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»
Доцент кафедры кафедрой Клинической
физиологии, кардиологии с курсом интроскопии
_____ С.В. Гусев
21.05. 2025г.

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой Клинической
физиологии, кардиологии с курсом
интроскопии
_____ Г.Я. Хайт
21.05. 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины: «Эндоскопия» (ординатура).

Специальность: 31.08.70 «Эндоскопия».

Форма обучения: Очная.

Год начала подготовки: 2025 г.

Фонд оценочных средств по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» (ординатура), разработан в точном соответствии с актуальной нормативной базой.
Нормативно-правовое обоснование:
1. ФГОС ВО: По специальности 31.08.70 «Эндоскопия» действует стандарт, утвержденный Приказом Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1113. Новый ФГОС 3++ по данной специальности отсутствует. Разработка ведётся на основе действующего ФГОС (уровень подготовки кадров высшей квалификации).
2. Профессиональный стандарт: С 1 марта 2022 г. действует профстандарт «Врач-эндоскопист» (Приказ Минтруда от 14.07.2021 № 471н), который действителен до 1 марта 2028 г. Трудовые функции из этого профстандарта положены в основу профессиональных компетенций (ПК) в данном ФОС.
3. Компетенции: В соответствии с ФГОС от 2014 г., в программе ординатуры формируются универсальные (УК) и профессиональные (ПК) компетенции.

Наименование дисциплины: «Эндоскопия»
Специальность: 31.08.70 «Эндоскопия»
Направленность (профиль) Интервенционная эндоскопия, онкоэндоскопия.
Форма обучения: очная.
Год начала подготовки: 2025 г.
ФГОС ВО Приказ Минобрнауки РФ от 26.08.2014 № 1113
Профстандарт, Приказ Минтруда РФ от 14.07.2021 № 471н «Врач-эндоскопист»

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично).
В соответствии с ФГОС ВО 31.08.70 (2014), раздел V.

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (УК)	
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ (ПК) профилактическая деятельность.	
ПК-1	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.
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.
ПК-3	Готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (в соответствии с профстандартом).
ПК-4	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.
ПК-5	Готовность к проведению медицинской реабилитации (восстановительное лечение после эндоскопических вмешательств) организационно-управленческая деятельность.
ПК-6	Готовность к ведению учетно-отчетной документации, организации деятельности медперсонала

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями.
(Структура полностью соответствует образцу бакалавриата, пересчитана на 100+ заданий)

Наименование	Виды оценочных материалов	Количество заданий

компетенций		
УК-1	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
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	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
	всего	**> 100 заданий

3. Банк заданий по оценке уровня формирования компетенций

(Содержание разработано на основе профстандарта «Врач-эндоскопист» и клинических рекомендаций)

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 компетенций	Задание	Верный вариант Эталон
1.	УК-1 Задание закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	Установите соответствие между эндоскопической картиной и наиболее вероятным диагнозом. Эндоскопическая картина 1. Множественные плоские эрозии и язвы в антральном отделе и теле желудка на фоне диффузной гиперемии и отека. 2. Одиночная язва правильной формы с ровными краями и чистым дном в луковице 12-перстной кишки. 3. Участок "булыжной мостовой" в терминальном отделе подвздошной кишки, линейные язвы, свищевые ходы. 4. Бледно-розовая слизистая с просвечивающими сосудами в теле желудка, антральный отдел не изменен. Диагноз	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г

		А. Эрозивно-геморрагический гастрит Б. Язвенная болезнь 12-перстной кишки (стадия красного рубца) В. Болезнь Крона (илеоцекальная форма) Г. Атрофический гастрит (по OLGA/OLGIM)	
2.	УК-1	Установите соответствие между типом желудочного полипа и рекомендуемой тактикой. Тип полипа (по гистологии/эндоскопии) 1. Гиперпластический полип (<1 см), единичный. 2. Аденоматозный полип (тубулярная аденома) 1.5 см. 3. Полип на ножке 3 см с изъязвленной поверхностью. 4. Множественные мелкие полипы тела желудка у пациента с FAP. Тактика А. Эндоскопическая полипэктомия с последующим контролем через 1 год. Б. Срочная эндоскопическая резекция (EMR/ESD) с гистологическим исследованием. В. Динамическое наблюдение, контроль через.3-5 лет. Г. Рассмотрение вопроса о гастрэктомии в плане онконастороженности.	1-В, 2-А, 3-Б, 4-Г
3.	УК-1	Установите соответствие между эндоскопическим признаком и классификацией (шкалой). Эндоскопический признак 1. Наличие и протяженность кишечной метаплазии в желудке. 2. Внешний вид края и дна язвы 12-перстной кишки (фибрин, налет, грануляции). 3. Количество, размер и форма вен пищевода при портальной гипертензии. 4. Степень воспаления слизистой оболочки кишки при ВЗК. Классификация / Шкала А. Классификация OLGA/OLGIM Б. Стадии язвенного процесса по Forrest В. Классификация Paquet Г. Эндоскопический индекс Mayo (для ЯК)	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
4.	УК-1 Задания закрытого типа на установление последовательности (3 задания)	Расположите в правильной последовательности этапы выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). 1. Осмотр пищевода при извлечении аппарата. 2. Осмотр луковицы и постбульбарных отделов 12-перстной кишки. 3. Осмотр кардии, дна и тела желудка. 4. Осмотр гортаноглотки и введение эндоскопа. 5. Осмотр антрального отдела желудка и пилорического канала.	4, 3, 5, 2, 1.
5.	УК-1	Расположите этапы анализа эндоскопической картины язвы в логической последовательности. 1. Определение локализации язвы. 2. Оценка состояния периульцерозной зоны	1, 4, 2, 5, 3.

		(гастрит, деформация). 3. Формулировка эндоскопического заключения с указанием стадии (например, по Forrest). 4. Детальная характеристика язвенного дефекта (форма, края, дно, размер). 5. Забор биоптатов для гистологии и H. pylori.	
6.	УК-1	Расположите в порядке приоритетности действия при обнаружении активного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода во время ЭГДС. 1. Немедленное начало эндоскопического гемостаза (лигирование, склеротерапия). 2. Оценка витальных функций и начало реанимационных мероприятий при необходимости. 3. Установка диагноза и определение источника кровотечения. 4. Подготовка аппаратуры и медикаментов для гемостаза. Обеспечение венозного доступа и начало инфузионной терапии.	2, 5, 3, 4, 1.
7.	УК-1 Задания открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)	Клиническая задача. Пациент 45 лет, направлен на ЭГДС с жалобами на изжогу, отрыжку кислым. При эндоскопии: в нижней трети пищевода определяются циркулярно расположенные языки гиперемированной слизистой, поднимающиеся на 3 см от Z-линии. Кардия смыкается не полностью. В желудке и ДПК без особенностей. 1. Проанализируйте эндоскопическую картину. Поставьте эндоскопический диагноз. 2. Синтезируйте данные: к какой классификации относится данное изменение? Какие возможные осложнения вы можете предположить? 3. Сформулируйте рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению.	1.Эндоскопический диагноз: Рефлюкс-эзофагит. Эндоскопические признаки недостаточности кардии. 2. Данная картина 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. 3.Рекомендации: забор биоптатов для исключения пищевода Барретта (по протоколу), суточная pH-метрия для подтверждения ГЭРБ. Лечение: ингибиторы протонной помпы в стандартной дозе, рекомендации по изменению образа жизни. Контрольная ЭГДС через 8 недель терапии.
8.	УК-1	Аналитическое задание. Вам представлены две гистологические заключения после эндоскопической резекции слизистой (EMR) образований желудка: Образец А: "Фовеолярная гиперплазия, воспалительный инфильтрат. Признаков дисплазии	1.Образец А описывает гиперпластический полип – доброкачественное, не неопластическое образование с минимальным риском малигнизации. Образец Б описывает аденому с тяжелой дисплазией – облигатный

		нет." Образец Б: "Тубулярная аденома с низкодифференцированной интраэпителиальной неоплазией (дисплазией) высокой степени. В крае резекции опухолевые клетки не определяются." 1.Проанализируйте каждый гистологический диагноз. 2.Проведите синтез: Какой риск малигнизации у каждого образования? Как изменится тактика ведения пациента в каждом случае? 3.Абстрагируйтесь: К каким общим группам патологии желудка (неопластические/не-неопластические) относятся данные изменения?	предрак, риск малигнизации очень высок. 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. 3.Образец А относится к не-неопластическим поражениям желудка. Образец Б – к неопластическим поражениям (предраковым).
9.	УК-1	Ситуационное задание. Во время колоноскопии у пациента 60 лет в сигмовидной кишке обнаружен полусферический полип на широком основании, размером 2 см, с изъязвлением в центре. 1.Проанализируйте ситуацию: какие эндоскопические признаки являются "красными флажками" возможной малигнизации? 2.Синтезируйте план действий: Опишите алгоритм ваших действий в данной ситуации. Какие методы эндоскопии могут помочь в оценке? 3.Сформулируйте возможные варианты эндоскопического лечения и критерии выбора между ними.	1."Красные флажки": размер >1 см, форма на широком основании (сидячий), изъязвление поверхности. 2.План: 1) Тщательная промывка и аспирация. 2) Использование хромоэндоскопии с индигокармином или NBI для оценки структуры поверхности и сосудистого рисунка (JNET или Pit pattern классификация). 3) При подозрении на подслизистую инвазию – проведение эндоскопического УЗИ (EUS) для оценки глубины. 4) Забор прицельных биопсий из наиболее подозрительных участков. 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.
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 неоплазий ЖКТ и для чего она применяется?	Это эндоскопическая классификация, описывающая 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 Helicobacter pylori 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:	б, в, д

		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	
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? а) "Булыжная мостовая" б) Линейные и серпигинозные язвы в) Уменьшение количества складок, "мозаичный" рисунок слизистой, scalloping (зазубренность) складок г) Диффузная гиперемия и зернистость	в)
19.	УК-1	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	г)
20.	УК-1	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	а, г
21.	УК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Хромоэндоскопия с использованием раствора Люголя обязательна для скрининга плоскоклеточного рака пищевода в группах высокого риска.	Верно.

22.	УК-1	Выберите один правильный ответ. Что такое "signet ring cell carcinoma" (перстневидно-клеточный 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	б)
23.	УК-1	Выберите один правильный ответ. Какой метод эндоскопической визуализации позволяет оценить глубину инвазии опухоли в стенку органа? а) Узкоспектральная эндоскопия (NBI) б) Хромоэндоскопия с индигокармином в) Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС, EUS) г) Автофлюоресценция	в)
24.	УК-1	Выберите несколько правильных ответов. Осложнениями диагностической колоноскопии могут быть: а) Кровотечение б) Перфорация в) Синдром постполипэктомической коагуляции г) Аллергическая реакция на седативные препараты д) Все перечисленное	д
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	в)

		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	
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 диатермической петли г) Отсутствие необходимости в гемостазе д) Снижение риска синдрома постполипэктомии	б)
31.	УК-1	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: а) Эрозивный гастрит – орошение гемостатиком б) Язва ДПК с видимым сосудом (Forrest Ia) – комбинированный гемостаз (инъекция + клипирование/коагуляция) в) Варикозно расширенные вены пищевода – лигирование г) Синдром Мэллори-Вейсса – наблюдение д) Ангиодисплазия – аргоноплазменная коагуляция	б)
32.	УК-1	Режим узкоспектрального изображения (NBI) наиболее информативен для: а) Улучшения общей освещенности в полых органах б) Визуализации сосудистого рисунка слизистой и границ неопластических образований в) Проведения интраоперационной навигации д) Увеличения глубины резкости е) Дифференциации мышечной и соединительной ткани	Б)

33.	УК-1	При ЭГДС у пациента с длительным анамнезом ГЭРБ выявлены линейные дефекты слизистой в дистальном отделе пищевода. По Лос-Анджелесской классификации это соответствует эзофагиту степени: а) A б) B в) C г) D д) M	Б)
34.	УК-1	Наиболее частое серьезное осложнение диагностической колоноскопии: а) Кровотечение б) Перфорация в) Инфекция г) Аллергическая реакция на седацию д) Острая задержка мочи	Б)
35.	УК-1	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: а) Дивертикулит б) Туберкулез кишечника в) Аденокарцинома толстой кишки г) Воспалительный полип д) Лимфома	В)
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)

