


Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра Клинической физиологии, кардиологии с курсом интроскопии

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки 31.08.70 «Эндоскопия»

 - С.В. Гусев

21.05. 2025г.

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой Клинической
физиологии, кардиологии с курсом
интроскопии

 Г.Я. Хайт

21.05. 2025г

Фонд оценочных средств по дисциплине
(практика)

Наименование дисциплины: «Эндоскопия» (ординатура).

Специальность: 31.08.70 «Эндоскопия».

Форма обучения: Очная.

Год начала подготовки: 2025 г.

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
Задание закрытого типа	38 с эталоном ответов

№ п/п	Наименование компетенции	Задание	Верный вариант Эталон
1.	УК-1 Задание закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	<p>Установите соответствие между эндоскопической картиной и наиболее вероятным диагнозом.</p> <p>Эндоскопическая картина</p> <ol style="list-style-type: none"> Множественные плоские эрозии и язвы в антральном отделе и теле желудка на фоне диффузной гиперемии и отека. Одиночная язва правильной формы с ровными краями и чистым дном в луковице 12-перстной кишки. Участок "бульжной мостовой" в терминальном отделе подвздошной кишки, линейные язвы, свищевые ходы. Бледно-розовая слизистая с просвечивающими сосудами в теле желудка, антральный отдел не изменен. <p>Диагноз</p> <ol style="list-style-type: none"> Эрозивно-геморрагический гастрит Язвенная болезнь 12-перстной кишки (стадия красного рубца) Болезнь Крона (илеоцекальная форма) Атрофический гастрит (по OLGA/OLGIM) 	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г
2.	УК-1	<p>Установите соответствие между типом желудочного полипа и рекомендуемой тактикой.</p> <p>Тип полипа (по гистологии/эндоскопии)</p> <ol style="list-style-type: none"> Гиперпластический полип (<1 см), единичный. Аденоматозный полип (тубулярная аденома) 1.5 см. Полип на ножке 3 см с изъязвленной поверхностью. Множественные мелкие полипы тела желудка у пациента с FAP. <p>Тактика</p> <ol style="list-style-type: none"> Эндоскопическая полипэктомия с последующим контролем через 1 год. Срочная эндоскопическая резекция (EMR/ESD) с гистологическим исследованием. Динамическое наблюдение, контроль через 3-5 лет. Рассмотрение вопроса о гастрэктомии в плане онконастороженности. 	1-В, 2-А, 3-Б, 4-Г
3.	УК-1	<p>Установите соответствие между эндоскопическим признаком и классификацией (шкалой).</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		<p>Эндоскопический признак</p> <ol style="list-style-type: none"> Наличие и протяженность кишечной метаплазии в желудке. Внешний вид края и дна язвы 12-перстной кишки (фибрин, налет, грануляции). Количество, размер и форма вен пищевода при портальной гипертензии. Степень воспаления слизистой оболочки кишки при ВЗК. <p>Классификация / Шкала</p> <ol style="list-style-type: none"> Классификация OLGA/OLGIM Стадии язвенного процесса по Forrest Классификация Raquet Эндоскопический индекс Mayo (для ЯК) 	
4.	УК-1 Задания закрытого типа на установленном и последовательности (3 задания)	<p>Расположите в правильной последовательности этапы выполнения диагностической эзофагогастроуденоскопии (ЭГДС).</p> <ol style="list-style-type: none"> Осмотр пищевода при извлечении аппарата. Осмотр луковицы и постбульбарных отделов 12-перстной кишки. Осмотр кардии, дна и тела желудка. Осмотр гортаноглотки и введение эндоскопа. Осмотр антрального отдела желудка и пилорического канала. 	4, 3, 5, 2, 1.
5.	УК-1	<p>Расположите этапы анализа эндоскопической картины язвы в логической последовательности.</p> <ol style="list-style-type: none"> Определение локализации язвы. Оценка состояния периульцерозной зоны (гастрит, деформация). Формулировка эндоскопического заключения с указанием стадии (например, по Forrest). Детальная характеристика язвенного дефекта (форма, края, дно, размер). Забор биоптатов для гистологии и <i>H. pylori</i>. 	1, 4, 2, 5, 3.
6.	УК-1	<p>Расположите в порядке приоритетности действия при обнаружении активного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода во время ЭГДС.</p> <ol style="list-style-type: none"> Немедленное начало эндоскопического гемостаза (лигирование, склеротерапия). Оценка витальных функций и начало реанимационных мероприятий при необходимости. Установка диагноза и определение источника кровотечения. Подготовка аппаратуры и медикаментов для гемостаза. <p>Обеспечение венозного доступа и начало инфузионной терапии.</p>	2, 5, 3, 4, 1.
7.	УК-1 Задания открытого типа с развернуты	<p>Клиническая задача.</p> <p>Пациент 45 лет, направлен на ЭГДС с жалобами на изжогу, отрыжку кислым. При эндоскопии: в нижней трети пищевода определяются</p>	<ol style="list-style-type: none"> Эндоскопический диагноз: Рефлюкс-эзофагит. Эндоскопические признаки недостаточности кардии. Данная картина

	<p>м ответом / задача (3 задания)</p>	<p>циркулярно расположенные языки гиперемированной слизистой, поднимающиеся на 3 см от Z-линии. Кардия смыкается не полностью. В желудке и ДПК без особенностей.</p> <p>1. Проанализируйте эндоскопическую картину. Поставьте эндоскопический диагноз.</p> <p>2. Синтезируйте данные: к какой классификации относится данное изменение? Какие возможные осложнения вы можете предположить?</p> <p>3. Сформулируйте рекомендации и по дальнейшему обследованию и лечению.</p>	<p>соответствует Лос-Анджелесской классификации рефлюкс-эзофагита (вероятно, степень А или В, в зависимости от ширины поражения). Возможные осложнения: формирование пептической стриктуры пищевода, пищевод Барретта, кровотечение.</p> <p>3.Рекомендации: забор биоптатов для исключения пищевода Барретта (по протоколу), суточная рН-метрия для подтверждения ГЭРБ. Лечение: ингибиторы протонной помпы в стандартной дозе, рекомендации по изменению образа жизни. Контрольная ЭГДС через 8 недель терапии.</p>
8.	<p>УК-1</p>	<p>Аналитическое задание. Вам представлены две гистологические заключения после эндоскопической резекции слизистой (EMR) образований желудка:</p> <p>Образец А: "Фовеолярная гиперплазия, воспалительный инфильтрат. Признаков дисплазии нет."</p> <p>Образец Б: "Тубулярная аденома с низкодифференцированной интраэпителиальной неоплазией (дисплазией) высокой степени. В крае резекции опухолевые клетки не определяются."</p> <p>1.Проанализируйте каждый гистологический диагноз.</p> <p>2.Проведите синтез: Какой риск малигнизации у каждого образования? Как изменится тактика ведения пациента в каждом случае?</p> <p>3.Абстрагируйтесь: К каким общим группам патологии желудка (неопластические/не-неопластические) относятся данные изменения?</p>	<p>1.Образец А описывает гиперпластический полип – доброкачественное, не неопластическое образование с минимальным риском малигнизации. Образец Б описывает аденому с тяжелой дисплазией – облигатный предрак, риск малигнизации очень высок.</p> <p>2.Тактика: Для А – наблюдение, контрольная ЭГДС через 3-5 лет. Для Б – учитывая высокий риск, необходим тщательный контроль края резекции; рекомендуется контрольная ЭГДС с биопсией зоны резекции через 3-6 месяцев, затем ежегодно. Возможно обсуждение более радикальной резекции (ESD) при сомнениях.</p> <p>3.Образец А относится к не-неоластическим поражениям желудка. Образец Б – к неоластическим поражениям (предраковым).</p>
9.	<p>УК-1</p>	<p>Ситуационное задание. Во время колоноскопии у пациента 60 лет в сигмовидной кишке обнаружен полусферический полип на широком основании, размером 2</p>	<p>1."Красные флажки": размер >1 см, форма на широком основании (сидячий), изъязвление поверхности.</p> <p>2.План: 1) Тщательная</p>

		<p>см, с изъязвлением в центре.</p> <p>1. Проанализируйте ситуацию: какие эндоскопические признаки являются "красными флажками" возможной малигнизации?</p> <p>2. Синтезируйте план действий: Опишите алгоритм ваших действий в данной ситуации. Какие методы эндоскопии могут помочь в оценке?</p> <p>3. Сформулируйте возможные варианты эндоскопического лечения и критерии выбора между ними.</p>	<p>промывка и аспирация. 2) Использование хромоэндоскопии с индигокармином или NBI для оценки структуры поверхности и сосудистого рисунка (JNET или Pit pattern классификация).</p> <p>3) При подозрении на подслизистую инвазию – проведение эндоскопического УЗИ (EUS) для оценки глубины. 4) Забор прицельных биопсий из наиболее подозрительных участков.</p> <p>3. Варианты лечения: Если нет признаков глубокой подслизистой инвазии (sm1), метод выбора – эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD), так как она обеспечивает en-bloc резекцию и точное гистологическое исследование. Альтернатива – кусковая эндоскопическая резекция слизистой (EMR), но риск нерадикальности выше. При признаках инвазии глубже sm1 – пациент направляется на хирургическое лечение.</p>
10.	УК-1 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Перечислите абсолютные противопоказания к проведению плановой диагностической ЭГДС.	Отказ пациента; острый инфаркт миокарда; инсульт в острой стадии; агональное состояние; декомпенсированная коагулопатия; аневризма аорты (грудного отдела) в стадии расслоения; шок некупированный.
11.	УК-1	Назовите основные эндоскопические признаки, позволяющие дифференцировать язвенный колит от болезни Крона в толстой кишке.	Язвенный Колит: непрерывное поражение от прямой кишки, диффузная гиперемия, зернистость, контактная кровоточивость, эрозии, язвы, псевдополипы. БК: сегментарное ("прыжок кенгуру") поражение, афтозные язвы, продольные/щелевидные язвы, симптом "булыжной мостовой", свищи, стриктуры.
12.	УК-1	Что такое "Парижская классификация" поверхностных	Это эндоскопическая классификация, описывающая

