляев А.В.
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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.</p> <p>Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>	<p>Зонд Блекмора или Дарниша. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке.</p>	<p>Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
2.	<p>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 мелкоочечными кровоизлияниями.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянецв Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>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.</p>	<p>Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>

	Сформулируйте ваш диагноз.		
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации</p>	Дисметаболическая эзофагопатия.	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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 линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации.</p>	Рефлюкс-эзофагит 1 степени.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>Верхушка Фовлера - это</p> <p>а) В₆ б) В₇ в) В₈ г) В₉ д) В₁₀</p>	а	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И.

			, Москва, Медицина, 1995.
2.	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	б	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	а	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи а) аксиальная б) параэзофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская	а	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат	а	Эндоскопия в диагностике и удалении

	<p>а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищевода и диафрагмы</p> <p>б) инволюция тканей пищевода и диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода</p> <p>в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм</p> <p>г) кардиоспазм и эзофагоспазм</p> <p>д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления</p>		<p>инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.</p>
6	<p>Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием</p> <p>а) нарушения прохождения пищи по пищеводу</p> <p>б) расширения пищевода</p> <p>в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод</p> <p>г) спазма пищевода</p> <p>д) дискинезии пищевода</p>	в	<p>Атлас эндоскопии пищеварительного тракта: возможности высоко разрешения и изображения в узком световом спектре. Дж. Коэн, пер. с англ. Будзинского А.А., Москва, Логосфера, 2012.</p>
7	<p>Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет</p> <p>а) 40 см</p> <p>б) 39 см</p> <p>в) 38 см</p> <p>г) 37 см</p> <p>д) 36см</p>	в	<p>Современные технологии в эндоскопии. Чернеховская Н.Е., Москва, 2004. – 136с</p>
8	<p>Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются</p> <p>а) укорочение пищевода и зияние кардии</p> <p>б) зияние кардии и формирование пищеводных колец</p> <p>в) формирование пищеводных колец и пролапс слизистой желудка в</p>	д	<p>Эндоскопия - взгляд изнутри. Анищук А.А. Москва, Московское информационное агентство, 2008.</p>

	пищевод г) проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец		
9	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) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии	г	Терапевтическая эндоскопия – желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР- Медиа, 2017.
10	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	а	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайтеразвернутый ответ			
1.	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. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.

2.	<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>1. Аденома антрального отдела желудка.</p> <p>2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).</p>	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	<p>лимфоидная гиперплазия.</p>	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
4	<p>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.</p>	<p>Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.</p>	<p>Терапевтическая эндоскопия – желудочно – кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.</p>

	Сформулируйте ваш диагноз.		
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>При бронхоскопии возможно диагностировать</p> <p>а) бронхоэктатическую болезнь б) интерстициальную пневмонию в) неосложненную кисту легкого г) центральный рак легкого д) недренирующийся абсцесс легкого</p>	г	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	<p>Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются</p> <p>а) периферический рак легкого б) центральный рак легкого в) инородное тело бронха г) статус астматикус д) кровохарканье</p>	г	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец

			Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.
3	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	в	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	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	в	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	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	д	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.
	Наиболее частым осложнением	а	Руководство по

6	<p>аксиальной хиатальной грыжи является</p> <p>а) рефлюкс-эзофагит б) кровотечение в) ущемление г) перфорация д) малигнизация</p>		<p>клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.</p>
7	<p>Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат</p> <p>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</p>	д	<p>Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2006.- 192 с.</p>
8	<p>Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять</p> <p>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</p>	в	<p>Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.</p>
9	<p>Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат</p> <p>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</p>	а	<p>Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва,</p>

			ГЭОТАР-Медиа, 2017.
10	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	в	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство, 2009.

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите метод лечения.	Полип желудка. Малигнизация. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).	Руководство по клинической эндоскопии. Савельев В.С., Буянов В.В., Лукомский Г.И., Москва, Медицина, 1995.
2.	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. 1. Сформулируйте ваш диагноз. 2. Определите метод лечения.	1. Аденома антрального отдела желудка. 2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).	Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Москва, МЕДпресс-

			информ, 2006.- 192 с.
3	<p>У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	лимфоидная гиперплазия.	Эндоскопия. Базовый курс лекций. Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И., Шумилов В.Г., Федько Р.В. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.	Терапевтическая эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Х.Дж.Чун, С.К. Янг, М.Г. Чой, пер. с англ. Палевской С.А. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5	<p>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.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз.</p>	Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.	Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка. Королев М.П., Антипова М.В., Москва, Медицинское информационное агентство,

			2009.
--	--	--	-------

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

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

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 13:50 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C