		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	
39.	УК-1	Полиповидное образование в толстой кишке на ножке (pedunculated) 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 в) Установка самораспрaвляющегося металлического стента г) Лазерная деструкция д) Фотодинамическая терапия	В)
41.	УК-1	Для профилактики инфекционного эндокардита перед плановой колоноскопией с полипэктомией антибиотикопрофилактика обязательна у пациентов с: а) Артериальной гипертензией б) Сахарным диабетом 2 типа в) Протезированным клапаном сердца г) Хроническим холециститом д) Язвенной болезнью в анамнезе	В)
42.	УК-1	Ключевым этапом эндоскопической субмукозальной диссекции (ESD), определяющим радикальность резекции и частоту осложнений, является: а) Инъекция раствора метиленового синего б) Маркировка границ в) Адекватное формирование подслизистой «подушки» и послойная диссекция в подслизистом слое г) Коагуляция сосудов в ложе д) Извлечение препарата	В)
43.	УК-1	«Золотым стандартом» подготовки к плановой колоноскопии на сегодняшний день считается: а) Очистительная клизма утром в день исследования б) Прием 4 литров полиэтиленгликоля за 24 часа в) Прием 2-4 литров полиэтиленгликоля по split-схеме (часть накануне, часть утром в день исследования)	В)

		г) Трехдневная бесшлаковая диета д) Прием осмотических слабительных (пикосульфат натрия)	
44.	УК-1	При ЭГДС в луковице ДПК визуализируется полиповидное образование с изъязвлением в центре. Признак наиболее характерен для: а) Аденомы ДПК б) Экстраорганного образования (например, опухоли головки поджелудочной железы, прорастающей в стенку ДПК) в) Болезни Крона г) Гетеротопии слизистой желудка д) Лимфофолликулярной гиперплазии	Б)
45.	УК-1	Показанием к экстренной ЭРХПГ НЕ является: а) Хронический калькулезный холецистит вне обострения б) Острый билиарный панкреатит с холедохолитиазом в) Острый гнойный холангит г) Травматическое повреждение желчных протоков д) Обтурационная желтуха опухолевого генеза (как первый этап декомпрессии)	А)
46.	УК-1	При ЭГДС по поводу язвенного кровотечения обнаружена язва желудка с плотным фиксированным 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	Б)
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-1 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

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-1 Задания закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	Установите соответствие между категорией пациента и рекомендуемой скрининговой/профилактической эндоскопической процедурой. Эндоскопическая процедура 1. Пациент 50 лет без жалоб, в рамках диспансеризации. 2. Пациент с длительным анамнезом ГЭРБ (>5 лет), на фоне постоянной терапии ИПП. 3. Пациент с диагнозом «хронический атрофический гастрит» (по OLGA III) без дисплазии. 4. Пациентка 35 лет, родственница 1-й линии родства больного наследственным неполипозным раком толстой кишки (ННРТК).	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		Тактика А. Скрининговая колоноскопия 1 раз в 10 лет. Б. ЭГДС с забором биопсий по протоколу для исключения пищевода Барретта. В. Контрольная ЭГДС с биопсией через 1 год. Г. Колоноскопия 1 раз в 1-2 года, начиная с 25 лет или на 5 лет раньше возраста диагноза у родственника.	
2	ПК-1	Установите соответствие между эндоскопическим диагнозом и рекомендуемой частотой диспансерного эндоскопического контроля. Эндоскопический и гистологический диагноз 1. Пищевод Барретта без дисплазии. 2. Тубулярная аденома толстой кишки 1 см, полностью удаленная. Рекомендуемая частота контрольных исследований 3. Язвенная болезнь желудка, язва зарубцевалась (стадия H2). H. pylori – эрадицирован 4. Хронический неатрофический гастрит, H. pylori (+). Рекомендуемой частотой диспансерного эндоскопического контроля. А. ЭГДС с биопсией каждые 3-5 лет. Б. Колоноскопия через 3 года. В. Контрольная ЭГДС через 8 недель для подтверждения заживления. Г. ЭГДС не требуется для контроля гастрита. Контроль эрадикации через 4-6 недель неинвазивными методами.	1.2: 1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
3	ПК-1	Установите соответствие между выявленным при скрининге образованием и дальнейшей тактикой диспансерного наблюдения. Образование, выявленное при скрининговой колоноскопии 1. Единичный гиперпластический полип <10 мм в прямой кишке. 2. 3-5 тубулярных аденом <10 мм. 3. Аденома >10 мм, ворсинчатый компонент, дисплазия высокой степени. 4. Более 10 аденом. Тактика диспансерного наблюдения А. Контрольная колоноскопия через 10 лет. Б. Контрольная колоноскопия через 3 года. В. Контрольная колоноскопия через 1 год. Г. Контрольная колоноскопия через 1 год, рассмотрение вопроса о наследственном синдроме (FAP и др.).	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
4	ПК-1 Задания закрытого типа на установлени	Расположите в правильной последовательности этапы диспансерного наблюдения пациента с впервые выявленным пищеводом Барретта без дисплазии. 1. Назначение терапии ИПП при наличии	3, 5, 1, 2, 4.

	е последовательности (3 задания)	ГЭРБ. 2. Повторная ЭГДС с четырёхквадрантной биопсией через 1 год для подтверждения стабильности. 3. ЭГДС с забором биопсий по Сиэтлскому протоколу (четырехквадрантные биопсии каждые 1-2 см). 4. Установление интервала дальнейшего наблюдения (через 3-5 лет). 5. Гистологическое подтверждение кишечной метаплазии без дисплазии.	
5	ПК-1	Расположите в логической последовательности действия врача при организации скрининга рака желудка в регионе с высокой заболеваемостью у пациента 45 лет с отягощенным семейным анамнезом. 1. Разъяснение пациенту целей, рисков и альтернатив процедуры. 2. Направление на ЭГДС. 3. Оценка факторов риска (семейный анамнез, H. pylori, диета, курение). 4. При выявлении изменений – забор биопсий по протоколу (в т.ч. по OLGA). 5. Определение пациента в группу риска и показаний к скринингу.	3, 5, 1, 2, 4.
6	ПК-1	Расположите этапы работы с пациентом после эндоскопической полипэктомии аденомы толстой кишки в рамках диспансерного наблюдения. 1. Назначение даты контрольной колоноскопии согласно рекомендациям (через 1-3-5-10 лет). 2. Получение и анализ гистологического заключения. 3. Информирование пациента о результатах гистологии и важности наблюдения. 4. Оценка эндоскопической радикальности удаления (чистые края). Выписка рекомендаций по модификации образа жизни (диета, физическая активность).	4, 2, 3, 1, 5.
7	ПК-1 Задания открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)	Клиническая задача. На профилактическом осмотре мужчина 55 лет, курильщик, жалоб не предъявляет. В биохимическом анализе крови выявлена железодефицитная анемия (Hb 105 г/л). Анализ кала на скрытую кровь (иммунохимический) – положительный. Пациент направлен к вам для дообследования. 1. Спланируйте алгоритм его	1.Алгоритм: В рамках диспансеризации при ЖДА и положительном FOBT обязательна эндоскопия верхних и нижних отделов ЖКТ для исключения опухолевого или язвенного процесса. Эндоскопия – ключевой метод визуализации и верификации диагноза. 2. Причины: ангиодисплазия, опухоль (колоректальный рак, рак желудка), язва, эрозивный процесс, полипы.

		обследования с позиции диспансеризации. Какую роль играет эндоскопия? 2. Проанализируйте возможные причины находок. Какие эндоскопические исследования являются первоочередными и почему? 3. Сформулируйте план диспансерного наблюдения после проведенного обследования и лечения, независимо от его результатов.	Первоочередные исследования: колоноскопия (как наиболее вероятный источник хронической кровопотери при положительном FOBT), затем ЭГДС для исключения сочетанной патологии верхних отделов. 3.План наблюдения: После выявления и лечения причины (например, удаления аденомы) – установление индивидуального графика контрольных колоноскопий (например, через 1-3 года). При отсутствии патологии – повторный скрининг через 10 лет. Коррекция анемии, рекомендации по отказу от курения, рациональному питанию. Учет в группе диспансерного наблюдения по анемии.
8	ПК-1	Аналитическое задание. Пациентка 40 лет находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом «Язвенный колит, левосторонняя форма, средней степени тяжести, ремиссия». При последней контрольной колоноскопии: слизистая сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, сосудистый рисунок сохранен, эрозий и язв нет. 1. Проанализируйте эндоскопическую картину. Какое это имеет значение для оценки активности болезни? 2. Синтезируйте данные: Какой эндоскопический индекс активности можно применить? Как часто и с какой целью необходимо проводить контрольные колоноскопии у данной пациентки? Сформулируйте общие принципы диспансерного эндоскопического наблюдения при ВЗК.	1.Картина описывает эндоскопическую ремиссию ЯК, что является важнейшей целью лечения и снижает риск долгосрочных осложнений, включая колоректальный рак. 2.Можно использовать Эндоскопический индекс Mayo (оценка 0) или UCEIS. При левостороннем колите в ремиссии контрольную колоноскопию с множественной биопсией для оценки гистологической активности и дисплазии следует проводить через 8-10 лет от дебюта болезни, затем каждые 1-3 года в зависимости от факторов риска. 3.Принципы: Регулярный эндоскопический контроль для оценки активности и раннего выявления дисплазии/рака (хромоэндоскопия предпочтительна). Частота зависит от протяженности, длительности болезни, наличия первичного склерозирующего холангита, семейного анамнеза РТК и предыдущих находок дисплазии.

9	ПК-1	Ситуационное задание. В рамках ежегодной диспансеризации пациент 60 лет, перенесший 5 лет назад резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни, направлен к вам для решения вопроса о необходимости контрольного эндоскопического исследования. 1. Проанализируйте риски отдаленных осложнений у данного пациента. К какой группе диспансерного наблюдения он относится? 2. Синтезируйте рекомендации: Нужна ли ему плановая ЭГДС? Если да, то с какой целью и как часто? 3. Сформулируйте план беседы с пациентом о важности диспансерного наблюдения в его случае.	1.Риски: развитие рефлюкс-гастрита культи, анастомозита, синдрома приводящей петли, дефицитарных состояний (B12, железо), а также повышенный риск рака культи желудка (особенно через 15-20 лет после операции). Пациент относится к группе повышенного онкологического риска, требующей специального диспансерного наблюдения. 2.Рекомендации: Плановая ЭГДС показана. Цели: оценка состояния культи и анастомоза, исключение признаков дисплазии или раннего рака. Рекомендуемая периодичность: каждые 3-5 лет после операции, а при выявлении хронического атрофического гастрита или кишечной метаплазии в культе – чаще (каждые 1-3 года). 3.План беседы: Объяснить, что операция не устраняет риск полностью, а даже несколько повышает его в отдаленном периоде. Регулярная ЭГДС – это эффективный метод вторичной профилактики (раннего выявления) возможных изменений. Акцент на том, что при раннем обнаружении любые проблемы решаются гораздо проще и эффективнее (эндоскопически). Важность соблюдения графика обследований.
10	ПК-1 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Назовите основные группы пациентов, которым показан эндоскопический скрининг на рак желудка (в регионах со средней и высокой заболеваемостью).	Пациенты с хроническим атрофическим гастритом/метаплазией; перенесшие резекцию желудка по поводу доброкачественных заболеваний; с семейным анамнезом рака желудка (у родственников 1-й линии); с выявленной инфекцией H. pylori (в рамках стратификации риска); с тяжелой дисплазией эпителия желудка.
11	ПК-1	Какова рекомендуемая периодичность проведения	Контрольная ЭГДС с тщательной биопсией должна

		контрольных ЭГДС у пациента с пищеводом Барретта с подтвержденной дисплазией низкой степени (ДНС), получающего адекватную медикаментозную терапию?	проводиться через 6 месяцев для подтверждения стабильности ДНС, затем ежегодно до исчезновения ДНС в двух последовательных исследованиях. При сохранении ДНС – рассмотрение эндоскопического лечения.
12	ПК-1	Что такое «зубчатые полипы» и как их обнаружение влияет на интервал диспансерного наблюдения после колоноскопии?	Это полипы с пилообразной (зубчатой) архитектурой эпителия. Традиционные зубчатые аденомы (TSA) и сидячие зубчатые полипы/поражения (SSA/P) размером >10 мм ассоциированы с повышенным риском колоректального рака. Их обнаружение требует более частого контроля: колоноскопия через 3 года, а при неполном удалении, больших размерах (>10 мм) или дисплазии – даже через 1 год.
13	ПК-1 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий)	Выберите один правильный ответ. Основная цель диспансерного эндоскопического наблюдения за пациентами с язвенным колитом: а) Оценка эффективности противовоспалительной терапии б) Раннее выявление колоректального рака и дисплазии в) Контроль заживления язвенных дефектов г) Динамическое наблюдение за протяженностью поражения	б)
14	ПК-1	Выберите один правильный ответ. С какого возраста и с какой периодичностью рекомендуется проводить скрининговую колоноскопию у лиц среднего риска по колоректальному раку (КРР) в РФ? а) С 40 лет, 1 раз в 5 лет б) С 45 лет, 1 раз в 10 лет в) С 50 лет, 1 раз в 5 лет г) С 55 лет, 1 раз в 10 лет	б) (Согласно клиническим рекомендациям, скрининг с 45-50 лет, раз в 10 лет при отрицательном результате)
15	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие пациенты подлежат включению в группу диспансерного наблюдения с проведением периодических ЭГДС? а) Пациенты с пищеводом Барретта любой длины б) Больные с хроническим атрофическим гастритом (стадия III-IV по OLGA) в) Пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в анамнезе, получившие эрадикацию H. pylori	а, б, г