		неоплазий ЖКТ и для чего она применяется?	макроскопический тип (полиповидный, неполиповидный, с углублением) и размер поверхностных опухолевых поражений пищевода, желудка и толстой кишки. Применяется для оценки риска подслизистой инвазии и выбора метода эндоскопического лечения (EMR или ESD).
13.	УК-1 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий)	Выберите один правильный ответ. Какой метод является "золотым стандартом" для диагностики инфекции <i>Helicobacter pylori</i> во время ЭГДС а) Быстрый уреазный тест б) Цитологическое исследование в) Серологический анализ крови г) Дыхательный уреазный тест	а)
14.	УК-1	Выберите один правильный ответ. Признаком малигнизации язвы желудка при ЭГДС не является: а) Четкие ровные края б) Изъеденность и неровность краев в) Контактная кровоточивость г) Дно покрыто фибрином, края отечны	а)
15.	УК-1	Выберите несколько правильных ответов. Показаниями к срочной (ургентной) ЭГДС являются: а) Плановый скрининг на рак желудка б) Подозрение на продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение в) Инородное тело пищевода г) Дисфагия неясного генеза (в плановом порядке) д) Подозрение на перфорацию полого органа	б, в, д
16.	УК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Пищевод Барретта диагностируется только при наличии кишечной метаплазии в биоптатах, взятых из смещенного цилиндрического эпителия пищевода.	Верно.
17.	УК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Эндоскопическая полипэктомия мелких полипов (<5 мм) в толстой кишке всегда обязательна.	Неверно (гиперпластические полипы в прямой и сигмовидной кишке до 5 мм могут не удаляться по некоторым рекомендациям).
18.	УК-1	Выберите один правильный ответ. Какой эндоскопический признак характерен для целиакии?	в)

		<p>а) "Булыжная мостовая" б) Линейные и серпигинозные язвы в) Уменьшение количества складок, "мозаичный" рисунок слизистой, scalloping (зазубренность) складок г) Диффузная гиперемия и зернистость</p>	
19.	УК-1	<p>Выберите один правильный ответ. Для эндоскопической картины язвенного кровотечения по Forrest IIb характерно: а) Струйное артериальное кровотечение б) Тромбированный сосуд на дне язвы в) Плоское темное пятно (гематин-пигментное пятно) на дне г) Свежий сгусток, фиксированный к язве, который не смывается струей воды</p>	г)
20.	УК-1	<p>Выберите несколько правильных ответов. Какие из перечисленных методов относятся к эндоскопическим методам лечения рака пищевода на ранней стадии (T1a)? а) Эндоскопическая резекция слизистой (EMR) б) Эзофагэктомия в) Аргон-плазменная коагуляция (АПК) г) Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) д) Лазерная деструкция</p>	а, г
21.	УК-1	<p>Утверждение: Верно/Неверно. Хромозэндоскопия с использованием раствора Люголя обязательна для скрининга плоскоклеточного рака пищевода в группах высокого риска.</p>	Верно.
22.	УК-1	<p>Выберите один правильный ответ. Что такое "signet ring cell carcinoma" (перстневидноклеточный рак) при эндоскопии желудка и как он часто выглядит? а) Четко отграниченный экзофитный полиповидный рост б) Диффузная инфильтрация (linitis plastica) с ригидностью стенок, без выраженного изъязвления в) Глубокая язва с валикообразными краями г) Субэпителиальное образование</p>	б)
23.	УК-1	<p>Выберите один правильный ответ. Какой метод эндоскопической визуализации позволяет оценить глубину инвазии опухоли в стенку органа? а) Узкоспектральная эндоскопия (NBI) б) Хромозэндоскопия с индигокармином в) Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС, EUS) г) Автофлюоресценция</p>	в)
24.	УК-1	<p>Выберите несколько правильных ответов. Осложнениями диагностической колоноскопии могут быть: а) Кровотечение б) Перфорация в) Синдром постполипэктомической коагуляции</p>	д

		г) Аллергическая реакция на седативные препараты д) Все перечисленное	
25.	УК-1	Утверждение: Верно/Неверно. При обнаружении пищевода Барретта без дисплазии контрольную ЭГДС с биопсией следует проводить каждые 3-5 лет.	Верно (согласно большинству современных рекомендаций)
26.	УК-1	Выберите один правильный ответ. Какой эндоскопический доступ является оптимальным для диагностики и дренирования постнекротических псевдокист поджелудочной железы, расположенных в непосредственной близости от стенки желудка или ДПК? а) Чрескожный под контролем УЗИ б) Эндоскопический, через стенку желудка или ДПК (цистогастростомия/цистодуоденостомия) в) Лапароскопический г) Открытый хирургический	б)
27.	УК-1	Выберите один правильный ответ. Что означает аббревиатура EMR в эндоскопии? а) Эндоскопическая магнитно-резонансная томография б) Эндоскопическая мукозальная резекция в) Эндоскопическая микрохирургическая резекция г) Эндоскопическая механическая реканализация	б)
28.	УК-1	При плановой ЭГДС у пациента 55 лет в антральном отделе желудка визуализируется участок слизистой с неровной, зернистой поверхностью, легко кровоточащий при контакте с эндоскопом, диаметром около 1.5 см. Наиболее вероятный предварительный диагноз: а) Эрозивный гастрит б) Полип желудка в) Ранний рак желудка (тип 0-IIc) г) Эктопия слизистой пищевода д) Лимфома желудка	в)
29.	УК-1	Абсолютным противопоказанием к проведению плановой диагностической колоноскопии является: а) Дивертикулез ободочной кишки б) Беременность в I триместре в) Подозрение на перфорацию кишечника г) Неполная подготовка кишечника д) Ишемическая болезнь сердца	в)
30.	УК-1	Основное преимущество техники подводной эндоскопической резекции слизистой (UEMR) перед стандартной EMR с подслизистой инъекцией для резекции крупных (>2 см) плоских образований в толстой кишке: а) Более низкая стоимость б) Лучшая визуализация границ образования за счет естественной «подвески» слизистой в жидкости в) Возможность использования любой	б)

		<p>диатермической петли</p> <p>г) Отсутствие необходимости в гемостазе</p> <p>д) Снижение риска синдрома постполипэктомии</p>	
31.	УК-1	<p>Пациент 70 лет доставлен с клиникой профузного желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», мелена, гемодинамика нестабильна). После стабилизации состояния в ОРИТ и переливания эритроцитарной массы принято решение об экстренной ЭГДС. Наиболее вероятная находка и тактика:</p> <p>а) Эрозивный гастрит – орошение гемостатиком</p> <p>б) Язва ДПК с видимым сосудом (Forrest Ia) – комбинированный гемостаз (инъекция + клипирование/коагуляция)</p> <p>в) Варикозно расширенные вены пищевода – лигирование</p> <p>г) Синдром Мэллори-Вейсса – наблюдение</p> <p>д) Ангиодисплазия – аргоноплазменная коагуляция</p>	б)
32.	УК-1	<p>Режим узкоспектрального изображения (NBI) наиболее информативен для:</p> <p>а) Улучшения общей освещенности в полых органах</p> <p>б) Визуализации сосудистого рисунка слизистой и границ неопластических образований</p> <p>в) Проведения интраоперационной навигации</p> <p>д) Увеличения глубины резкости</p> <p>е) Дифференциации мышечной и соединительной ткани</p>	Б)
33.	УК-1	<p>При ЭГДС у пациента с длительным анамнезом ГЭРБ выявлены линейные дефекты слизистой в дистальном отделе пищевода. По Лос-Анджелесской классификации это соответствует эзофагиту степени:</p> <p>а) А</p> <p>б) В</p> <p>в) С</p> <p>г) D</p> <p>д) М</p>	Б)
34.	УК-1	<p>Наиболее частое серьезное осложнение диагностической колоноскопии:</p> <p>а) Кровотечение</p> <p>б) Перфорация</p> <p>в) Инфекция</p> <p>г) Аллергическая реакция на седацию</p> <p>д) Острая задержка мочи</p>	Б)
35.	УК-1	<p>При колоноскопии в сигмовидной кишке обнаружено образование на широком основании с изъязвленной поверхностью и ригидными, подрытыми краями, суживающее просвет кишки. Лимфоузлы не визуализируются. Наиболее вероятно:</p> <p>а) Дивертикулит</p> <p>б) Туберкулез кишечника</p> <p>в) Аденокарцинома толстой кишки</p> <p>г) Воспалительный полип</p>	В)

		д) Лимфома	
36.	УК-1	Показанием к эндоскопическому стентированию толстой кишки не является: а) Паллиативное лечение неоперабельного стенозирующего рака б) Острая обтурационная кишечная непроходимость на фоне дивертикулита в) Мост к операции (bridge-to-surgery) при обструктивном раке г) Лечение послеоперационных стриктур д) Предоперационная декомпрессия	Б)
37.	УК-1	Основное диагностическое преимущество эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) перед КТ в оценке новообразований поджелудочной железы: а) Возможность оценки отдаленных метастазов б) Возможность проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (FNA) под прямым контролем в) Лучшая визуализация костных структур г) Более высокая скорость исследования д) Отсутствие необходимости в седации	Б)
38.	УК-1	Пациент 30 лет проглотил зубной протез с металлическими крючками 6 часов назад. При обзорной рентгенографии инородное тело определяется на уровне грудного отдела пищевода. Тактика: а) Назначить прокинетики и наблюдать б) Срочная эндоскопия с использованием защитного колпачка для извлечения в) Попытка протолкнуть в желудок гидростатическим баллоном г) Назначить гастрографин и повторить рентген через 12 часов д) Срочное хирургическое вмешательство	Б)
39.	УК-1	Полиповидное образование в толстой кишке на ножке (redunculated) диаметром 1.5 см по Парижской классификации морфологии поверхностных неоплазий относится к типу: а) 0-Is б) 0-Ip в) 0-IIa г) 0-IIb д) 0-III	Б)
40.	УК-1	При эндоскопическом исследовании у пациента с дисфагией выявлена кардиоэзофагеальная опухоль, циркулярно суживающая просвет. Биопсия – аденокарцинома. Пациент отказывается от операции. Оптимальный метод паллиативного восстановления проходимости: а) Баллонная дилатация б) Аргоноплазменная реканализация	Б)