		г) Больные, перенесшие эндоскопическую резекцию раннего рака желудка (T1a) д) Пациенты с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ)	
16	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. После успешной эрадикации H. pylori у пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки проведение контрольных ЭГДС в отсутствие симптомов не требуется.	Верно.
17	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Обнаружение трех и более аденоматозных полипов толстой кишки при скрининговой колоноскопии является показанием для сокращения интервала до следующего контрольного исследования до 3 лет.	Верно.
18	ПК-1	Выберите один правильный ответ. Пациент с семейным анамнезом колоректального рака (у отца диагностирован в 50 лет) должен начать скрининг: а) В 40 лет, колоноскопия 1 раз в 10 лет б) В 45 лет, колоноскопия 1 раз в 5 лет в) В 40 лет, колоноскопия 1 раз в 5 лет г) В 50 лет, как и все лица среднего риска	в) (Начало за 10 лет до возраста диагноза у родственника, но не ранее 40 лет; интервал – 5 лет)
19	ПК-1	Выберите один правильный ответ. Какой метод является предпочтительным для контроля эффективности эрадикации H. pylori через 4-6 недель после лечения у бессимптомного пациента? а) Повторная ЭГДС с биопсией б) Дыхательный уреазный тест с 13C-мочевиной в) ИФА-анализ крови на антитела к H. pylori г) ПЦР кала	б)
20	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие находки при скрининговой колоноскопии требуют более частого (менее 10 лет) диспансерного контроля? а) Единичная гиперпластическая полипа <10 мм в прямой кишке б) Аденоматозный полип >10 мм в) Аденома с ворсинчатым компонентом г) Более 10 аденом д) Неполное удаление полипа	б, в, г, д
21	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Пациентам с дисплазией высокой степени в пищеводе Барретта показано немедленное эндоскопическое или хирургическое лечение, а не динамическое наблюдение.	Верно.
22	ПК-1	Выберите один правильный ответ. В рамках какого приказа Минздрава РФ в основном проводится диспансеризация взрослого населения, включающая, при наличии показаний, направление на эндоскопические исследования? а) Приказ № 29н "Об утверждении Порядка	г) (Актуальный приказ, регламентирующий диспансеризацию)

		проведения диспансеризации" б) Приказ № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи..." в) Приказ № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю 'гастроэнтерология'" г) Приказ № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"	
23	ПК-1	Выберите один правильный ответ. Наиболее значимым долгосрочным критерием эффективности программы скрининга колоректального рака (КТР) с помощью колоноскопии является: а) Высокий процент охвата населения приглашениями. б) Снижение смертности от КРР в целевой популяции. в) Количество выявленных и удаленных аденом. г) Отсутствие осложнений при проведении исследований. д) Удовлетворенность пациентов процедурой.	Б)
24	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие из перечисленных показателей используются для аудита качества и эффективности диспансеризации конкретной поликлиники? Выберите 3 ответа. а) Процент лиц, завершивших II этап диспансеризации от числа имевших на него показания. б) Доля пациентов, у которых впервые выявлены хронические заболевания (ХНИЗ). в) Средняя заработная плата врачей-терапевтов. г) Процент лиц, взятых под диспансерное наблюдение после диспансеризации. д) Количество поданных жалоб от пациентов.	АБГ
25	ПК-1	(Верно/Неверно) Показатель «доля граждан с впервые выявленными заболеваниями на поздних стадиях (III-IV)» должен стремиться к нулю и является индикатором недостатков в работе скрининговых программ.	Верно
26	ПК-1	Выберите ОДИН правильный ответ. При анализе эффективности профилактической эндоскопии (например, ЭГДС для скрининга рака желудка в группе риска) экономическая целесообразность оценивается с помощью показателя: а) Стоимость одного исследования. б) Количество исследований, необходимых для предотвращения одной смерти от рака (NNS - Number Needed to Screen).	Б

		в) Общая сумма затрат на закупку эндоскопов. г) Время, затраченное на одно исследование. д) Количество выявленных случаев дисплазии.	
27	ПК-1	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент 50 лет, курит 30 лет, отец умер от рака легкого в 55 лет. По результатам диспансеризации патологии не выявлено. Ваши действия как участкового терапевта: а) Считать здоровым, рекомендовать явку через 3 года. б) Установить диспансерное наблюдение по группе риска (онкологический, сердечно-сосудистый), составить индивидуальный план с акцентом на отказ от курения и ежегодную низкодозную КТ легких (при соответствии критериям программы). в) Направить на консультацию к онкологу для немедленного дообследования. г) Выдать справку об отсутствии заболеваний. д) Рекомендовать наблюдение у пульмонолога.	Б)
28	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие пациенты формируют целевую группу для профилактической (скрининговой) эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в регионах с высокой заболеваемостью раком желудка? Выберите 3 ответа. а) Лица с хроническим атрофическим гастритом и кишечной метаплазией. б) Пациенты с отягощенной наследственностью по раку желудка (1-я линия родства). в) Все мужчины старше 50 лет. г) Пациенты, перенесшие резекцию желудка по поводу язвенной болезни более 10 лет назад. д) Лица с функциональной диспепсией без «тревожных» симптомов.	АБГ
29	ПК-1	Пациент с выявленной в ходе диспансеризации наследственной отягощенностью по Lynch-синдрому (ННРТК) должен быть направлен на консультацию к медицинскому генетику, а план его наблюдения (включая частоту колоноскопий) определяется индивидуально, а не по общим стандартам.	Верно
30	ПК-1	Выберите один правильный ответ. «Карта индивидуального профилактического консультирования» для пациента из группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям обязательно включает: а) Назначение статинов. б) Оценку готовности к изменению образа жизни (по шкале) и конкретные, достижимые цели (например, снизить вес на 5% за 3 месяца). в) Направление на санаторно-курортное лечение. г) Освобождение от физических нагрузок.	Б)

		д) Пожизненный запрет на употребление соли.	
31	ПК-1	Выберите один правильный ответ. Основное отличие «Карты диспансерного больного» (ф.030/у) от записи в амбулаторной карте (ф.025/у) заключается в том, что ф.030/у: а) Является юридическим документом для суда. б) Позволяет структурированно планировать и фиксировать наблюдение за конкретным хроническим заболеванием на годы вперед. в) Заполняется только для инвалидов. г) Хранится на руках у пациента. д) Нужна только для отчетности перед фондом ОМС.	Б)
32	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие разделы обязательно должны быть заполнены в Карте диспансерного наблюдения (ф.030/у) при постановке пациента с впервые выявленной артериальной гипертензией? Выберите 3 ответа. а) Диагноз, код по МКБ-10, группа диспансерного наблюдения. б) План наблюдения на текущий год (частота посещений, объем обследований, целевые значения АД). в) Дата и результаты очередного осмотра с оценкой достижения целей терапии. г) Полная копия всех выписок из стационаров. д) Согласие на обработку персональных данных.	АБВ
34	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Запись в графе «Эффективность диспансерного наблюдения» в ф.030/у («достигнута компенсация», «состояние без перемен», «прогрессирование») является формальностью и не влияет на дальнейшую тактику ведения пациента.	Неверно
35	ПК-1	Выберите один правильный ответ. Пациент с сахарным диабетом 2 типа, наблюдающийся у эндокринолога, перенес острый инфаркт миокарда. Как должна быть организована документация? а) Карту ф.030/у по диабету закрыть, завести новую по ИБС. б) Продолжать вести карту по диабету, но в планы и отметки о посещениях включать оценку и коррекцию сердечно-сосудистого риска. Может быть заведена вторая карта по ИБС, или ведение объединено в одной с указанием двух диагнозов. в) Документация по диспансеризации не нужна после стационара. г) Все данные вносить только в амбулаторную карту.	Б)
36	ПК-1	Выберите один правильный ответ. При выявлении у бессимптомного пациента в	Б)

		возрасте 65 лет положительного анализа кала на скрытую кровь в рамках диспансеризации, участковый терапевт должен: а) Назначить препараты железа. б) Обеспечить направление пациента на колоноскопию в рамках II этапа диспансеризации, разъяснив цель исследования. в) Направить сразу к онкологу. г) Рекомендовать повторить анализ через год. д) Направить на ирригоскопию.	
37	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие специалисты, помимо терапевта, являются ключевыми в процессе диспансеризации пациента с ожирением и предиабетом? Выберите 3 ответа. а) Врач-диетолог (или врач-эндокринолог с компетенциями по диетологии). б) Врач/инструктор по лечебной физкультуре. в) Невролог. г) Медицинский психолог (для коррекции пищевого поведения). д) Хирург.	АБГ
38	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Задача эндоскописта в рамках II этапа диспансеризации – только провести исследование (колоноскопию/ЭГДС) и выдать протокол. Информирование пациента о дальнейших шагах – обязанность терапевта.	Неверно (Эндоскопист должен информировать о предварительных находках, необходимости дообследования или взятия на учет, а также согласовать дальнейший маршрут с терапевтом)
39	ПК-1	Выберите один правильный ответ. При выявлении во время скрининговой колоноскопии аденомы с высокоопасной дисплазией, эндоскопист после ее удаления должен: а) Сообщить пациенту, что все чисто и можно приходить через 10 лет. б) Внести четкую рекомендацию в протокол о взятии пациента на диспансерное наблюдение с указанием рекомендованного срока контрольного исследования (обычно через 1-3 года) и обеспечить передачу этой информации терапевту. в) Назначить химиотерапию. г) Отправить гистологический препарат пациенту на руки.	Б)
40	ПК-1	Выберите один правильный ответ. Основная экономическая выгода для системы	Б)

		здравоохранения от внедрения скрининга колоректального рака заключается в: а) Немедленной экономии на дорогих исследованиях. б) Снижении затрат на лечение запущенных стадий рака (дорогостоящая хирургия, таргетная терапия) за счет выявления и лечения предраковых состояний и раннего рака. в) Увеличении нагрузки на эндоскопические кабинеты. г) Возможности закупить более дорогое оборудование. д) Сокращении штата онкологов.	
41	ПК-1	Выберите несколько правильных ответов. Какие организационные меры могут повысить приверженность населения к скринингу КРР с помощью колоноскопии? Выберите 3 ответа. а) Внедрение программы «отложенного назначения» слабительного (patient navigation). б) Предоставление исследования в условиях седации (медикаментозного сна). в) Увеличение очереди на исследование до 6 месяцев. г) Гибкий график работы эндоскопического кабинета (в т.ч. в субботу). д) Отказ от подготовки кишечника для удобства пациента.	АБГ
42	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Проведение скрининговой колоноскопии требует более строгих требований к качеству подготовки кишечника и квалификации эндоскописта (показатель детекции аденом – ADR), чем колоноскопия по симптомам.	Верно
43	ПК-1	Выберите ОДИН правильный ответ. При планировании ресурсов для программы скрининга КРР в поликлинике, ключевым лимитирующим фактором обычно является: а) Стоимость тест-полосок для анализа кала на скрытую кровь. б) Пропускная способность эндоскопического кабинета и количество эндоскопистов с подтвержденным высоким ADR. в) Количество участковых терапевтов. г) Наличие аппарата УЗИ. д) Количество коек в стационаре.	Б)
44	ПК-1	Выберите ОДИН правильный ответ. Этической дилеммой при проведении любого скрининга является баланс между: а) Стоимостью и прибылью клиники. б) Пользой для популяции (снижение смертности) и потенциальным вредом для отдельного человека (ложноположительные результаты,	Б)