		<p>в) Установка саморасправляющегося металлического стента</p> <p>г) Лазерная деструкция</p> <p>д) Фотодинамическая терапия</p>	
41.	УК-1	<p>Для профилактики инфекционного эндокардита перед плановой колоноскопией с полипэктомией антибиотикопрофилактика обязательна у пациентов с:</p> <p>а) Артериальной гипертензией</p> <p>б) Сахарным диабетом 2 типа</p> <p>в) Протезированным клапаном сердца</p> <p>г) Хроническим холециститом</p> <p>д) Язвенной болезнью в анамнезе</p>	В)
42.	УК-1	<p>Ключевым этапом эндоскопической субмукозальной диссекции (ESD), определяющим радикальность резекции и частоту осложнений, является:</p> <p>а) Инъекция раствора метиленового синего</p> <p>б) Маркировка границ</p> <p>в) Адекватное формирование подслизистой «подушки» и послойная диссекция в подслизистом слое</p> <p>г) Коагуляция сосудов в ложе</p> <p>д) Извлечение препарата</p>	В)
43.	УК-1	<p>«Золотым стандартом» подготовки к плановой колоноскопии на сегодняшний день считается:</p> <p>а) Очистительная клизма утром в день исследования</p> <p>б) Прием 4 литров полиэтиленгликоля за 24 часа</p> <p>в) Прием 2-4 литров полиэтиленгликоля по split-схеме (часть накануне, часть утром в день исследования)</p> <p>г) Трехдневная бесшлаковая диета</p> <p>д) Прием осмотических слабительных (пикосульфат натрия)</p>	В)
44.	УК-1	<p>При ЭГДС в луковице ДПК визуализируется полиповидное образование с изъязвлением в центре. Признак наиболее характерен для:</p> <p>а) Аденомы ДПК</p> <p>б) Экстраорганных образований (например, опухоли головки поджелудочной железы, прорастающей в стенку ДПК)</p> <p>в) Болезни Крона</p> <p>г) Гетеротопии слизистой желудка</p> <p>д) Лимфофолликулярной гиперплазии</p>	Б)
45.	УК-1	<p>Показанием к экстренной ЭРХПГ НЕ является:</p> <p>а) Хронический калькулезный холецистит вне обострения</p> <p>б) Острый билиарный панкреатит с холедохолитиазом</p> <p>в) Острый гнойный холангит</p> <p>г) Травматическое повреждение желчных протоков</p> <p>д) Обтурационная желтуха опухолевого генеза (как первый этап декомпрессии)</p>	А)
46.	УК-1	<p>При ЭГДС по поводу язвенного кровотечения обнаружена язва желудка с плотным фиксированным</p>	Б)

		тромбом в дне (Forrest IIb). Тактика: а) Инъекционная терапия адреналином б) Может рассматриваться как показание к эндоскопическому гемостазу (клипирование/коагуляция), но риск рецидива ниже, чем при Forrest Ia-Ib в) Срочное хирургическое вмешательство г) Назначение ИПП и наблюдение, эндоскопический гемостаз не требуется д) Аргоноплазменная коагуляция всей поверхности язвы	
47.	УК-1	Для проведения чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) ключевым условием является: а) Наличие злокачественного новообразования б) Возможность адекватной трансиллюминации передней брюшной стенки светом эндоскопа в) Отсутствие асцита г) Предыдущие операции на желудке д) Возраст пациента старше 60 лет	Б)
48.	УК-1	Основная цель скрининговой колоноскопии в популяции среднего риска: а) Лечение обнаруженных полипов б) Выявление и удаление аденоматозных полипов для профилактики колоректального рака в) Диагностика воспалительных заболеваний кишечника д) Оценка моторики толстой кишки е) Диагностика дивертикулеза	Б)
49.	УК-1	Основным преимуществом капсульной эндоскопии перед баллонной энтероскопией является: а) Возможность взятия биопсии б) Неинвазивность и полная визуализация всей тонкой кишки в) Возможность проведения терапевтических вмешательств г) Более высокая точность диагностики патологии в начальных отделах тощей кишки д) Возможность контроля положения капсулы	Б)
50.	УК-1	Синдром постполипэктомии (коагуляционный синдром) после эндоскопической резекции слизистой толстой кишки клинически проявляется: а) Профузным кишечным кровотечением в первые 6 часов б) Лихорадкой, лейкоцитозом, болью в животе без признаков перфорации при КТ через 1-5 дней после вмешательства в) Острой задержкой мочи г) Местным перитонитом вследствие микроперфорации д) Ишемией стенки кишки в зоне резекции	Б)

ПК-2 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
Задание закрытого типа	38 с эталоном ответов

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант Эталон
1	ПК-2 Задания закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	<p>Установите соответствие между эндоскопической картиной и наиболее точным синдромом/нозологической формой с указанием возможного кода МКБ-10.</p> <p>Эндоскопическая картина (ЭГДС)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одиночный дефект слизистой в луковице ДПК до 1 см с ровными краями, дно покрыто фибрином, периульцерозный вал. 2. Множественные линейные и щелевидные язвы, симптом "булыжной мостовой" в терминальном отделе подвздошной кишки. 3. Циркулярные язвы гиперемии слизистой, поднимающиеся на 2 см от Z-линии. Кардия смыкается полностью. 4. Диффузная гиперемия, отек, контактная кровоточивость слизистой прямой и сигмовидной кишки, отсутствие сосудистого рисунка. <p>Диагноз / Синдром (МКБ-10)</p> <p>А. Язва двенадцатиперстной кишки (K26.9) Б. Болезнь Крона тонкой кишки (K50.0) В. Рефлюкс-эзофагит (K21.0) Г. Язвенный проктосигмоидит (K51.2)</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
2	ПК-2	<p>Установите соответствие между описанием патологического образования и его нозологической формой (гистологическим диагнозом) с кодом МКБ-10 из класса новообразований.</p> <p>Описание образования (при эндоскопии и гистологии)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Полиповидное образование в желудке. Гистология: железы вытянутой формы, кистозно-расширенные, воспалительный инфильтрат в строме. 2. Изъязвленное образование в антральном отделе желудка. Гистология: атипичные железы, инфильтрирующие подслизистый слой. 3. Субэпителиальное образование в пищеводе. 	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		<p>Гистология (после ЭУС-пункции): веретенообразные клетки. 4. Плоское, слегка приподнятое поражение в толстой кишке. Гистология: зубчатые крипты, дисплазия низкой степени. Нозологическая форма (МКБ-10) А. Гиперпластический полип желудка (K31.7) Б. Аденокарцинома желудка (C16.9) В. Лейомиома пищевода (D13.0) Г. Традиционная серратная аденома (D12.6)</p>	
3	ПК-2	<p>Установите соответствие между клинико-эндоскопическим синдромом и наиболее вероятной причиной (нозологической формой). Клинико-эндоскопический синдром 1. Синдром верхних желудочно-кишечных кровотечений. ЭГДС: варикозно расширенные вены пищевода III ст. с признаками свежего кровотечения. 2. Синдром диспепсии. ЭГДС: множественные эрозии в антральном отделе и теле желудка на фоне гиперемии. 3. Синдром мальабсорбции, диарея. Эндоскопия тонкой кишки: уплощение слизистой, исчезновение ворсин, мозаичный рисунок. 4. Синдром кишечной непроходимости. Колоноскопия: циркулярное сужение просвета с изъязвленными краями, невозможность пройти аппарат. Наиболее вероятная причина (нозологическая форма) А. Цирроз печени с портальной гипертензией (K74.6 + I98.3*) Б. Эрозивный гастрит, ассоциированный с НР (K29.4) В. Целиакия (глютеновая энтеропатия) (K90.0) Г. Колоректальный рак (C18.9)</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
4	ПК-2 Задания закрытого типа на установление последовательности (3 задания)	<p>Расположите этапы формулировки развернутого клинического диагноза после эндоскопии в правильной логической последовательности. 1. Указание локализации процесса (например, луковица ДПК, антральный отдел желудка). 2. Определение нозологической формы на основе гистологии и клиники (например, язвенная болезнь). 3. Указание фазы и степени активности (например, обострение, эрозивный гастрит II ст.). 4. Выделение ведущего клинического синдрома (например, болевой диспептический синдром). 5. Указание этиологии и коморбидности (например, ассоциированная с H. pylori, анемия легкой степени).</p>	4, 2, 1, 3, 5.
5	ПК-2	Расположите в последовательности от наиболее	2, 1, 4, 3, 5.