		гипердиагностика, осложнения процедуры). в) Удобством врача и желанием пациента. г) Временем начала и окончания рабочего дня.	
45	ПК-1	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие принципы информированного согласия являются критически важными при приглашении на скрининговую колоноскопию? Выберите 3 ответа. а) Объяснение цели скрининга (снижение риска смерти от рака). б) Информирование о рисках процедуры (перфорация, кровотечение). в) Разъяснение возможных исходов: отрицательный результат, обнаружение аденомы (и необходимость контроля), обнаружение рака. г) Гарантия отсутствия дискомфорта во время исследования. д) Обещание, что исследование на 100% исключит рак.	АБВ
46	ПК-1	Понятие «гипердиагностика» в скрининге рака предстательной железы (ПСА) неприменимо к скринингу колоректального рака с помощью колоноскопии, так как последняя позволяет удалять предраковые образования, а не только выявлять индолентные опухоли.	Верно (В целом, для КРР риск гипердиагностики значительно ниже, но дискуссия о клинической незначимости некоторых мелких аденом существует)
47	ПК-1	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент 55 лет отказывается от колоноскопии, предложенной в рамках II этапа диспансеризации после положительного анализа на скрытую кровь, говоря: «Я хорошо себя чувствую, не хочу лишний раз лезть». Ваши действия как терапевта: а) Закрыть тему, сделать отметку об отказе. б) Уважать его автономию, но обеспечить информирование: объяснить, что отсутствие симптомов характерно для ранних стадий, разъяснить риски отказа, предложить альтернативу (например, КТ-колонографию) и оформить письменный отказ. в) Пригрозить развитием рака. г) Направить на консультацию к онкологу для убеждения. д) Выписать слабительное и назначить исследование принудительно.	Б)
48	ПК-1	Выберите ОДИН правильный ответ. При выявлении во время профилактической ЭГДС у пациента 40 лет случайной находки – подслизиального образования желудка диаметром 1	Б)

		см, бессимптомного, эндоскопист должен: а) Проигнорировать, так как исследование было скрининговым на рак. б) Обсудить находку с пациентом, объяснить варианты (наблюдение, ЭУС, резекция), риски и benefits, и совместно принять решение о дальнейшей тактике, информировав терапевта. в) Немедленно направить на операцию. г) Считать это вариантом нормы.	
49	ПК-1	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие этические проблемы могут возникнуть при цифровизации и использовании данных диспансеризации? Выберите 3 ответа. а) Риск нарушения конфиденциальности медицинской информации. б) Использование данных страховыми компаниями для дискриминации по рискам. в) «Цифровое неравенство» пожилых пациентов, не имеющих доступа к порталам. г) Упрощение процесса информированного согласия. д) Снижение нагрузки на врача.	АБВ
50	ПК-1	Утверждение: Верно/Неверно. Врач несет моральную ответственность не только за проведение скринингового исследования, но и за обеспечение завершения полного диагностического цикла для пациента с положительным результатом скрининга (т.н. «дилемма утерянного пациента»).	Верно

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)	Установите соответствие между эндоскопической картиной и наиболее точным синдромом/нозологической формой с указанием возможного кода МКБ-10. Эндоскопическая картина (ЭГДС) 1. Одиночный дефект слизистой в луковице ДПК до 1 см с ровными краями, дно покрыто фибрином, периульцерозный вал.	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		2. Множественные линейные и щелевидные язвы, симптом "булыжной мостовой" в терминальном отделе подвздошной кишки. 3. Циркулярные языки 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. Диагноз / Синдром (МКБ-10) А. Язва двенадцатиперстной кишки (K26.9) Б. Болезнь Крона тонкой кишки (K50.0) В. Рефлюкс-эзофагит (K21.0) Г. Язвенный проктосигмоидит (K51.2)	
2	ПК-2	Установите соответствие между описанием патологического образования и его нозологической формой (гистологическим диагнозом) с кодом МКБ-10 из класса новообразований. Описание образования (при эндоскопии и гистологии) 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. 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)	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
3	ПК-2	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.	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		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 HP (K29.4) В. Целиакия (глютеновая энтеропатия) (K90.0) Г. Колоректальный рак (C18.9)	
4	ПК-2 Задания закрытого типа на установление последовательности (3 задания)	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).	4, 2, 1, 3, 5.
5	ПК-2	Расположите в последовательности от наиболее частого к наименее частому возможные причины (нозологические формы) синдрома желудочно-кишечного кровотечения, выявляемые при ЭГДС. 1. Эрозивный гастрит. 2. Язва желудка или ДПК. 3. Синдром Мэллори-Вейсса. 4. Варикозное расширение вен пищевода. 5. Рак желудка.	2, 1, 4, 3, 5. (В зависимости от популяции, ВРВП может быть на 2-3 месте)
6	ПК-2	Расположите этапы дифференциальной диагностики при выявлении «полипа» толстой кишки во время колоноскопии. 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 (хромоэндоскопия, NBI для оценки структуры). 5. Исключение неопластического потенциала.	2, 4, 1, 3, 5.
7	ПК-2 Задания	Клиническая задача. Пациент, 48 лет, поступил с	1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка, язва тела

	открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)	жалобами на кинжальную боль в эпигастрии, напряжение мышц передней брюшной стенки. При обзорной рентгенографии – серп воздуха под диафрагмой. Экстренно выполнена ЭГДС. В желудке натощак 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. Определите патологическое состояние и нозологическую форму. Сформулируйте развернутый диагноз в соответствии с МКБ-10. 1. Проанализируйте эндоскопическую картину. Какие синдромы она отражает? 2. Обоснуйте дальнейшую тактику, исходя из установленного диагноза.	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	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. 1. Определите нозологическую форму и укажите код по МКБ-10. Сформулируйте эндоскопический диагноз. 2. Проанализируйте, к каким синдромам может приводить данное заболевание на разных стадиях (до и после выявления). 3. Синтезируйте информацию: Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения стадии процесса (классификация	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. 2. Синдромы: • 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). 3. Дополнительные исследования: • КТ органов брюшной

		TNM) и почему?	полости и грудной клетки с контрастированием – для оценки глубины инвазии (T), 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	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. 1. Определите все выявленные патологические состояния. Сформулируйте диагнозы с кодами МКБ-10. 2. Проанализируйте взаимосвязь между этими состояниями. Какое из них является наиболее клинически значимым в долгосрочной перспективе и почему? 3. Сформулируйте рекомендации по дальнейшему обследованию для уточнения нозологической формы и степени риска.	1. Диагнозы: •Пищевод Барретта (без дисплазии) – K22.7 •Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом – K21.0 •Антральный гастрит (неуточненный) – K29.7 2. Анализ: ГЭРБ является причиной развития пищевода Барретта (ПБ) как осложнения длительного кислотного повреждения. Наиболее значим – ПБ, так как это предраковое состояние, ассоциированное с повышенным риском аденокарциномы пищевода. 3. Рекомендации: •Уточнение ПБ: Повторная ЭГДС с четырехквадрантной биопсией по Сиэтлскому протоколу (каждые 1-2 см) для точной оценки протяженности и исключения дисплазии. •Оценка ГЭРБ: Суточная pH-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	Какой код по МКБ-10 соответствует диагнозу «Острый эрозивный гастрит с кровотечением»?	K29.0 – Острый геморрагический гастрит.

	задания)		
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)	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой код МКБ-10 соответствует диагнозу «Хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией»? а) K29.4 б) K29.5 в) K29.6 г) K29.7	б) K29.5 – Хронический атрофический гастрит.
14	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. При эндоскопии выявлена одиночная язва в луковице ДПК с чистым дном. Это соответствует стадии по Forrest: а) Forrest Ia б) Forrest Ib в) Forrest IIa г) Forrest III	г) Forrest III – Язва без признаков кровотечения.
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? 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	б, в
21	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «функциональная диспепсия» (К30) может быть установлен только после проведения ЭГДС для исключения органической патологии.	Верно (согласно Римским критериям IV).
22	ПК-2	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	в) K74.6 – Другой и неуточненный цирроз печени. Варикозное расширение вен пищевода (I85.0) будет дополнительным кодом как осложнение.
23	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациентка 35 лет жалуется на жгучую загрудинную боль, возникающую после еды и в	б)

		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)	
24	ПК-2	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	абг
25	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Клинический диагноз «Желудочно-кишечное кровотечение» является окончательным и может быть закодирован в МКБ-10 как K92.2.	Неверно (K92.2 — это диагноз-симптом «Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное». Окончательный диагноз должен указывать на источник кровотечения, напр. K25.0 — Язва желудка острая с кровотечением)
26	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Расположите этапы клинического мышления при формулировке диагноза в правильной последовательности: 1. Нозологическая диагностика (установление болезни) 2. Синдромная диагностика 3. Выявление симптомов и признаков 4. Этиологическая и патогенетическая детализация диагноза	в)

		а) 1-2-3-4 б) 3-1-2-4 в) 3-2-1-4 г) 2-3-4-1	
27	ПК-2	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: а) K85.1 б) K85.2 в) K86.0 г) K86.1	б)
28	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных формулировок диагноза соответствуют требованиям МКБ-10 и клинической практике? Выберите 2 ответа. 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.	ав
29	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст.» должен быть закодирован как I67.8, даже если не уточнена основная причина (атеросклероз, гипертензия).	Верно (I67.8 — «Другие уточненные поражения сосудов мозга», куда и относят ДЭП. Однако лучшей практикой является указание основного заболевания, например, I67.2 «Церебральный атеросклероз»).
30	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Соотнесите клиническую ситуацию с наиболее точным кодом МКБ-10 из Блока «Болезни органов пищеварения» (K20-K31): 1. Пациент с циррозом печени в анамнезе поступает с кровавой рвотой. При ЭГДС: кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода II ст. 2. У пациента на фоне приема НПВП	Б)

		появились «дегтеобразный» стул, слабость. ЭГДС: хроническая язва желудка с тромбированным сосудом на дне. 3. Пациентка с длительной изжогой. ЭГДС: пептическая стриктура пищевода. 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	
31	ПК-2	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: а) Синдром мальабсорбции б) Синдром кишечной непроходимости в) Синдром хронической воспалительной болезни кишечника (с диареей и болевым синдромом) г) Синдром раздраженного кишечника	В)
32	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. При формулировке развернутого клинического диагноза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, помимо основного заболевания (K26), важно указать (выберите 3 ответа): а) Фазу (обострение, ремиссия). б) Локализацию (луковица, постбульбарный отдел). в) Осложнения (если есть), например, кровотечение (K26.0). г) Группу крови пациента. д) Наличие Helicobacter pylori (как этиологический фактор).	абв
33	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «Синдром раздраженного кишечника с диареей» (K58.0) может быть установлен только после исключения органической патологии, соответствующей предъявляемым жалобам.	Верно
34	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. 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: а) K63.8 – Другие уточненные болезни кишечника	Б)

		б) K91.85 – Синдром постполипэктомии в) K66.0 – Внутрибрюшинные кровоизлияния г) T81.4 – Инфекция после процедуры	
35	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. 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: а) Синдром острой кишечной непроходимости (K56.6) б) Синдром острого панкреатита (K85) в) Синдром «острого живота» при перфорации полого органа (K25.1, K26.1 и др.) г) Синдром расслаивающей аневризмы аорты (I71.0)	В)
36	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие коды МКБ-10 могут быть использованы для обозначения причины острого верхнего желудочно-кишечного кровотечения? Выберите 3 ответа. а) K25.0 – Острая язва желудка с кровотечением б) K22.8 – Другие уточненные болезни пищевода (разрыв Мэллори-Вейсса с кровотечением) в) I85.0 – Варикозное расширение вен пищевода с кровотечением г) R58 – Кровотечение неуточненное д) D50.0 – Железодефицитная анемия	абв
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	в

		(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	
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 B, C – B18). 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 H. pylori» должен быть закодирован как K29.5, а наличие бактерии отдельно кодировать как B96.8 не требуется.	Неверно (Рекомендуется использовать оба кода: K29.5 – хронический гастрит неуточненный, и B96.8 – как уточняющий этиологический агент).
42	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. 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? а) I63.9 – Инфаркт мозга (устаревший, так как острый период миновал) б) I67.8 – Другие уточненные поражения сосудов мозга (Дисциркуляторная энцефалопатия) в) F01 – Сосудистая деменция (требует подтверждения) г) R41.8 – Другие симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности	б
43	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. При эндоскопии у пациента выявлена опухоль антрального отдела желудка, при биопсии –	а

		аденокарцинома. Дообследование (КТ) метастазов не выявило. Правильная формулировка диагноза: а) Злокачественное новообразование антрального отдела желудка (С16.3), стадия Т2-3N0M0 (по данным ЭГДС и КТ). б) Рак желудка. в) С16.9 – Злокачественное новообразование желудка неуточненной локализации. г) D00.2 – Карцинома in situ желудка.	
44	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие коды МКБ-10 используются для обозначения предраковых состояний и образований ЖКТ? Выберите 3 ответа. а) D01.0 – Карцинома in situ полости рта, пищевода и желудка б) D12. – Доброкачественное новообразование ободочной, прямой кишки и т.д. (например, аденоматозный полип) в) K22.7 – Пищевод Барретта г) С18.9 – Злокачественное новообразование ободочной кишки неуточненное д) K62.0 – Полип анального канала	абв
45 46	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Диагноз «Метастаз в печень» должен кодироваться как С78.7 (вторичное злокачественное новообразование печени), а первичная опухоль при этом кодируется отдельно.	Верно
47	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. После эндоскопической диссекции (ESD) по поводу аденокарциномы желудка на ранней старии (pT1a) пациент находится под наблюдением. Какой диагноз будет основным в его амбулаторной карте? 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	б
48	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. 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? а) Синдром приводящей петли (K91.1) б) Синдром демпинга (K91.1) в) Постгастрорезекционная анемия (D50.0)	б

		г) Синдром мальабсорбции (K90.9)	
49	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. 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. 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	абв
50	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. 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).	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»).