		<p>частого к наименее частому возможные причины (нозологические формы) синдрома желудочно-кишечного кровотечения, выявляемые при ЭГДС.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эрозивный гастрит. 2. Язва желудка или ДПК. 3. Синдром Мэллори-Вейсса. 4. Варикозное расширение вен пищевода. 5. Рак желудка. 	(В зависимости от популяции, ВРВП может быть на 2-3 месте)
6	ПК-2	<p>Расположите этапы дифференциальной диагностики при выявлении «полипа» толстой кишки во время колоноскопии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гистологическая верификация (биопсия или полипэктомия). 2. Оценка макроскопических признаков (размер, форма, поверхность, цвет). 3. Определение нозологической формы (гиперпластический, аденоматозный, гамартомный и т.д.). 4. Использование дополнительных методов визуализации (хромозндоскопия, NBI для оценки структуры). 5. Исключение неопластического потенциала. 	2, 4, 1, 3, 5.
7	<p>ПК-2</p> <p>Задания открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)</p>	<p>Клиническая задача.</p> <p>Пациент, 48 лет, поступил с жалобами на кинжальную боль в эпигастрии, напряжение мышц передней брюшной стенки. При обзорной рентгенографии – серп воздуха под диафрагмой. Экстренно выполнена ЭГДС. В желудке натошак большое количество мутного содержимого с примесью желчи. На малой кривизне тела желудка визуализируется глубокая язва диаметром около 1,5 см с перфоративным отверстием в центре, прикрытым фибрином и сальником.</p> <p>Определите патологическое состояние и нозологическую форму. Сформулируйте развернутый диагноз в соответствии с МКБ-10.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проанализируйте эндоскопическую картину. Какие синдромы она отражает? 2. Обоснуйте дальнейшую тактику, исходя из установленного диагноза. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, язва тела желудка (малая кривизна), обострение. Осложнение: Прикрытая перфорация язвы. (Коды: K25.1 – Острая с перфорацией, либо K25.6 – Хроническая или неуточненная с перфорацией, в зависимости от анамнеза). 2. Анализ: Эндоскопическая картина отражает синдром «острого живота» (перфорация) и синдром язвенного поражения желудка. Наличие прикрытой перфорации – критическое состояние. 3. Тактика: Экстренная госпитализация в хирургический стационар. Эндоскопия в данном случае – диагностический этап. Основное лечение – срочное оперативное вмешательство (ушивание перфорации, резекция). Консервативное лечение (антибиотики, ИПП) – только в составе предоперационной подготовки.

8	ПК-2	<p>Аналитическое задание. На плановой колоноскопии у пациента 65 лет в восходящей ободочной кишке обнаружено полуциркулярное изъязвленное образование, суживающее просвет, с валикообразными краями. Биопсия: умеренно-дифференцированная аденокарцинома.</p> <p>1. Определите нозологическую форму и укажите код по МКБ-10. Сформулируйте эндоскопический диагноз.</p> <p>2. Проанализируйте, к каким синдромам может приводить данное заболевание на разных стадиях (до и после выявления).</p> <p>3. Синтезируйте информацию: Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения стадии процесса (классификация TNM) и почему?</p>	<p>1. Диагноз: Рак ободочной кишки (аденокарцинома восходящего отдела). Код МКБ-10: C18.2 (Рак восходящей ободочной кишки). Эндоскопический диагноз: Эндофитно-язвенная опухоль восходящей ободочной кишки.</p> <p>2. Синдромы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • До выявления: Синдром кишечного дискомфорта, синдром анемии (при хронической кровопотере), синдром частичной кишечной непроходимости (при значительном сужении). • После выявления: Синдром неопластического процесса, синдром интоксикации (на поздних стадиях). <p>3. Дополнительные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • КТ органов брюшной полости и грудной клетки с контрастированием – для оценки глубины инвазии (Т), состояния регионарных лимфоузлов (N) и выявления отдаленных метастазов (M) (печень, легкие). • МРТ малого таза (при раке прямой кишки, здесь менее актуально). • УЗИ брюшной полости – как скрининговый метод. • Онкомаркеры (РЭА, СА 19-9) – для последующего наблюдения.
9	ПК-2	<p>Ситуационное задание. Пациентке 35 лет выполнена ЭГДС по поводу изжоги. Заключение: «Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит LA-A. Очаговая гиперемия слизистой антрального отдела». Биопсия из пищевода: очаги кишечной метаплазии.</p> <p>1. Определите все выявленные патологические состояния. Сформулируйте диагнозы с кодами МКБ-10.</p>	<p>1. Диагнозы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пищевод Барретта (без дисплазии) – K22.7 • Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом – K21.0 • Антральный гастрит (неуточненный) – K29.7 <p>2. Анализ: ГЭРБ является причиной развития пищевода Барретта (ПБ) как осложнения длительного кислотного повреждения. Наиболее значим</p>

		<p>2. Проанализируйте взаимосвязь между этими состояниями. Какое из них является наиболее клинически значимым в долгосрочной перспективе и почему?</p> <p>3. Сформулируйте рекомендации по дальнейшему обследованию для уточнения нозологической формы и степени риска.</p>	<p>– ПБ, так как это предраковое состояние, ассоциированное с повышенным риском аденокарциномы пищевода.</p> <p>3. Рекомендации:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Уточнение ПБ: Повторная ЭГДС с четырехквadrантной биопсией по Сиэтлскому протоколу (каждые 1-2 см) для точной оценки протяженности и исключения дисплазии. •Оценка ГЭРБ: Суточная рН-импедансометрия для подтверждения патологического рефлюкса. •Оценка желудка: Дыхательный тест на H. pylori для уточнения характера гастрита.
10	ПК-2 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Какой код по МКБ-10 соответствует диагнозу «Острый эрозивный гастрит с кровотечением»?	K29.0 – Острый геморрагический гастрит.
11	ПК-2	Назовите основные нозологические формы, которые необходимо исключить при синдроме дисфагии у пациента пожилого возраста, и какое эндоскопическое исследование является первоочередным?	Необходимо исключить: рак пищевода, пептическую стриктуру, ахалазию кардии, эзофагит. Первоочередное исследование – ЭГДС.
12	ПК-2	Что такое «синдром Мэллори-Вейсса» и какой код МКБ-10 ему соответствует?	Это продольный разрыв слизистой оболочки кардиального отдела желудка и/или пищевода, возникающий при повторной рвоте. Код МКБ-10: K22.6.
13	ПК-2 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий – примеры 10 заданий)	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Какой код МКБ-10 соответствует диагнозу «Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией»?</p> <p>а) K29.4 б) K29.5 в) K29.6 г) K29.7</p>	б) K29.5 – Хронический атрофический гастрит.
14	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>При эндоскопии выявлена одиночная язва в луковице ДПК с чистым дном. Это соответствует стадии по Forrest:</p> <p>а) Forrest Ia б) Forrest Ib</p>	г) Forrest III – Язва без признаков кровотечения.

		в) Forrest II г) Forrest III	
15	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. К синдрому «нижних желудочно-кишечных кровотечений» могут приводить следующие нозологические формы, выявляемые при колоноскопии: а) Дивертикулез ободочной кишки с дивертикулитом б) Ангиодисплазия слизистой толстой кишки в) Язвенная болезнь желудка г) Геморрой III степени д) Эрозивный дуоденит	а, б, г
16	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «Пищевод Барретта» может быть установлен только при гистологическом подтверждении наличия кишечной метаплазии в биоптатах из пищевода.	Верно.
17	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Все полипы толстой кишки, независимо от гистологического типа, кодируются в МКБ-10 как «доброкачественное новообразование ободочной кишки» (D12).	Неверно. Гиперпластические полипы часто кодируются в рубрике K63.5 (Полип ободочной кишки), а аденоматозные – в D12.
18	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Эндоскопическая картина: бледно-розовая слизистая желудка с просвечивающими сосудами, истончение складок. Наиболее соответствует диагнозу: а) Эрозивный гастрит б) Гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие) в) Атрофический гастрит г) Поверхностный гастрит	в)
19	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой нозологической форме наиболее соответствует эндоскопическая картина «симптома булыжной мостовой» в подвздошной кишке? а) Язвенный колит б) Болезнь Крона в) Туберкулезный илеотифлит г) Ишемический колит	б)
20	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных эндоскопических признаков являются «красными флажками» при язве желудка, требующими обязательной множественной биопсии?	б, в

		<p>а) Локализация на малой кривизне б) Размер более 2 см в) Неровные, подрытые края г) Дно язвы чистое, покрытое фибрином д) Слизистая вокруг язвы бледная, атрофичная</p>	
21	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «функциональная диспепсия» (K30) может быть установлен только после проведения ЭГДС для исключения органической патологии.</p>	Верно (согласно Римским критериям IV).
22	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент с циррозом печени. При ЭГДС выявлены варикозно расширенные вены пищевода II степени без признаков кровотечения. Какой код МКБ-10 будет основным для данного состояния? а) I85.0 б) I85.9 в) K74.6 г) K22.7</p>	<p>в) K74.6 – Другой и неуточненный цирроз печени. Варикозное расширение вен пищевода (I85.0) будет дополнительным кодом как осложнение.</p>
23	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Пациентка 35 лет жалуется на жгучую загрудинную боль, возникающую после еды и в положении лежа, купирующуюся антацидами. При ЭГДС: недостаточность кардии, единичные эрозии дистального отдела пищевода. Ведущий синдром и наиболее вероятная нозологическая форма: а) Синдром острой коронарной недостаточности (I20.0) б) Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (K21.0) в) Синдром раздраженного кишечника (K58.9) г) Язвенная болезнь желудка (K25.9)</p>	б)
24	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. У пациента 68 лет с длительным анамнезом курения и ХОБЛ развились: нарастающая одышка в покое, отеки голеней, увеличение печени, набухание шейных вен. Какие синдромы можно определить? Выберите 3 ответа. а) Синдром легочно-сердечной недостаточности (I27.9) б) Синдром правожелудочковой сердечной недостаточности (I50.1) в) Синдром портальной гипертензии г) Синдром дыхательной недостаточности (J96.9) д) Синдром острой почечной недостаточности</p>	абг
25	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. Клинический диагноз «Желудочно-кишечное</p>	Неверно (K92.2 — это диагноз-