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 компетенций	Задание	Верный вариант Эталон
1	ПК-2	Установите соответствие между клинической ситуацией и оптимальным эндоскопическим методом диагностики или лечения. Клиническая ситуация 1. Подозрение на ранний рак желудка (T1a) для радикального удаления. 2. Остановка профузного артериального кровотечения из язвы ДПК. 3. Дифференциальная диагностика	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		субэпителиального образования пищевода. 4. Удаление аденоматозного полипа толстой кишки на ножке размером 2 см. Эндоскопический метод 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	
2	ПК-2	Установите соответствие между эндоскопическим вмешательством и его наиболее характерным ранним осложнением. Эндоскопическое вмешательство 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. Наиболее характерное осложнение А. Острый панкреатит Б. Перфорация пищевода В. Отсроченное кровотечение Г. Кровотечение, инфицирование дренажа	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
3	ПК-2	Установите соответствие между этапом подготовки к колоноскопии и его целью/действием. Этап подготовки 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). Цель / Действие 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 последоват	Расположите в правильной последовательности этапы выполнения петлевой полипэктомии. 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.	2, 4, 1, 5, 3, 6.

	ельности (3 задания)	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.	
5	ПК-2	Расположите в логическом порядке действия при обнаружении активного артериального кровотечения (Forrest Ia) из язвы желудка во время ЭГДС. 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	Расположите этапы планирования эндоскопического исследования при подозрении на инородное тело пищевода у ребенка. 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 (острые предметы, батарейки – экстренно). 5. Выбор типа эндоскопа (чаще тонкий гастроскоп). 6. Осмотр пищевода после извлечения инородного тела на предмет повреждений.	4, 2, 1, 5, 3, 6.
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	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.

		гемостаза. Какое наблюдение и лечение необходимо?	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 размером 15 мм, с неровной поверхностью. При хромоэндоскопии с индигокармином видна ячеистая структура (pit pattern IIIL по классификации Kudo). 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.	1. Выбор метода: Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD). Обоснование: крупный сидячий полип с признаками аденомы (pit pattern IIIL). 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). 2. Техника ESD (пошагово): • 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: • 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 желтухой, холедохолитиазом по данным УЗИ и МРХПГ, планируется выполнить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и экстракцией конкрементов. 1. Перечислите ключевые этапы проведения ЭРХПГ и ЭПСТ. 2. Назовите основные показания и абсолютные противопоказания к ЭПСТ. 3. Объясните пациенту (в форме краткого информированного согласия) суть процедуры, основные цели и возможные риски.	1.Этапы ЭРХПГ/ЭПСТ: • Дуоденоскопия, наведение на большой дуоденальный сосочек. • 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 Дормиа или баллона. • Установка временного стента или назобилиарного дренажа при необходимости. 2.Показания/противопоказания • Показания: Холедохолитиаз, стриктуры терминального отдела холедоха, папиллостеноз. • Абсолютные противопоказания:

			Некорригируемые нарушения свертывания крови, нестабильная гемодинамика, острый панкреатит (относительное), анатомические деформации, исключающие доступ. 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 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 в) Хроническая сердечная недостаточность I стадии г) Сахарный диабет 2 типа	а)
15	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие инструменты используются для эндоскопического удаления инородных тел из пищевода? а) Полипэктомическая петля б) Корзинка Дормиа в) Биопсийные щипцы г) Лигатурный аппарат д) Защитный колпачок (овертюб)	б, в, д
16	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Капсульная эндоскопия является методом выбора для диагностики болезни Крона с предполагаемым поражением только толстой кишки.	Неверно. Метод выбора – колоноскопия с биопсией. Капсульная эндоскопия показана при подозрении на поражение тонкой кишки.
17	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. При проведении эндоскопической	Неверно. Для предотвращения

		полипэктомии в толстой кишке, ножку полипа перед отсечением необходимо коагулировать в режиме «резания» (cut), чтобы минимизировать риск ожога и последующего стеноза.	кровотечения используют смешанный режим («cut + coagulation») или предварительную коагуляцию. Чистый режим резания повышает риск кровотечения
18	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой из перечисленных методов НЕ используется для эндоскопического лечения ахалазии кардии? а) Пневмокардиодилатация б) Пероральная эндоскопическая миотомия (POEM) в) Инъекция ботулотоксина г) Установка саморасширяющегося металлического стента (SEMS)	г) (Стенты при ахалазии не используются из-за высокого риска осложнений; это метод паллиативного лечения опухолевых стриктур)
19	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Что является основным преимуществом эндоскопической резекции слизистой (EMR) перед диссекцией в подслизистом слое (ESD) для лечения раннего рака желудка? а) Более высокая радикальность (en-bloc резекция) б) Более низкий риск рецидива в) Меньшая продолжительность процедуры и техническая простота г) Возможность точной гистологической оценки краев резекции	в)
20	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных мер обязательны для профилактики инфекционных осложнений при эндоскопии? а) Дезинфекция эндоскопа высокого уровня (ДВУ) после каждого пациента б) Стерилизация биопсийных щипцов в) Использование одноразовых насадок для ректороманоскопов г) Ношение хирургической маски оператором д) Проведение бактериологического контроля мойки эндоскопов 1 раз в квартал	а, б, в
21	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Эндоскопическая установка percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) может быть выполнена только при полностью проходимом пищеводе.	Верно.
22	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. При каком из перечисленных состояний проведение колоноскопии сопряжено с	г) (Из-за наличия анастомоза и возможных спаек)

		наибольшим риском перфорации? а) Дивертикулез ободочной кишки б) Неспецифический язвенный колит в стадии ремиссии в) Синдром раздраженного кишечника г) Состояние после низкой передней резекции прямой кишки	
23	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Для проведения эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) предпочтительнее использовать: а) Эндоскоп с боковой оптикой б) Тонкий трансназальный гастроскоп в) Видеогастроскоп с водяной помпой, дополнительным каналом для инъекций и возможностью подключения электрохирургического блока в режиме «Endocut» г) Дуоденоскоп с каналом 3.2 мм	В)
24	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных режимов работы электрохирургического генератора (блока) используются в терапевтической эндоскопии? Выберите 3 ответа. а) «Endocut» (импульсный режущий с коагуляцией) для полипэктомии и рассечения тканей б) «Soft Coag» (мягкая коагуляция) для остановки капиллярного кровотечения в) «Spray Coag» (спрей-коагуляция) для аргоноплазменной коагуляции (APC) г) «Fulguration» исключительно для литотрипсии д) «Cut» в чистом виде для всех манипуляций с высоким риском кровотечения	абв
25	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. 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.	Неверно (Наоборот: 12 МГц – выше разрешение, меньше глубина; 7.5 МГц – ниже разрешение, больше глубина).
26	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой тип эндоскопа является обязательным для выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ)? а) Видеогастроскоп б) Дуоденоскоп с боковой (или торцево-боковой) оптикой в) Колоноскоп г) Энтероскоп с двойным баллоном	Б)
27	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ.	б)

		Основная цель процедуры POEM (Peroral Endoscopic Myotomy) – это: а) Удаление раннего рака пищевода б) Рассечение циркулярного мышечного слоя кардии для лечения ахалазии в) Дренирование псевдокисты поджелудочной железы г) Наложение анастомоза между желудком и тонкой кишкой	
28	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие этапы входят в стандартную процедуру эндоскопического стентирования пищевода при его злокачественной стриктуре? Выберите 3 ответа. а) Бужирование или баллонная дилатация стриктуры до диаметра, позволяющего провести стент б) Точное определение (маркировка) верхнего и нижнего краев стриктуры с помощью рентгеноскопии или клипс в) Под контролем зрения и рентгеноскопии установка самораспрaвляющегося металлического стента г) Обязательное предварительное лазерное разрушение опухоли д) Фиксация стента швами к слизистой	абв
29	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. При ЭУС-дренировании (EUS-guided drainage) псевдокисты поджелудочной железы доступ через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки создается под контролем допплерографии для избежания кровотечения из сосудов.	Верно
30	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой метод является «золотым стандартом» эндоскопического лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода? а) Аргоноплазменная коагуляция (APC) 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	Б)

		исследованию	
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°C 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 самораспрaвляющегося 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 конкрементов из холедоха, пациенту рекомендуется наблюдение. Какой метод является оптимальным для контроля отсутствия рецидива холедохолитиаза через 6-12 месяцев? а) Повторная ЭРХПГ б) Трансабдоминальное УЗИ или МР-холангиография в) Рентгенография брюшной полости г) Дуоденальное зондирование	Б)
35	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Обязательным элементом протокола эндоскопического исследования с биопсией является: 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	Б)
36	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие данные должны быть отражены в протоколе лечебной эндоскопии (например, остановки кровотечения)? Выберите 3 ответа.	абв

		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	
37	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. В протоколе ЭРХПГ достаточно указать «проведена папиллосфинктеротомия, конкременты удалены». Детали (разрез, размер конкрементов, использованные инструменты) не являются обязательными.	Неверно (Детализация критически важна для оценки объема вмешательства, возможных осложнений и дальнейшего ведения).
38	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. При описании эндоскопической картины язвы желудка по Сиднейской системе необходимо указать: а) Только размер в мм б) Локализацию, размер, форму, стадию (острая, рубцующаяся и т.д.), наличие признаков кровотечения в) Предполагаемую кислотность желудочного сока г) Наличие Helicobacter pylori (визуально)	Б)
39	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Перед проведением плановой лечебной колоноскопии под седацией (пропофол) эндоскопист обязан: а) Самостоятельно оценить только проходимость дыхательных путей б) Убедиться, что анестезиолог провел преднаркозный осмотр, оценил риск по ASA, и получено информированное согласие на анестезиологическое пособие в) Назначить премедикацию по своему усмотрению г) Провести процедуру, если пациент согласен, без участия анестезиолога	Б)
40	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие пациенты относятся к группе высокого риска при проведении эндоскопии под седацией и требуют особого внимания анестезиолога? Выберите 3 ответа. а) Пациенты с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжелой степени б) Пациенты с декомпенсированной сердечной недостаточностью (NYHA III-IV)	АБВ

		в) Пациенты с ожирением (ИМТ >35 кг/м²) г) Пациенты с гипертонической болезнью, контролируемой терапией д) Пациенты моложе 40 лет без сопутствующей патологии	
41	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. 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.	Верно (Это командная работа, но непосредственный мониторинг и управление жизненными функциями – зона ответственности анестезиолога)
42	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Непосредственно перед началом введения седативных препаратов эндоскопист должен: а) Начать введение эндоскопа для экономии времени 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 в) Выйти из кабинета для подготовки следующего пациента г) Проверить гистологические бланки	Б)
43	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Наиболее эффективный метод профилактики передачи инфекции между пациентами при эндоскопии: а) Тщательное мытье эндоскопа проточной водой б) Строгое соблюдение многоэтапного протокола высокоуровневой дезинфекции или стерилизации эндоскопов и аксессуаров в) Использование одноразовых перчаток г) Проветривание кабинета между исследованиями	Б)
44	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие меры защиты от радиационного облучения обязательны для персонала при проведении рентгеноскопии во время ЭРХПГ? Выберите 3 ответа. а) Ношение свинцового фартука и воротника б) Использование защитных очков со свинцовым стеклом в) Применение дозиметров для контроля полученной дозы г) Стоять как можно ближе к пациенту для лучшего обзора д) Проводить процедуру без включения	абв

		рентгена, «по памяти»	
45	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Использование одноразовых насадок для ректоскопов и колоноскопов полностью исключает риск инфицирования пациента.	Неверно (Одноразовые насадки снижают риск, но основной путь передачи – через загрязненные каналы и внешние поверхности эндоскопа, которые требуют обработки).
46	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. При возникновении подозрения на перфорацию пищевода во время эндоскопии первоочередным действием эндоскописта является: а) Завершить диагностику, так как перфорация могла быть до исследования б) Немедленно прекратить процедуру, оставить эндоскоп для декомпрессии, вызвать хирурга и анестезиолога, начать инфузионную терапию и антибиотикопрофилактику в) Попытаться закрыть дефект клипсой самостоятельно г) Направить пациента на рентген для подтверждения	Б)
47	ПК-2	Выберите ОДИН правильный ответ. Для профилактики инфекционного эндокардита перед эндоскопической манипуляцией (например, ЭРХПГ) антибиотикопрофилактика показана: а) Всем пациентам б) Пациентам с высоким риском (протезы клапанов, перенесенный эндокардит, некоторые врожденные пороки) в) Только пациентам с лихорадкой г) Не показана никому	Б)
48	ПК-2	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие факторы повышают риск перфорации при колоноскопии? Выберите 3 ответа. 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 видеоколоноскопа вместо фиброскопа	АБВ
49	ПК-2	Утверждение: Верно/Неверно. Перед проведением эндоскопии у пациента с подозрением на кишечную непроходимость	Неверно (При непроходимости клизма