		кровотечение» является окончательным и может быть закодирован в МКБ-10 как K92.2.	симптом «Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное». Окончательный диагноз должен указывать на источник кровотечения, напр. K25.0 — Язва желудка острая с кровотечением)
26	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Расположите этапы клинического мышления при формулировке диагноза в правильной последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нозологическая диагностика (установление болезни) 2. Синдромная диагностика 3. Выявление симптомов и признаков 4. Этиологическая и патогенетическая детализация диагноза <p>а) 1-2-3-4 б) 3-1-2-4 в) 3-2-1-4 г) 2-3-4-1</p>	в)
27	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент 50 лет госпитализирован с интенсивной опоясывающей болью в эпигастрии, рвотой, повышением амилазы крови. При УЗИ: отечная поджелудочная железа. Установлен диагноз: «Острый алкогольный панкреатит, отечная форма». Правильный код по МКБ-10:</p> <p>а) K85.1 б) K85.2 в) K86.0 г) K86.1</p>	б)
28	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных формулировок диагноза соответствуют требованиям МКБ-10 и клинической практике? Выберите 2 ответа.</p> <p>а) ИБС: Стенокардия напряжения III ФК (I20.8). Атеросклероз коронарных артерий. б) Гипертоническая болезнь. в) Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация, диабетическая полинейропатия (E11.5). г) Рак. д) ОРВИ с кишечным синдромом.</p>	ав
29	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно.	Верно (I67.8 —

		<p>Диагноз «Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст.» должен быть закодирован как I67.8, даже если не уточнена основная причина (атеросклероз, гипертензия).</p>	<p>«Другие уточненные поражения сосудов мозга», куда и относят ДЭП. Однако лучшей практикой является указание основного заболевания, например, I67.2 «Церебральный атеросклероз»).</p>
30	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Соотнесите клиническую ситуацию с наиболее точным кодом МКБ-10 из Блока «Болезни органов пищеварения» (K20-K31):</p> <p>1. Пациент с циррозом печени в анамнезе поступает с кровавой рвотой. При ЭГДС: кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода II ст.</p> <p>2. У пациента на фоне приема НПВП появились «дегтеобразный» стул, слабость. ЭГДС: хроническая язва желудка с тромбированным сосудом на дне.</p> <p>3. Пациентка с длительной изжогой. ЭГДС: пептическая стриктура пищевода.</p> <p>а) 1 – K22.2, 2 – K25.4, 3 – I85.0 б) 1 – I85.0, 2 – K25.4, 3 – K22.2 в) 1 – K25.0, 2 – I85.0, 3 – K21.0</p>	Б)
31	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент 45 лет жалуется на схваткообразные боли в животе, послабление стула с примесью слизи, ложные позывы. В анамнезе – такие эпизоды в течение 3 лет. При колоноскопии: диффузное воспаление слизистой прямой и сигмовидной кишки с контактной кровоточивостью, псевдополипы. Ведущий синдром для дифференциального диагноза:</p> <p>а) Синдром мальабсорбции б) Синдром кишечной непроходимости в) Синдром хронической воспалительной болезни кишечника (с диареей и болевым синдромом) г) Синдром раздраженного кишечника</p>	В)
32	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. При формулировке развернутого клинического диагноза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, помимо основного заболевания (K26), важно указать (выберите 3 ответа):</p>	абв

		<p>а) Фазу (обострение, ремиссия).</p> <p>б) Локализацию (луковица, постбульбарный отдел).</p> <p>в) Осложнения (если есть), например, кровотечение (K26.0).</p> <p>г) Группу крови пациента.</p> <p>д) Наличие <i>Helicobacter pylori</i> (как этиологический фактор).</p>	
33	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>Диагноз «Синдром раздраженного кишечника с диареей» (K58.0) может быть установлен только после исключения органической патологии, соответствующей предъявляемым жалобам.</p>	Верно
34	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>У пациента 70 лет после эндоскопической полипэктомии в толстой кишке через 2 дня повысилась температура до 38.5°C, появились боли в животе, лейкоцитоз. При КТ – признаки локального воспаления в зоне резекции, свободной жидкости нет. Это состояние следует классифицировать как:</p> <p>а) K63.8 – Другие уточненные болезни кишечника</p> <p>б) K91.85 – Синдром постполипэктомии</p> <p>в) K66.0 – Внутрибрюшинные кровоизлияния</p> <p>г) T81.4 – Инфекция после процедуры</p>	Б)
35	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Пациент 55 лет доставлен с резкой «кинжальной» болью в эпигастрии, доскообразным напряжением мышц живота. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – серп воздуха под диафрагмой. Ведущий синдром и предварительный диагноз:</p> <p>а) Синдром острой кишечной непроходимости (K56.6)</p> <p>б) Синдром острого панкреатита (K85)</p> <p>в) Синдром «острого живота» при перфорации полого органа (K25.1, K26.1 и др.)</p> <p>г) Синдром расслаивающей аневризмы аорты (I71.0)</p>	В)
36	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов.</p> <p>Какие коды МКБ-10 могут быть использованы для обозначения причины острого верхнего желудочно-кишечного кровотечения? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) K25.0 – Острая язва желудка с кровотечением</p> <p>б) K22.8 – Другие уточненные болезни пищевода (разрыв Мэллори-Вейсса с кровотечением)</p> <p>в) I85.0 – Варикозное расширение вен пищевода с кровотечением</p>	абв

		г) R58 – Кровотечение неуточненное д) D50.0 – Железодефицитная анемия	
37	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «Острый аппендицит» (K35) всегда требует уточнения характера (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и наличия осложнений (перитонит, абсцесс) для выбора кода МКБ-10 (K35.2, K35.3 и т.д.).	Верно
38	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. У пациента с механической желтухой, болями в правом подреберье и лихорадкой (триада Шарко) при ЭРХПГ выявлен конкремент холедоха. Наиболее точный диагноз: а) K80.2 – Камни желчного пузыря с острым холециститом б) K80.3 – Камни желчного протока с холангитом в) K83.0 – Холангит г) R17 – Неуточненная желтуха	Б)
39	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент 65 лет имеет диагнозы: ИБС, постинфарктный кардиосклероз (I25.2), гипертоническая болезнь III ст. (I10), ХОБЛ (J44.9), хронический калькулезный холецистит (K80.1). При поступлении с обострением ХОБЛ, какой диагноз будет основным в данном случае? а) I25.2 б) I10 в) J44.9 г) K80.1	в
40	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. При ведении пациента с циррозом печени вирусной этиологии (K74.6) в диагнозе необходимо отразить (выберите 3 ответа): а) Этиологию (вирусный гепатит В, С – V18). б) Класс по Чайлд-Пью (или степень печеночной недостаточности). в) Наличие осложнений: портальная гипертензия (K76.6), асцит (R18), энцефалопатия (K72.90). г) Группу диспансерного наблюдения. д) Результаты последнего общего анализа крови.	абв
41	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «Хронический гастрит, ассоциированный с <i>H. pylori</i> » должен быть закодирован как K29.5, а наличие бактерии отдельно кодировать как V96.8 не требуется.	Неверно (Рекомендуется использовать оба кода: K29.5 – хронический гастрит неуточненный, и V96.8 – как

			уточняющий этиологический агент).
42	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Пациент 72 лет с атеросклерозом, перенесший ишемический инсульт 2 года назад (I63.9 в анамнезе), поступает с жалобами на прогрессирующее нарушение памяти, головокружение, шаткость походки. Невролог определяет признаки сосудистой энцефалопатии. Какой диагноз будет основным при данном обращении?</p> <p>а) I63.9 – Инфаркт мозга (устаревший, так как острый период миновал)</p> <p>б) I67.8 – Другие уточненные поражения сосудов мозга (Дисциркуляторная энцефалопатия)</p> <p>в) F01 – Сосудистая деменция (требует подтверждения)</p> <p>г) R41.8 – Другие симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности</p>	б
43	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>При эндоскопии у пациента выявлена опухоль антрального отдела желудка, при биопсии – аденокарцинома. Дообследование (КТ) метастазов не выявило. Правильная формулировка диагноза:</p> <p>а) Злокачественное новообразование антрального отдела желудка (C16.3), стадия T2-3N0M0 (по данным ЭГДС и КТ).</p> <p>б) Рак желудка.</p> <p>в) C16.9 – Злокачественное новообразование желудка неуточненной локализации.</p> <p>г) D00.2 – Карцинома in situ желудка.</p>	а
44	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов.</p> <p>Какие коды МКБ-10 используются для обозначения предраковых состояний и образований ЖКТ? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) D01.0 – Карцинома in situ полости рта, пищевода и желудка</p> <p>б) D12. – Доброкачественное новообразование ободочной, прямой кишки и т.д. (например, аденоматозный полип)</p> <p>в) K22.7 – Пищевод Барретта</p> <p>г) C18.9 – Злокачественное новообразование ободочной кишки неуточненное</p> <p>д) K62.0 – Полип анального канала</p>	абв
45 46	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>Диагноз «Метастаз в печень» должен кодироваться как C78.7 (вторичное злокачественное новообразование печени), а первичная опухоль при этом кодируется</p>	Верно

		отдельно.	
47	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>После эндоскопической диссекции (ESD) по поводу аденокарциномы желудка на ранней стадии (pT1a) пациент находится под наблюдением. Какой диагноз будет основным в его амбулаторной карте?</p> <p>а) С16.9 – Рак желудка (недостаточно точно) б) Z08 – Наблюдение после лечения по поводу злокачественного новообразования (с указанием основного кода С16.3 и характера лечения) в) Z85.0 – В личном анамнезе злокачественное новообразование желудка г) Z86.0 – В личном анамнезе другие новообразования</p>	б
48	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Пациент 1 год назад перенес резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни. Сейчас обратился с жалобами на слабость, головокружение, диарею через 30 мин после еды. Какой синдром и код наиболее вероятны?</p> <p>а) Синдром приводящей петли (K91.1) б) Синдром демпинга (K91.1) в) Постгастрорезекционная анемия (D50.0) г) Синдром мальабсорбции (K90.9)</p>	б
49	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов.</p> <p>Какие состояния, связанные с последствиями медицинских вмешательств на ЖКТ, имеют отдельные коды в классе «K91 – Другие нарушения органов пищеварения после медицинских процедур»? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) K91.0 – Рвота после хирургического вмешательства на желудочно-кишечном тракте б) K91.5 – Постхолецистэктомический синдром в) K91.85 – Синдром постполипэктомии г) K56.0 – Паралитический илеус д) T81.4 – Инфекция после процедуры</p>	абв
50	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>Состояние «Спаечная болезнь брюшной полости с синдромом частичной кишечной непроходимости» у пациента, перенесшего лапаротомию 5 лет назад, должно кодироваться как K56.5 (Кишечная непроходимость неуточненная).</p>	<p>Неверно (Более точным является код K66.0 – «Спайки брюшины» или, при наличии непроходимости, K56.5 в сочетании с K66.0, либо K91.3 «Послеоперационная кишечная непроходимость»).</p>

ПК-3 Готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (в соответствии с профстандартом).

Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
Задание закрытого типа	38 с эталоном ответов

№ п/п	Наименование компетенции	Задание	Верный вариант Эталон
1	ПК-2	<p>Установите соответствие между клинической ситуацией и оптимальным эндоскопическим методом диагностики или лечения.</p> <p>Клиническая ситуация</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подозрение на ранний рак желудка (Т1а) для радикального удаления. 2. Остановка профузного артериального кровотечения из язвы ДПК. 3. Дифференциальная диагностика субэпителиального образования пищевода. 4. Удаление аденоматозного полипа толстой кишки на ножке размером 2 см. <p>Эндоскопический метод</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) Б. Эндоскопический гемостаз клипированием или комбинированными методами (инж. + коаг.) В. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) с возможной тонкоигольной аспирационной биопсией Г. Петлевая полипэктомия с коагуляцией 	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
2	ПК-2	<p>Установите соответствие между эндоскопическим вмешательством и его наиболее характерным ранним осложнением.</p> <p>Эндоскопическое вмешательство</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). 2. Дилатация пептической стриктуры пищевода баллоном. 3. Эндоскопическая резекция слизистой (EMR) крупного полипа в правых отделах ободочной кишки. 4. Пункция и дренирование псевдокисты поджелудочной железы через стенку желудка. <p>Наиболее характерное осложнение</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Острый панкреатит Б. Перфорация пищевода В. Отсроченное кровотечение Г. Кровотечение, инфицирование дренажа 	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

3	ПК-2	<p>Установите соответствие между этапом подготовки к колоноскопии и его целью/действием.</p> <p>Этап подготовки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бесшлаковая диета за 3-4 дня до исследования. 2. Прием осмотического слабительного (например, на основе полиэтиленгликоля) по схеме. 3. Отмена препаратов железа за 5-7 дней. 4. Премедикация (седация, анальгезия). <p>Цель / Действие</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Уменьшение объема кишечного содержимого, облегчение очистки. Б. Промывание кишечника, достижение прозрачного или желтого жидкого стула. В. Предотвращение окрашивания слизистой, затрудняющего осмотр. Г. Обеспечение комфорта пациента, уменьшение болевых ощущений, амнезия. 	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
4	ПК-2 Задания закрытого типа на установление последовательности (3 задания)	<p>Расположите в правильной последовательности этапы выполнения петлевой полипэктомии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Захват полипа петлей выше его основания. 2. Визуализация полипа, оценка его размера, формы и основания. 3. Отсечение полипа путем подачи тока резания или смешанного режима. 4. Подведение петли к полипу через инструментальный канал эндоскопа. 5. Подтягивание петли и отведение полипа от стенки кишки. 6. Извлечение полипа с помощью аспирации, щипцов или корзинки для гистологии. 	2, 4, 1, 5, 3, 6.
5	ПК-2	<p>Расположите в логическом порядке действия при обнаружении активного артериального кровотечения (Forrest Ia) из язвы желудка во время ЭГДС.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Очистка поля зрения от крови (промывание, аспирация). 2. Оценка эффективности гемостаза (отсутствие кровотечения в течение 3-5 минут). 3. Выбор метода гемостаза (инъекционный + термический или клипирование). 4. Локализация источника кровотечения. 5. Выполнение гемостатического вмешательства. 6. Промывание язвы для лучшей визуализации. 	1, 4, 6, 3, 5, 2.
6	ПК-2	<p>Расположите этапы планирования эндоскопического исследования при подозрении на инородное тело пищевода у ребенка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выбор метода обезболивания/седации (чаще общий наркоз). 2. Оценка характера и локализации инородного тела по данным рентгенографии/КТ. 3. Подготовка необходимого инструментария (щипцы, корзинки, защитные колпачки). 4. Определение срочности вмешательства 	4, 2, 1, 5, 3, 6.

		(острые предметы, батарейки – экстренно). 5. Выбор типа эндоскопа (чаще тонкий гастроскоп). 6. Осмотр пищевода после извлечения инородного тела на предмет повреждений.	
7	ПК-2 Задания открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)	Клиническая задача. Пациент 55 лет доставлен в приемное отделение с клиникой профузного желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», мелена, гемодинамика нестабильна). После стабилизации состояния решено выполнить экстренную ЭГДС. 1. Спланируйте подготовку и проведение экстренной ЭГДС. Какие особые условия и риски необходимо учесть? 2. Опишите технику, которую вы примените при обнаружении язвы желудка Forrest Ia (струйное артериальное кровотечение). 3. Сформулируйте тактику после успешного эндоскопического гемостаза. Какое наблюдение и лечение необходимо?	1.Планирование: Проведение в условиях реанимации или эндоскопического кабинета, готового к оказанию неотложной помощи. Обязательное наличие анестезиолога-реаниматолога (риск аспирации, нестабильности гемодинамики). Использование эндоскопа с широким инструментальным каналом. Готовность к срочному переходу на хирургическое лечение. 2. Техника: После очистки поля зрения (промывание + аспирация) – комбинированный гемостаз. Сначала инъекция адреналина, разведенного 1:10000, вокруг язвы (4-6 точек) для временной остановки и уменьшения кровотока. Затем – термическая коагуляция (биполярная электрокоагуляция, термозонд) непосредственно в сосуд или клипирование сосуда в язве. 3. Тактика после: Перевод в ОРИТ или хирургическое отделение для наблюдения. Продолжение интенсивной инфузионной и медикаментозной терапии (ИПП в высокой дозе в/в). Контроль показателей крови, признаков рецидива кровотечения. Плановая повторная ЭГДС через 24-48 часов для контроля.
8	ПК-2	Аналитическое задание. Пациентке 45 лет при скрининговой колоноскопии обнаружен сидячий (сессильный) полип в сигмовидной кишке	1. Выбор метода: Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD). Обоснование: крупный сидячий полип с признаками

		<p>размером 15 мм, с неровной поверхностью. При хромоэндоскопии с индигокармином видна ячеистая структура (pit pattern III по классификации Kudo).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выберите и обоснуйте метод эндоскопического лечения данного образования. 2. Опишите пошаговую технику выбранного метода. 3. Проанализируйте возможные интра- и послеоперационные осложнения и меры их профилактики. 	<p>аденомы (pit pattern III). ESD позволяет выполнить эндоскопическую резекцию en bloc с оценкой краев резекции, что критически важно для исключения инвазивного роста и снижения риска рецидива по сравнению с кусковой резекцией (EMR).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Техника ESD (пошагово): <ul style="list-style-type: none"> • Маркировка границ полипа с помощью коагуляционного тока. • Субмукозная инъекция раствора (например, гиалуроновой кислоты с индигокармином) для создания «подушки». • Циркулярный разрез слизистой вокруг маркировки специальным ножом. • Постепенная диссекция в подслизистом слое под образованием до полного отделения. • Извлечение препарата для гистологического исследования. • Коагуляция видимых сосудов на ложе резекции. 3. Осложнения и профилактика: <ul style="list-style-type: none"> • Кровотечение (интра- и послеоп.): Тщательная коагуляция сосудов на ложе, возможна профилактическая клипирование. Назначение гемостатиков после операции. • Перфорация: Аккуратное выделение в правильном слое, при микроперфорации – немедленное клипирование. • Синдром постполипэктомической коагуляции: Минимизация коагуляции на мышечном слое, адекватная инфузионная терапия.
9	ПК-2	Ситуационное задание. Пациенту с механической	<ol style="list-style-type: none"> 1. Этапы ЭРХПГ/ЭПСТ: <ul style="list-style-type: none"> • Дуоденоскопия,

		<p>желтухой, холедохолитиазом по данным УЗИ и МРХПГ, планируется выполнить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и экстракцией конкрементов.</p> <p>1. Перечислите ключевые этапы проведения ЭРХПГ и ЭПСТ.</p> <p>2. Назовите основные показания и абсолютные противопоказания к ЭПСТ.</p> <p>3. Объясните пациенту (в форме краткого информированного согласия) суть процедуры, основные цели и возможные риски.</p>	<p>наведение на большой дуоденальный сосочек.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Канюляция сосочка и введение контрастного вещества в холедох (собственно холангиография). • При подтверждении конкрементов – установка сфинктеротома. • Выполнение ЭПСТ (рассечение сфинктера Одди). • Экстракция конкрементов с помощью корзинки Dormia или баллона. • Установка временного стента или назобилиарного дренажа при необходимости. <p>2. Показания/противопоказания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Показания: Холедохолитиаз, стриктуры терминального отдела холедоха, папиллостеноз. • Абсолютные противопоказания: Некорригируемые нарушения свертывания крови, нестабильная гемодинамика, острый панкреатит (относительное), анатомические деформации, исключающие доступ. <p>3. Информирование пациента: «Уважаемый [Имя], нам необходимо выполнить процедуру под легким наркозом. Через рот в двенадцатиперстную кишку введут тонкую трубку с камерой. Через нее в желчный проход введут контраст, чтобы увидеть камень на экране. Затем специальным инструментом расширят выход из протока и удалят камень. Цель – убрать причину желтухи и предотвратить тяжелые осложнения (холангит, панкреатит). Риски (хотя и редкие): панкреатит (1-5%), кровотечение (2%), перфорация (0.5%), инфекция. Мы примем все меры для их</p>
--	--	--	---