		обязательным является очистительная клизма для улучшения визуализации.	противопоказана из-за риска усугубления состояния и перфорации. Исследование проводится с минимальной инсуффляцией воздуха).
50	ПК-2	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: 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	Б)

ПК-4 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

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-4 Задания закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	Установите соответствие между нормативным документом и сферой его регулирования в работе эндоскопического кабинета. Нормативный документ (Приказ Минздрава РФ) 1. Приказ № 29н от 28.01.2021 «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации...» 2. Приказ № 786н от 31.07.2020 «Об утверждении Порядка организации и проведения...» 3. Приказ Минздрава № 381н от 07.06.2019 «О порядке проведения...» 4. Приказ № 203н от 10.05.2017 «Об утверждении критериев оценки качества...» Сфера регулирования	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		А. Организация профилактических осмотров и скрининговых эндоскопических исследований Б. Организация и проведение патолого-анатомических исследований (взаимодействие с гистолаб) В. Обеспечение безопасной обработки эндоскопов и инструментов (ДВУ/стерилизация) Г. Ведение учетной и отчетной медицинской документации	
2	ПК-4	Установите соответствие между структурным элементом эндоскопического кабинета и предъявляемыми к нему санитарно-эпидемиологическими требованиями. Структурный элемент / зона 1. Помещение для обработки эндоскопов (мойки). 2. Процедурный кабинет, где проводятся исследования. 3. Комната временного хранения чистых эндоскопов. 4. Комната для хранения расходных материалов и медикаментов. Требование А. Оснащение раковинами с подводкой горячей и холодной воды, системами вентиляции. Б. Наличие отдельного входа/выхода для грязных и чистых эндоскопов (принцип «чистый-грязный»). В. Оснащение бактерицидными облучателями, проведение регулярной уборки с дезсредствами. Г. Соблюдение температурного режима и сроков годности, ведение журнала учета.	1-А, 2-В, 3-Б, 4-Г.
3	ПК-4	Установите соответствие между видом документа и его основным назначением в работе врача-эндоскописта. Вид документа 1. Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство. 2. Протокол эндоскопического исследования. 3. Журнал учета проведения дезинфекции и стерилизации. 4. Лист назначений (врачебных назначений). Основное назначение А. Юридическое подтверждение разъяснения пациенту рисков и целей процедуры. Б. Основной медицинский документ, фиксирующий ход и результат исследования. В. Документ, обеспечивающий контроль и прослеживаемость обработки инструментария. Г. Документ, регламентирующий послеоперационное ведение и медикаментозную терапию.	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
4	ПК-4 Задания закрытого типа на	Расположите в правильной последовательности этапы организации плановой эндоскопической службы в новой поликлинике. 1. Разработка и согласование штатного	2.1: 2, 1, 5, 4, 3, 6.

	установление последовательности (3 задания)	расписания. 2. Получение лицензии на медицинскую деятельность, включая работу с медицинским оборудованием. 3. Составление заявки на закупку эндоскопического оборудования и расходных материалов. 4. Разработка и утверждение должностных инструкций, локальных нормативных актов. 5. Подбор и обучение медицинского персонала (врачи, медсестры). 6. Приемка помещений с учетом требований СанПиН и оснащение кабинета.	
5	ПК-4	Расположите в логическом порядке действия руководителя эндоскопического отделения при выявлении случая внутрибольничной инфекции (ВБИ), потенциально связанной с эндоскопическими процедурами. 1. Изоляция и обследование пациентов, подвергшихся риску. 2. Немедленное изъятие из эксплуатации подозрительного эндоскопа и всего инструментария из цикла. 3. Информирование главного врача и эпидемиолога медицинской организации. 4. Проведение внутреннего расследования, анализ журналов обработки, опрос персонала. 5. Внедрение корректирующих мер по результатам расследования. 6. Составление и отправка экстренного извещения в органы Роспотребнадзора (при необходимости).	2, 3, 1, 4, 6, 5.
6	ПК-4	Расположите этапы планирования и контроля работы эндоскопического кабинета на месяц. 1. Анализ выполнения плана за предыдущий месяц, оценка показателей качества. 2. Составление графика работы персонала и аппаратуры. 3. Формирование заявки на расходные материалы на основе плановой нагрузки. 4. Определение планового количества исследований (по видам: ЭГДС, колоноскопия и т.д.). 5. Проведение планерок с персоналом по итогам месяца и постановке задач. Согласование плана с руководством отделения и планово-экономическим отделом.	4, 6, 2, 3, 1, 5.
7	ПК-4 Задания открытого типа с развернутым ответом /	Управленческая задача. В эндоскопическом отделении крупной больницы участились жалобы пациентов на длительное ожидание плановой колоноскопии (очередь более 3 месяцев).	1.Анализ проблем: Низкая пропускная способность из-за простоя оборудования (1 из 2 аппаратов). Неэффективное планирование рабочего времени. Возможно, отсутствие

	задача (3 задания)	Одновременно врачи жалуются на высокую нагрузку и усталость. Заведующий отделением отмечает простой одного из двух колоноскопов из-за частых поломок. 1. Проанализируйте организационные проблемы, приводящие к данной ситуации. 2. Предложите конкретные управленческие решения для сокращения очереди и оптимизации работы отделения. 3. Спланируйте алгоритм взаимодействия с другими службами больницы (ремонтная служба, ЦОКиИ, бухгалтерия) для реализации ваших предложений.	стандартизации времени на процедуру, длительная подготовка пациентов. Высокая нагрузка на персонал ведет к выгоранию и снижению производительности. 2. Управленческие решения: Оборудование: Срочный ремонт колоноскопа по гарантии/договору. Рассмотрение аренды аппарата на время ремонта. Планирование графика профилактического обслуживания. •Оргмероприятия: Внедрение «эндокабинета одного дня» с оптимизированным потоком (отдельный подготовительный бокс, стандартные протоколы седации). Пересмотр графика: выделение отдельных дней/часов для плановых исследований, увеличение продолжительности рабочего дня за счет сменности. •Персонал: Оптимизация обязанностей медсестер (выделение процедурной медсестры и медсестры по обработке). Рассмотрение вопроса о дополнительной ставке врача или обучении имеющихся врачей для выполнения колоноскопии. 3.Алгоритм взаимодействия: •Ремонтная служба/ЦОКиИ: Официальная заявка на ремонт с указанием срочности. Совместный анализ причин поломок. •Бухгалтерия/ПЭО: Обоснование экономической целесообразности аренды аппарата или закупки нового. Расчет стоимости увеличения штата или введения надбавок за интенсивность. •Администрация: Предоставление комплексного плана оптимизации с расчетом снижения сроков ожидания и

			роста доходов от увеличения объема услуг.
8	ПК-4	Аналитическое задание. В рамках программы государственных гарантий (Территориальная программа госгарантий - ТПГГ) введен новый код «эндоскопическое исследование с узкоспектральной визуализацией (NBI)». Руководство поручило вам, как заведующему эндоскопическим кабинетом, внедрить эту методику. 1. Определите необходимые ресурсы (кадровые, материально-технические, нормативные) для внедрения. 2. Разработайте план обучения персонала и информирования врачей-клиницистов (гастроэнтерологов, хирургов) о новых возможностях и показаниях к NBI. 3. Спрогнозируйте экономический эффект (доходы/расходы) и влияние на показатели качества (выявление раннего рака) от внедрения этой технологии.	1.Необходимые ресурсы: •Технические: Эндоскопы с функцией NBI и совместимый процессор/осветитель. При их отсутствии – обоснование закупки. •Кадровые: Врачи-эндоскописты, прошедшие специализированное обучение по интерпретации N-изображений. •Нормативные: Внесение методики в лицензию на меддеятельность. Разработка и утверждение локального клинического протокола (стандарта) применения NBI с указанием показаний. 2.План обучения и информирования: •Для эндоскопистов: Организация цикла тематического усовершенствования, мастер-классов от производителя, внутренних разборов с демонстрацией случаев. •Для клиницистов: Проведение клинических конференций, рассылка информационных писем с примерами диагностических находок, обновление формуляров направлений с указанием возможных показаний для NBI. 3.Прогноз эффекта: •Экономический: Увеличение стоимости исследования по ТПГГ. Рост доходов отделения. Расходы на обучение и возможную амортизацию оборудования. •Качественный: Повышение точности диагностики, особенно раннего рака и предраковых состояний (Пищевод Барретта, аденомы). Увеличение доли радикальных эндоскопических резекций. Рост удовлетворенности пациентов и

			врачей-клиницистов.
9	ПК-4	Ситуационное задание. Во время плановой ЭГДС у пациента произошла перфорация пищевода инструментом. Пациент экстренно переведен в хирургическое отделение и прооперирован. Родственники пациента подают претензию в администрацию больницы. 1. Опишите алгоритм действий заведующего эндоскопическим отделением в данной критической ситуации (с момента осложнения). 2. Определите, какие документы должны быть оформлены в связи с данным инцидентом (внутренние и для страховой компании). 3. Разработайте план профилактических мероприятий для недопущения подобных осложнений в будущем (организационные и учебные меры).	1.Алгоритм действий: •Немедленное оказание неотложной помощи пациенту на месте, вызов реаниматолога/хирурга. •Информирование главного врача, дежурного администратора. •Организация экстренной консультации хирурга и перевод в ОРИТ/операционную. •Беседа с родственниками (проводит заведующий или главный врач) – информирование о случившемся, принимаемых мерах. •Изъятие и сохранение эндоскопа и инструмента для возможной экспертизы. 2.Необходимые документы: •Внутренние: Внесение подробной записи в историю болезни и протокол ЭГДС. Написание объяснительной записки врачом-эндоскопистом. Составление акта о несчастном случае/осложнении. Запись в журнале учета осложнений. •Для страховой: Извещение о страховом случае (форма 315/у). Копии всех вышеперечисленных документов. 3.План профилактики: •Организационные: Пересмотр и ужесточение показаний к плановым исследованиям у пациентов с анатомическими особенностями. Обязательное проведение ЭГДС под седацией при сложных вмешательствах для улучшения условий работы врача. •Учебные: Проведение внепланового клинического разбора данного случая. Организация тренингов на симуляторах по сложным манипуляциям. Внедрение системы менторства для

			молодых специалистов.
10	ПК-4 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Что такое «клинико-статистическая группа (КСГ)» и как она влияет на финансирование эндоскопического отделения в стационаре?	КСГ – это группа случаев лечения пациентов, сходных по нозологии, сложности и затратам ресурсов. Финансирование стационара (по ОМС) происходит по тарифу на законченный случай лечения, привязанному к КСГ. Эндоскопические услуги (как диагностические, так и лечебные) являются частью стоимости КСГ. От объема и сложности этих услуг зависит общая стоимость случая, но прямое финансирование «за процедуру» в системе ОМС происходит редко, кроме амбулаторно-поликлинического звена.
11	ПК-4	Назовите три основных принципа обеспечения инфекционной безопасности в эндоскопическом кабинете.	1) Строгое соблюдение этапов обработки эндоскопов: предварительная очистка, дезинфекция высокого уровня (ДВУ) или стерилизация, ополаскивание, сушка и хранение. 2) Соблюдение принципа «чистый-грязный» поток: разделение зон и маршрутов движения чистого и использованного инструментария. 3) Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ) персоналом и строгое соблюдение правил асептики и антисептики при проведении процедур.
12	ПК-4	Что такое «внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности» в медицинской организации и какие формы он может принимать в эндоскопическом отделении?	Это система мероприятий, проводимых самой медицинской организацией для оценки и улучшения качества оказываемой помощи. В эндоскопическом отделении это может включать: 1) Экспертизу качества медицинской документации (протоколов исследований); 2) Анализ ключевых показателей (частота выявления патологии, процент достижения слепой кишки при колоноскопии, частота

			осложнений); 3) Ведение журналов (осложнений, обработки аппаратуры); 4) Проведение клинико-анатомических конференций и разборов сложных случаев; 5) Анкетирование пациентов.	
13	ПК-4 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий)	Выберите ОДИН правильный ответ. Кто несет персональную ответственность за организацию безопасной обработки эндоскопов в отделении? а) Врач-эндоскопист, выполняющий исследование б) Медицинская сестра по обработке в) Заведующий отделением г) Главная медицинская сестра больницы		в)
14	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой документ является первичным для учета выполненных эндоскопических исследований в амбулаторно-поликлиническом учреждении? а) Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у) б) Талон амбулаторного пациента (ф.025-12/у) в) Журнал учета профилактических прививок (ф.064/у) г) Журнал учета процедур в эндоскопическом кабинете (внутренний документ)		г) (Хотя данные из него затем переносятся в учетные формы, типа ф.039/у-02)
15	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных расходных материалов в эндоскопии подлежат учету как «медикаменты, подлежащие предметно-количественному учету» (ПКУ)? а) Раствор полиэтиленгликоля для подготовки кишечника б) Лидокаин в форме спрея для местной анестезии глотки в) Этиловый спирт 70% для обработки г) Раствор пропофола для седации д) Физиологический раствор для инъекций		б, в, г
16	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Врач-эндоскопист имеет право делегировать медицинской сестре проведение седации (введение препаратов для наркоза) под свою ответственность.		Неверно. Проведение седации (медикаментозного сна) – это врачебная манипуляция, которую имеет право выполнять только врач-анестезиолог-реаниматолог или

			прошедший специальную подготовку врач-эндоскопист, имеющий соответствующий сертификат/допуск.
17	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. При отказе пациента от предложенного эндоскопического исследования врач обязан сделать соответствующую запись в медицинской документации и получить подпись пациента.	Верно.
18	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Что из перечисленного относится к прямым обязанностям заведующего эндоскопическим отделением? а) Непосредственное выполнение большинства сложных исследований б) Составление месячного графика дежурств всего стационара в) Контроль за своевременностью и качеством ведения медицинской документации в отделении г) Утверждение сметы на капитальный ремонт всего лечебного учреждения	в)
19	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. При планировании закупки нового видеоэндоскопического комплекса, какое из перечисленных действий является первоочередным? а) Проведение тендера среди поставщиков б) Составление и обоснование технического задания (ТЗ) в) Оформление заявки в бухгалтерию г) Согласование дизайна процедурного кабинета	б)
20	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие из перечисленных мероприятий способствуют профилактике профессионального выгорания у врачей-эндоскопистов? а) Равномерное распределение сложных и рутинных исследований б) Поощрение участия в конференциях и непрерывном медицинском образовании (НМО) в) Организация четкого графика работы без переработок г) Обязательное выполнение административной работы после окончания смены д) Создание комфортных условий труда (эргономика рабочего места)	а, б, в, д
21	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно.	Верно.

		Медицинская организация обязана иметь лицензию на осуществление деятельности по дезинфектологии для проведения ДВУ обработки эндоскопов.	Обработка медицинских изделий (в т.ч. эндоскопов) является лицензируемым видом медицинской деятельности.
22	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Основным источником финансирования дорогостоящих эндоскопических вмешательств (например, ЭРХПГ, ЭУС) в государственной больнице в рамках ОМС является: а) Плата пациента (платные услуги) б) Средства регионального бюджета в) Тариф на законченный случай лечения по КСГ, включающий стоимость всех оказанных услуг г) Целевые субсидии из федерального бюджета	в)
23	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Врач-эндоскопист был привлечен к работе в свой выходной день для проведения срочной операции. Как должна быть компенсирована эта работа согласно ТК РФ? а) Предоставлением отгула в любое удобное время. б) Оплатой в двойном размере или (по письменному согласию врача) предоставлением другого дня отдыха. в) Простой благодарностью в приказе. г) Оплатой в одинарном размере, так как это обязанность врача.	Б)
24	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие условия обязательны для установления ненормированного рабочего дня для заведующего отделением? Выберите 3 ответа. а) Положение о ненормированном рабочем дне должно быть закреплено в локальном нормативном акте (ЛНА) организации. б) Согласие работника, выраженное в трудовом договоре. в) Предоставление дополнительного оплачиваемого отпуска не менее 3 дней. г) Ежедневная переработка более 2 часов. д) Оплата каждого часа переработки по повышенной ставке.	АБВ
25	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Продолжительность основного оплачиваемого отпуска врача-специалиста составляет 28 календарных дней, и этот срок не может быть увеличен коллективным договором.	Неверно (Может быть увеличен коллективным или трудовым договором. Для

			медработников, работающих во вредных условиях, отпуск удлинен – от 35 дней).
26	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Молодой специалист после ординатуры отработал в поликлинике 8 месяцев и написал заявление об увольнении по собственному желанию. Обязан ли он отрабатывать 2 недели? а) Нет, так как он молодой специалист. б) Да, обязан, если иное не предусмотрено соглашением с работодателем. Общие нормы ТК РФ применяются ко всем. в) Нет, он может уволиться в день подачи заявления. г) Да, и должен еще выплатить штраф за неотработанный срок по договору.	Б)
27	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Проведение плановой диагностической колоноскопии по направлению терапевта в поликлинике для пациента с положительным анализом кала на скрытую кровь финансируется за счет: а) Средств добровольного медицинского страхования (ДМС). б) Средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в рамках программы диспансеризации или лечения заболевания. в) Личных средств пациента. г) Бюджетных средств на НИОКР.	Б)
28	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие виды медицинской помощи обычно НЕ покрываются полисом ДМС в базовых программах? Выберите 3 ответа. а) Экстренная помощь (оказывается по ОМС). б) Лечение заболеваний, существовавших до заключения договора (pre-existing conditions). в) Диспансерное наблюдение при хронических заболеваниях. г) Консультация узкого специалиста в плановом порядке. д) МРТ-исследование по направлению.	АБВ
29	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС едины для всех медицинских организаций на территории всей России.	Неверно (Тарифы устанавливаются территориальными фондами ОМС и могут различаться в

			разных регионах. Есть также поправочные коэффициенты)
30	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Клинико-статистическая группа (КСГ) – это: а) Группа пациентов, объединенных по полу и возрасту. б) Единица оплаты медицинской помощи в стационаре в системе ОМС, объединяющая случаи со схожей клинической картиной и затратами. в) Штатное расписание отделения. г) Группа для научного исследования.	Б)
31	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. При подозрении на дефект оказания медицинской помощи (например, перфорация при колоноскопии), заведующий отделением должен инициировать: а) Немедленное увольнение врача. б) Внутреннее расследование (служебную проверку) с созданием комиссии, сбором объяснений, изучением медицинской документации. в) Публичное обсуждение на общем собрании. г) Обращение в суд.	Б)
32	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие документы являются ключевыми при расследовании случая внутрибольничной инфекции, связанной с эндоскопией? Выберите 3 ответа. а) Журналы обработки эндоскопов. б) Протоколы эндоскопических исследований у пораженных пациентов. в) Акты отбора проб с поверхностей и оборудования. г) График отпусков персонала. д) Прейскурант на платные услуги.	АБВ
33	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Устная претензия пациента, не зафиксированная письменно, не является основанием для проведения служебной проверки.	Неверно (Любое обращение пациента, в том числе устное, должно быть зарегистрировано и рассмотрено в установленном порядке).
34	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Наиболее правильная первая реакция руководителя на письменную жалобу пациента о грубости врача:	Б)

		а) Игнорировать, если врач опытный. б) Зарегистрировать жалобу, провести беседу с врачом, запросить его письменные объяснения, предложить пациенту встречу для разрешения конфликта. в) Немедленно объявить выговор врачу без разбирательства. г) Передать жалобу самому врачу для ответа пациенту.	
35	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Основная задача врача клинико-экспертной комиссии (КЭК) при решении вопроса о продлении листка нетрудоспособности: а) Максимально сократить расходы ФСС. б) Оценить обоснованность и продолжительность лечения, соответствие диагноза и проводимой терапии клиническим рекомендациям. в) Установить виновного в заболевании работника. г) Выписать лекарства.	Б)
36	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие случаи подлежат обязательному внутрибольничному экспертному review (разбору)? Выберите 3 ответа. а) Летальный исход. б) Случай внутрибольничного инфицирования. в) Расхождение диагнозов (клинического и патологоанатомического). г) Все случаи госпитализации. д) Плановая выписка пациента.	АБВ
37	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится только для работающих граждан, а для неработающих и пенсионеров больничные листы не оформляются.	Неверно (Листки нетрудоспособности оформляются и для неработающих граждан, если они застрахованы в системе ОМС (например, безработные, стоящие на бирже), для представления в соцзащиту или для иных целей).
38	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Показатель «Средняя длительность лечения в стационаре» используется в экспертной работе для:	Б)

		а) Оценки квалификации медсестер. б) Анализа эффективности использования коечного фонда и сравнения с нормативными значениями. в) Расчета зарплаты заведующего. г) Определения стоимости питания пациента.	
39	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Наиболее эффективный метод нематериальной мотивации для опытного врача-эндоскописта: а) Ежемесячная грамота. б) Предоставление возможности участия в конференциях, освоения новых методик, публикации результатов работы. в) Увеличение количества дежурств. г) Объявление благодарности на сайте.	Б)
40	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие инструменты можно использовать для оценки эффективности работы врача эндоскопического кабинета? Выберите 3 ответа. а) Количество проведенных исследований (при соблюдении стандартов качества). б) Показатель детекции аденом (ADR) для колоноскопии. в) Отсутствие обоснованных жалоб и осложнений. г) Количество друзей в соцсетях. д) Стаж работы.	АБВ
41	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Система KPI (ключевых показателей эффективности) для медперсонала должна быть сосредоточена исключительно на количественных показателях (число пациентов, процедур).	Неверно (Сбалансированная система KPI должна включать и качественные показатели: удовлетворенность пациентов, соблюдение клинических рекомендаций, показатели безопасности).
42	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. При возникновении конфликта между врачом и медсестрой в отделении, заведующий должен: а) Встать на сторону врача, так как он главный. б) Выслушать обе стороны наедине, выявить корень конфликта, предложить решение, основанное на должностных инструкциях и интересах дела. в) Предложить им разобраться самим. г) Немедленно перевести медсестру в другое отделение.	Б)
43	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ.	Б)

		Заведующему отделением поступило уведомление об экономии средств на медикаменты по итогам квартала. Его правильные действия: а) Потратить остаток на любые нужды отделения до конца отчетного периода. б) Проанализировать, не достигнута ли экономия за счет снижения объема помощи или нарушения стандартов лечения. Если нет – предложить руководству направить средства на приоритетные нужды (ремонт, оборудование). в) Выдать премию себе и сотрудникам. г) Проигнорировать, так как это забота бухгалтерии.	
44	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие статьи расходов typically входят в смету эндоскопического кабинета? Выберите 3 ответа. а) Заработная плата персонала с начислениями. б) Приобретение расходных материалов (биопсийные щипцы, петли и т.д.). в) Средства для дезинфекции и стерилизации. г) Капитальный ремонт всего здания больницы. д) Оплата коммунальных услуг за весь корпус.	АБВ
45	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Плановая замена дорогостоящего эндоскопа должна быть заложена в годовой бюджет подразделения как статья расходов на «капитальный ремонт оборудования».	Неверно (Это статья «приобретение основных средств» или «обновление материально-технической базы». Капитальный ремонт – восстановление имеющегося оборудования).
46	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. При планировании графика работы эндоскопического кабинета ключевым принципом для эффективного использования ресурсов является: а) Работа только в первую смену. б) Минимизация простоев дорогостоящего оборудования и высококвалифицированного персонала (рациональная загрузка). в) Ориентация только на удобство заведующего. г) Проведение исследований строго по записи раз в неделю.	Б)
47	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. При плановой проверке Роспотребнадзора в эндоскопическом кабинете инспектор в первую очередь запросит:	Б)

		а) Финансовые отчеты. б) Журналы учета дезинфекции и стерилизации эндоскопов, паспорта на дезсредства, личные медицинские книжки персонала. в) Список публикаций врачей. г) Договоры с поставщиками.	
48	ПК-4	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие действия являются правильными при внеплановой проверке Росздравнадзора по жалобе пациента? Выберите 3 ответа. а) Предоставить проверяющим доступ к интересующей медицинской документации (истории болезни, протоколы). б) Присутствовать при проверке, давать пояснения. в) Получить на руки копию распоряжения о проведении проверки. г) Скрыть или исправить записи в журналах. д) Отказаться от общения до прихода юриста.	АБВ
49	ПК-4	Утверждение: Верно/Неверно. Акт проверки контролирующего органа (Росздравнадзор, Роспотребнадзор) является окончательным и не подлежит обжалованию.	Неверно (Акт можно обжаловать в вышестоящий орган или в суд в установленном порядке).
50	ПК-4	Выберите ОДИН правильный ответ. Заведующий отделением узнал, что его подчиненный, талантливый врач, систематически нарушает внутренние правила оформления документации, но при этом имеет лучшие клинические результаты. Как поступить руководителю? а) Закрыть глаза на нарушения, так как врач приносит пользу. б) Провести беседу, объяснив, что соблюдение регламентов (в т.ч. документации) – часть безопасности пациента и юридической защиты самого врача. Предложить помощь в оптимизации его работы. в) Немедленно наложить дисциплинарное взыскание. г) Передать его случаи на оформление другому врачу.	Б)

ПК-5 Готовность к проведению медицинской реабилитации (восстановительное лечение после эндоскопических вмешательств) организационно-управленческая деятельность.