			профилактики».
10	ПК-2 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Каковы основные преимущества эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) перед трансабдоминальным УЗИ при оценке поджелудочной железы?	Близость датчика к органу (нет помех от газа, жира), высочайшее разрешение для визуализации слоев стенки ЖКТ и мелких образований, возможность проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (ЭУС-ТИАБ) под прямым контролем.
11	ПК-2	Что такое «аргон-плазменная коагуляция (АПК)» и при каких эндоскопических ситуациях она чаще всего применяется?	Это бесконтактный метод коагуляции тканей с помощью ионизированного газа (аргона). Применяется для: остановки диффузного капиллярного кровотечения (например, при радиационном проктите), абляции остаточной ткани после полипэктомии, деструкции мелких сосудистых образований (ангиодисплазий), паллиативного разрушения опухолевой ткани.
12	ПК-2	Назовите три основных критерия качественной подготовки кишечника к колоноскопии по Бостонской шкале (BBPS).	1) Прозрачность жидкости (прозрачная/желтая без твердых частиц). 2) Полнота очистки (отсутствие каловых масс, возможность аспирации остаточной жидкости). 3) Равномерность очистки по всем сегментам толстой кишки (правосторонние, поперечные, левосторонние отделы). Каждый сегмент оценивается от 0 до 3 баллов, где 3 – идеальная очистка.
13	ПК-2 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий)	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой метод эндоскопического гемостаза является оптимальным для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода? а) Инъекция склерозанта б) Аргон-плазменная коагуляция в) Лигирование эластичными кольцами (EVL) г) Биполярная электрокоагуляция	в)
14	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Какое из перечисленных условий является абсолютным противопоказанием к проведению плановой ЭГДС? а) Нестабильная стенокардия б) Артериальная гипертензия 2 степени	а)

		<p>в) Хроническая сердечная недостаточность I стадии</p> <p>г) Сахарный диабет 2 типа</p>	
15	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие инструменты используются для эндоскопического удаления инородных тел из пищевода?</p> <p>а) Полипэктомическая петля</p> <p>б) Корзинка Dormia</p> <p>в) Биопсийные щипцы</p> <p>г) Лигатурный аппарат</p> <p>д) Защитный колпачок (овертюб)</p>	б, в, д
16	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. Капсульная эндоскопия является методом выбора для диагностики болезни Крона с предполагаемым поражением только толстой кишки.</p>	<p>Неверно. Метод выбора – колоноскопия с биопсией. Капсульная эндоскопия показана при подозрении на поражение тонкой кишки.</p>
17	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. При проведении эндоскопической полипэктомии в толстой кишке, ножку полипа перед отсечением необходимо коагулировать в режиме «резания» (cut), чтобы минимизировать риск ожога и последующего стеноза.</p>	<p>Неверно. Для предотвращения кровотечения используют смешанный режим («cut + coagulation») или предварительную коагуляцию. Чистый режим резания повышает риск кровотечения</p>
18	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Какой из перечисленных методов НЕ используется для эндоскопического лечения ахалазии кардии?</p> <p>а) Пневмокардиодилатация</p> <p>б) Пероральная эндоскопическая миотомия (РОЕМ)</p> <p>в) Инъекция ботулотоксина</p> <p>г) Установка саморасширяющегося металлического стента (SEMS)</p>	<p>г) (Стенты при ахалазии не используются из-за высокого риска осложнений; это метод паллиативного лечения опухолевых стриктур)</p>
19	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Что является основным преимуществом эндоскопической резекции слизистой (EMR) перед диссекцией в подслизистом слое (ESD) для лечения раннего рака желудка?</p> <p>а) Более высокая радикальность (en-bloc резекция)</p> <p>б) Более низкий риск рецидива</p>	в)

		<p>в) Меньшая продолжительность процедуры и техническая простота</p> <p>г) Возможность точной гистологической оценки краев резекции</p>	
20	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных мер обязательны для профилактики инфекционных осложнений при эндоскопии?</p> <p>а) Дезинфекция эндоскопа высокого уровня (ДВУ) после каждого пациента</p> <p>б) Стерилизация биопсийных щипцов</p> <p>в) Использование одноразовых насадок для ректороманоскопов</p> <p>г) Ношение хирургической маски оператором</p> <p>д) Проведение бактериологического контроля мойки эндоскопов 1 раз в квартал</p>	а, б, в
21	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>Эндоскопическая установка percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) может быть выполнена только при полностью проходимом пищеводе.</p>	Верно.
22	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. При каком из перечисленных состояний проведение колоноскопии сопряжено с наибольшим риском перфорации?</p> <p>а) Дивертикулез ободочной кишки</p> <p>б) Неспецифический язвенный колит в стадии ремиссии</p> <p>в) Синдром раздраженного кишечника</p> <p>г) Состояние после низкой передней резекции прямой кишки</p>	г) (Из-за наличия анастомоза и возможных спаек)
23	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Для проведения эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) предпочтительнее использовать:</p> <p>а) Эндоскоп с боковой оптикой</p> <p>б) Тонкий трансназальный гастроскоп</p> <p>в) Видеогастроскоп с водяной помпой, дополнительным каналом для инъекций и возможностью подключения электрохирургического блока в режиме «Endocut»</p> <p>г) Дуоденоскоп с каналом 3.2 мм</p>	В)
24	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных режимов работы электрохирургического генератора (блока) используются в терапевтической эндоскопии? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) «Endocut» (импульсный режущий с коагуляцией) для полипэктомии и рассечения тканей</p> <p>б) «Soft Coag» (мягкая коагуляция) для</p>	абв

		<p>остановки капиллярного кровотечения</p> <p>в) «Spray Coag» (спрей-коагуляция) для аргоноплазменной коагуляции (АРС)</p> <p>г) «Fulguration» исключительно для литотрипсии</p> <p>д) «Cut» в чистом виде для всех манипуляций с высоким риском кровотечения</p>	
25	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>Линейный эхоэндоскоп с частотой датчика 7.5 МГц обеспечивает лучшее разрешение для визуализации слоев стенки пищевода, чем датчик с частотой 12 МГц, но имеет меньшую глубину проникновения.</p>	<p>Неверно (Наоборот: 12 МГц – выше разрешение, меньше глубина; 7.5 МГц – ниже разрешение, больше глубина).</p>
26	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Какой тип эндоскопа является обязательным для выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ)?</p> <p>а) Видеогастроскоп</p> <p>б) Дуоденоскоп с боковой (или торцево-боковой) оптикой</p> <p>в) Колоноскоп</p> <p>г) Энтероскоп с двойным баллоном</p>	<p>Б)</p>
27	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Основная цель процедуры РОЕМ (Peroral Endoscopic Myotomy) – это:</p> <p>а) Удаление раннего рака пищевода</p> <p>б) Рассечение циркулярного мышечного слоя кардии для лечения ахалазии</p> <p>в) Дренирование псевдокисты поджелудочной железы</p> <p>г) Наложение анастомоза между желудком и тонкой кишкой</p>	<p>б)</p>
28	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов.</p> <p>Какие этапы входят в стандартную процедуру эндоскопического стентирования пищевода при его злокачественной стриктуре? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) Бужирование или баллонная дилатация стриктуры до диаметра, позволяющего провести стент</p> <p>б) Точное определение (маркировка) верхнего и нижнего краев стриктуры с помощью рентгеноскопии или клипс</p> <p>в) Под контролем зрения и рентгеноскопии установка саморасправляющегося металлического стента</p> <p>г) Обязательное предварительное лазерное разрушение опухоли</p> <p>д) Фиксация стента швами к слизистой</p>	<p>абв</p>
29	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>При ЭУС-дренировании (EUS-guided drainage)</p>	<p>Верно</p>

		псевдокисты поджелудочной железы доступ через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки создается под контролем доплерографии для избежания кровотечения из сосудов.	
30	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой метод является «золотым стандартом» эндоскопического лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода? а) Аргоноплазменная коагуляция (АРС) б) Эндоскопическое лигирование (EVL) в) Инъекция чистого спирта г) Электрокоагуляция щипцами	Б)
31	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациенту после эндоскопической диссекции подслизистого слоя (ESD) по поводу раннего рака желудка назначена голодная диета на 48 часов. Основная причина этого: а) Профилактика тошноты б) Дать время для заживления обширной раневой поверхности и снизить риск отсроченного кровотечения/перфорации в) Усилить действие антибиотиков г) Подготовить пациента к контрольному исследованию	Б)
32	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие симптомы у пациента на 2-е сутки после полипэктомии толстой кишки требуют немедленного обращения к врачу? Выберите 3 ответа. а) Усиливающаяся боль в животе б) Лихорадка выше 38°С в) Выделение алой крови из прямой кишки более 100 мл г) Однократный жидкий стул д) Легкое вздутие живота	абв
33	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. После установки саморасправляющегося металлического стента в пищевод пациенту можно сразу разрешить прием твердой пищи.	Неверно (В первые 24-48 часов рекомендуется жидкая/полужидкая диета для полного раскрытия стента и адаптации, затем – мягкая пища с тщательным пережевыванием)
34	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. После успешной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и извлечения	Б)

		<p>конкрементов из холедоха, пациенту рекомендуется наблюдение. Какой метод является оптимальным для контроля отсутствия рецидива холедохолитиаза через 6-12 месяцев?</p> <p>а) Повторная ЭРХПГ б) Трансабдоминальное УЗИ или МР-холангиография в) Рентгенография брюшной полости г) Дуоденальное зондирование</p>	
35	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Обязательным элементом протокола эндоскопического исследования с биопсией является:</p> <p>а) Указание марки седативного препарата б) Четкое описание локализации взятого материала (например, «биопсия из края язвы в антральном отделе по малой кривизне») в) Список присутствовавшего медперсонала г) Рекомендации по питанию на следующий день</p>	Б)
36	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие данные должны быть отражены в протоколе лечебной эндоскопии (например, остановки кровотечения)? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) Источник кровотечения (язва Форрест Ia, варикозный узел и т.д.) б) Примененный метод гемостаза (клипирование, инъекция адреналина, APC) в) Непосредственный результат (кровотечение остановлено, есть признаки продолжающегося кровотечения) г) Субъективная оценка сложности процедуры д) Стоимость использованных расходников</p>	абв
37	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. В протоколе ЭРХПГ достаточно указать «проведена папиллосфинктеротомия, конкременты удалены». Детали (разрез, размер конкрементов, использованные инструменты) не являются обязательными.</p>	Неверно (Детализация критически важна для оценки объема вмешательства, возможных осложнений и дальнейшего ведения).
38	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. При описании эндоскопической картины язвы желудка по Сиднейской системе необходимо указать:</p> <p>а) Только размер в мм б) Локализацию, размер, форму, стадию (острая, рубцующаяся и т.д.), наличие признаков кровотечения в) Предполагаемую кислотность желудочного сока</p>	Б)

		г) Наличие <i>Helicobacter pylori</i> (визуально)	
39	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Перед проведением плановой лечебной колоноскопии под седацией (пропофол) эндоскопист обязан:</p> <p>а) Самостоятельно оценить только проходимость дыхательных путей</p> <p>б) Убедиться, что анестезиолог провел преднаркозный осмотр, оценил риск по ASA, и получено информированное согласие на анестезиологическое пособие</p> <p>в) Назначить премедикацию по своему усмотрению</p> <p>г) Провести процедуру, если пациент согласен, без участия анестезиолога</p>	Б)
40	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов.</p> <p>Какие пациенты относятся к группе высокого риска при проведении эндоскопии под седацией и требуют особого внимания анестезиолога?</p> <p>Выберите 3 ответа.</p> <p>а) Пациенты с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжелой степени</p> <p>б) Пациенты с декомпенсированной сердечной недостаточностью (NYHA III-IV)</p> <p>в) Пациенты с ожирением (ИМТ >35 кг/м²)</p> <p>г) Пациенты с гипертонической болезнью, контролируемой терапией</p> <p>д) Пациенты моложе 40 лет без сопутствующей патологии</p>	АБВ
41	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно.</p> <p>Во время проведения эндоскопии под седацией ответственность за поддержание проходимости дыхательных путей и витальные функции пациента полностью лежит на анестезиологе, а эндоскопист отвечает только за техническую часть процедуры.</p>	Верно (Это командная работа, но непосредственный мониторинг и управление жизненными функциями – зона ответственности анестезиолога)
42	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ.</p> <p>Непосредственно перед началом введения седативных препаратов эндоскопист должен:</p> <p>а) Начать введение эндоскопа для экономии времени</p> <p>б) Доложить анестезиологу о готовности к процедуре, убедиться, что все необходимое оборудование (в т.ч. для экстренных ситуаций) под рукой, и получить «добро» на начало</p> <p>в) Выйти из кабинета для подготовки следующего пациента</p> <p>г) Проверить гистологические бланки</p>	Б)
43	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ.	Б)

		<p>Наиболее эффективный метод профилактики передачи инфекции между пациентами при эндоскопии:</p> <p>а) Тщательное мытье эндоскопа проточной водой</p> <p>б) Строгое соблюдение многоэтапного протокола высокоуровневой дезинфекции или стерилизации эндоскопов и аксессуаров</p> <p>в) Использование одноразовых перчаток</p> <p>г) Проветривание кабинета между исследованиями</p>	
44	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие меры защиты от радиационного облучения обязательны для персонала при проведении рентгеноскопии во время ЭРХПГ? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) Ношение свинцового фартука и воротника</p> <p>б) Использование защитных очков со свинцовым стеклом</p> <p>в) Применение дозиметров для контроля полученной дозы</p> <p>г) Стоять как можно ближе к пациенту для лучшего обзора</p> <p>д) Проводить процедуру без включения рентгена, «по памяти»</p>	абв
45	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. Использование одноразовых насадок для ректоскопов и колоноскопов полностью исключает риск инфицирования пациента.</p>	Неверно (Одноразовые насадки снижают риск, но основной путь передачи – через загрязненные каналы и внешние поверхности эндоскопа, которые требуют обработки).
46	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. При возникновении подозрения на перфорацию пищевода во время эндоскопии первоочередным действием эндоскописта является:</p> <p>а) Завершить диагностику, так как перфорация могла быть до исследования</p> <p>б) Немедленно прекратить процедуру, оставить эндоскоп для декомпрессии, вызвать хирурга и анестезиолога, начать инфузионную терапию и антибиотикопрофилактику</p> <p>в) Попытаться закрыть дефект клипсой самостоятельно</p> <p>г) Направить пациента на рентген для подтверждения</p>	Б)
47	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ.	Б)

		<p>Для профилактики инфекционного эндокардита перед эндоскопической манипуляцией (например, ЭРХПГ) антибиотикопрофилактика показана:</p> <p>а) Всем пациентам б) Пациентам с высоким риском (протезы клапанов, перенесенный эндокардит, некоторые врожденные пороки) в) Только пациентам с лихорадкой г) Не показана никому</p>	
48	ПК-2	<p>Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие факторы повышают риск перфорации при колоноскопии? Выберите 3 ответа.</p> <p>а) Наличие дивертикулеза, особенно с воспалением б) Выраженные спайки в брюшной полости в) Проведение лечебных вмешательств (полипэктомия, ESD) г) Возраст пациента старше 50 лет д) Использование видеокколоноскопа вместо фиброскопа</p>	АБВ
49	ПК-2	<p>Утверждение: Верно/Неверно. Перед проведением эндоскопии у пациента с подозрением на кишечную непроходимость обязательным является очистительная клизма для улучшения визуализации.</p>	<p>Неверно (При непроходимости клизма противопоказана из-за риска усугубления состояния и перфорации. Исследование проводится с минимальной инсуффляцией воздуха).</p>
50	ПК-2	<p>Выберите ОДИН правильный ответ. Во время срочной ЭГДС по поводу кровотечения у пациента с циррозом печени произошла массивная аспирация желудочного содержимого в дыхательные пути. Самое первое действие бригады:</p> <p>а) Продолжить поиск источника кровотечения б) Немедленно извлечь эндоскоп, уложить пациента на бок, начать санацию дыхательных путей, обеспечить ингаляцию кислорода, вызвать реаниматолога в) Ввести дополнительные дозы седативных препаратов г) Поднять головной конец</p>	Б)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Задания для оценочных средств пяти типов.

№ п/п	Тип задания	Сценарий выполнения	Время выполнения задания в минутах
1.	Задание закрытого типа на установление соответствия	1. Прочитать текст задания. 2. Сопоставить элементы двух списков. 3. Записать пары (А1, Б2, В3, ...).	1-3 мин
2.	Задание закрытого типа на установление последовательности	1. Прочитать варианты. 2. Построить последовательность этапов. 3. Записать без пробелов (БВАГ).	3-5 мин
3.	Задание закрытого типа с выбором одного/нескольких верных вариантов	1. Прочитать вопрос. 2. Выбрать наиболее верный ответ. 3. Записать номер/букву.	1-3 мин
4.	Задание открытого типа с кратким ответом	1. Вставить пропущенный термин. 2. Дать четкое определение.	3-5 мин
5.	Задание открытого типа с развернутым ответом/задача	1. Описать алгоритм. 2. Обосновать тактику. 3. Указать этапы и возможные осложнения.	5-10 мин

Инструкции по выполнению заданий разного типа.

Тип задания	Инструкция
Задание закрытого типа на установление соответствия.	Прочитайте текст и установите соответствие между позициями левого и правого столбцов.
Задание закрытого типа на установление последовательности.	Прочитайте текст и установите правильную последовательность этапов/действий.
Задание закрытого типа с выбором одного или нескольких верных вариантов.	Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы).
Задания открытого типа с кратким ответом.	Прочитайте текст и продолжите предложение / вставьте пропущенный термин.
Задание открытого типа с развернутым ответом /задача.	Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ с описанием тактики и методики / решение задачи.

Примечание: ФОС разработан в полном соответствии с:

- п.9 ст.2 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в состав образовательной программы наряду с учебным планом, рабочими программами дисциплин и практик должны быть представлены оценочные материалы);
- приказ Минобрнауки России от 06.04.2021 №245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры (комплект оценочных

материалов по образовательной программе должен включать в себя диагностические задания для оценки каждой компетенции, предусмотренной образовательной программой;

➤ Приказ Минобрнауки России от 07.04.2025 №312 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по программам высшего образования – программам ординатуры»;

➤ Приказ Минобрнауки России от 18.04.2023 №409 «Об утверждении аккредитационных показателей по обязательным программам, методики расчёта и применения аккредитационных показателей по образовательным программам высшего образования (выполнение 70% более процентов заданий диагностической работы из фонда оценочных средств организации).

Содержит 100 заданий, распределенных по компетенциям ОПК-4 и ПК-1, включает все 5 типов оценочных материалов с эталонами ответов, методическими рекомендациями и инструкциями. При необходимости банк заданий может быть расширен.