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-5 Задания закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	Установите соответствие между эндоскопическим вмешательством и основным ранним осложнением, требующим активного послеоперационного наблюдения и профилактики. Эндоскопическое вмешательство 1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с экстракцией конкрементов. 2. Эндоскопическая резекция слизистой (EMR/ESD) крупного полипа желудка. 3. Баллонная дилатация пептической стриктуры пищевода. 4. Установка саморасширяющегося металлического стента (SEMS) в пищевод при раке. Основное раннее осложнение (первые 24-72 часа) А. Острый панкреатит Б. Отсроченное кровотечение В. Перфорация Г. Миграция стента, болевой синдром	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
2	ПК-5	Установите соответствие между состоянием пациента после эндоскопического вмешательства и рекомендуемой тактикой питания/наблюдения. Состояние после вмешательства 1. После диагностической ЭГДС с биопсией без седации. 2. После петлевой полипэктомии полипа толстой кишки на ножке 1,5 см. 3. После эндоскопического лигирования варикозных вен пищевода (EVL). 4. После эндоскопической установки назобилиарного дренажа (НБД). Рекомендуемая тактика А. Начало приема пищи через 1-2 часа (жидкая/мягкая), наблюдение 30-60 мин в отделении. Б. Голод 4-6 часов, затем щадящая диета 1-3 дня. Наблюдение в стационаре 24-48 часов. В. Голод 12-24 часа, затем жидкая диета 3-5 дней. Контрольная ЭГДС через 7-10 дней. Г. Обычное питание с ограничением жирного. Контроль положения дренажа, профилактика холангита.	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
3	ПК-5	Установите соответствие между осложнением после эндоскопической полипэктомии в толстой кишке и его клиническими признаками. Осложнение 1. Синдром постполипэктомической коагуляции (трансмуральный ожог).	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		2. Отсроченное кровотечение (через 3-7 дней). 3. Перфорация. 4. Неполная резекция. Клинические признаки А. Лихорадка, лейкоцитоз, боль в животе через 1-5 дней после процедуры, без перитонеальных симптомов. Б. Появление крови в стуле, слабость, тахикардия, снижение гемоглобина. В. Острая «кинжальная» боль в животе, напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины, пневмоперитонеум на рентгене. Г. Отсутствие симптомов. Обнаружение остаточной ткани при контрольной колоноскопии.	
4	ПК-5 Задания закрытого типа на установление последовательности (3 задания)	Расположите в правильной последовательности этапы ведения пациента после успешной эндоскопической остановки кровотечения из язвы ДПК (Forrest IIa). 1. Перевод в хирургическое/терапевтическое отделение для динамического наблюдения. 2. Продолжение внутривенной инфузионной терапии и введение ингибиторов протонной помпы (ИПП) в высокой дозе. 3. Контрольная ЭГДС через 24-48 часов для оценки состояния язвы и эффективности гемостаза. 4. Назначение щадящей диеты (стол 1а, затем 1б) после стабилизации состояния и отсутствия рецидива кровотечения. 5. Выписка с рекомендациями по приему ИПП на 4-8 недель, эрадикационной терапии (при H.pylori+) и контрольной ЭГДС через 6-8 недель	1, 2, 3, 4, 5.
5	ПК-5	Расположите в логическом порядке действия при подозрении на перфорацию пищевода после бужирования стриктуры. 1. Немедленное прекращение процедуры. 2. Вызов хирурга и анестезиолога-реаниматолога для консультации. 3. Оценка состояния пациента (боль, одышка, подкожная эмфизема). 4. Выполнение экстренной рентгенографии/КТ грудной клетки для подтверждения диагноза. 5. Начало интенсивной инфузионной терапии, введение антибиотиков широкого спектра. 6. Принятие решения о консервативном (клипирование, стентирование) или оперативном лечении.	1, 3, 2, 4, 5, 6.
6	ПК-5	Расположите этапы организации реабилитации пациента после эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) по поводу раннего рака желудка. 1. Гистологическая верификация радикальности резекции (R0).	2, 5, 1, 4, 3.

		2. Назначение щадящей диеты (жидкая → пюреобразная) на 7-14 дней. 3. Контрольная ЭГДС через 3-6 месяцев для оценки состояния ложа резекции и исключения рецидива. 4. Информирование пациента о необходимости динамического наблюдения (эндоскопия + УЗИ/КТ). 5. Профилактическое назначение ингибиторов протонной помпы на 4-8 недель.	
7	ПК-5 Задания открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)	Клиническая задача. Пациент 65 лет выписан на 3-и сутки после эндоскопической полипэктомии аденоматозного полипа сигмовидной кишки размером 2,5 см на широком основании (удален кусковой методикой EMR). На 5-й день после выписки он вызывает скорую помощь с жалобами на слабость, головокружение и однократный стул с обильной примесью алой крови. 1. Оцените ситуацию. Какое осложнение наиболее вероятно? 2. Спланируйте алгоритм неотложных действий на догоспитальном этапе и в приемном отделении. 3. Разработайте план дальнейшего ведения пациента после успешного эндоскопического гемостаза (предположим, что кровотечение остановлено).	1.Оценка: Наиболее вероятно отсроченное кровотечение после полипэктомии (типичный срок 3-7 дней). Риск высок из-за крупного размера полипа и широкого основания. 2.Алгоритм действий: •Догоспитально: Оценка гемодинамики (АД, ЧСС), обеспечение венозного доступа, начало инфузионной терапии, транспортировка в стационар хирургического профиля. •В приемном отделении: Экстренный общий анализ крови, коагулограмма, группа крови. Срочная консультация хирурга и эндоскописта. При стабильном состоянии – экстренная колоноскопия для выявления источника и гемостаза (инъекция, коагуляция, клипирование). При нестабильности – реанимационные мероприятия и рассмотрение вопроса об ангиографии или операции. 3.План ведения после гемостаза: •Госпитализация в хирургическое отделение. •Продолжение инфузионной терапии, контроль показателей крови. •Голод 24 часа, затем щадящая диета с ограничением клетчатки на 7-10 дней. •Назначение гемостатиков, при необходимости – антибиотиков. •Контрольная колоноскопия через 3-6 месяцев для оценки ложа резекции.
8	ПК-5	Аналитическое задание. Пациентке 50 лет с циррозом	1.План на первые 7-10 дней: •Медикаментозно:

		печени вирусной этиологии (класс В по Чайлд-Пью) выполнено эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода (EVL) II степени по экстренным показаниям (кровотечение Forrest Ia). Кровотечение остановлено, установлено 6 лигатур. 1. Составьте план медикаментозной и диетической реабилитации в первые 7-10 дней после вмешательства. 2. Определите сроки и цели контрольного эндоскопического исследования. 3. Сформулируйте долгосрочную программу вторичной профилактики кровотечений из ВРВП для данной пациентки.	Продолжение терапии вазоактивными препаратами (терлипрессин/октреотид) по схеме. Назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) в/в, затем per os. Антибиотикопрофилактика (цефтриаксон) для профилактики спонтанного бактериального перитонита. Коррекция гипокоагуляции (при необходимости). •Диета: Полный голод 24-48 часов. Затем – жидкая, холодная пища (кисели, бульоны) на 3-5 дней. Исключение твердой, грубой, острой, горячей пищи. Постепенный переход на стол №5. 2.Контрольная эндоскопия: Проводится через 7-10 дней после EVL. Цели: оценка состояния лигированных узлов (некроз, отторжение), выявление возможных остаточных ВРВ, требующих дополнительного лигирования. 3.Долгосрочная программа профилактики: •Пожизненная терапия неселективными бета-блокаторами (пропранолол, надолол) для снижения портального давления. •Эндоскопический контроль и повторные сеансы EVL до полной эрадикации ВРВ (каждые 2-4 недели), затем контроль каждые 6-12 месяцев. •Лечение основного заболевания (противовирусная терапия при HBV/HCV). •Профилактика и лечение осложнений цирроза.
9	ПК-5	Ситуационное задание. Пациенту 70 лет с дисфагией вследствие неоперабельного рака средней трети пищевода установлен саморасширяющийся покрытый металлический стент (SEMS). Процедура прошла технически успешно, дисфагия	1.Рекомендации пациенту: •Питание: Дробное, малыми порциями 5-6 раз в день. Тщательное пережевывание. Пища должна быть мягкой, пюреобразной, без крупных кусков. Избегать вязких продуктов (хурма, мягкий хлеб),

		купирована. 1. Дайте рекомендации пациенту по питанию и образу жизни после стентирования. 2. Опишите возможные ранние и поздние осложнения стентирования пищевода и меры их профилактики. 3. Объясните организацию динамического наблюдения за таким пациентом (кто наблюдает, с какой частотой, какие исследования).	которые могут застрять. Запивать каждый прием пищи небольшим количеством воды. Спать с приподнятым головным концом кровати. •Образ жизни: Исключить тяжелые физические нагрузки, наклоны. Немедленно обращаться к врачу при возобновлении дисфагии, болях за грудиной, повышении температуры. 2.Осложнения и профилактика: •Ранние (до 7 дней): Миграция стента, боль, кровотечение, перфорация. Профилактика: Точный подбор размера, контрольная рентгенография после установки. •Поздние: Рестеноз из-за прорастания опухоли или гиперплазии слизистой, обтурация пищей, рефлюкс-эзофагит. Профилактика: Назначение ИПП, рекомендации по питанию, при рестенозе – аргон-плазменная коагуляция или установка второго стента. 3.Организация наблюдения: •Наблюдающие: Онколог и эндоскопист по месту жительства. •Частота: Осмотр каждые 1-3 месяца в зависимости от скорости прогрессирования. •Исследования: При каждом визите – оценка дисфагии по шкале, при ее появлении – выполнение ЭГДС или рентгеноскопии с контрастом для оценки проходимости стента.
10	ПК-5 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Каковы основные цели и сроки контрольной эндоскопии после эндоскопической резекции слизистой (EMR/ESD) по поводу аденомы толстой кишки с высокоинтраэпителиальной неоплазией?	Цели: 1) Оценка заживления ложа резекции; 2) Исключение локального рецидива или остаточной аденоматозной ткани. Сроки: Первая контрольная колоноскопия проводится через 3-6 месяцев после резекции. При отсутствии рецидива следующий контроль

			– через 1 год, затем – в рамках общего скрининга (через 3-5 лет).	
11	ПК-5	Назовите три основных принципа диетического питания в раннем послеоперационном периоде после эндоскопической полипэктомии в желудке.	1) Механическое щажение: Пища в жидком, пюреобразном или кашицеобразном виде. 2) Химическое щажение: Исключение острого, кислого, соленого, жареного, крепких бульонов, кофе, алкоголя. 3) Термическое щажение: Пища должна быть теплой (не горячей и не холодной). Дополнительно: Дробный режим питания (5-6 раз в день малыми порциями).	
12	ПК-5	Что такое «синдром постхолецистэктомии» и какую роль в его диагностике и лечении может играть эндоскопист?	Это комплекс симптомов (боль в правом подреберье, диспепсия, желтуха), сохраняющихся или возникающих после удаления желчного пузыря. Роль эндоскописта: Проведение ЭРХПГ для диагностики и лечения наиболее частых причин: остаточных или вновь образовавшихся конкрементов холедоха, стриктур терминального отдела общего желчного протока, стеноза сфинктера Одди (СФО). При СФО может быть выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.	
13	ПК-5 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий)	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой режим питания является оптимальным в первые 24 часа после неосложненной диагностической колоноскопии? а) Полное голодание с парентеральным питанием б) Обильное питье и легкая, нераздражающая пища (бульон, йогурт, сухари) в) Обычное питание без ограничений г) Строгая бесшлаковая диета		б)
14	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Какое из перечисленных осложнений после ЭРХПГ является наиболее частым и требует обязательной профилактики? а) Кровотечение б) Перфорация двенадцатиперстной кишки в) Острый панкреатит г) Холангит		в)
15	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие мероприятия показаны для профилактики		в, д (а и б – методы с

		острого панкреатита после ЭРХПГ? а) Рутинное установление временного панкреатического стента б) Интрапроцедуральное введение нитроглицерина под язык в) Инфузия соматостатина или октреотида до и после процедуры г) Активная аспирация желудочного содержимого д) Аккуратная и минимально травматичная канюляция сосочка	недоказанной эффективностью или применяемые в отдельных сложных случаях)
16	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. После эндоскопического лигирования варикозных вен пищевода (EVL) пациенту необходимо назначить ингибиторы протонной помпы для ускорения заживления эрозий в местах лигирования и профилактики раннего рецидива кровотечения.	Верно.
17	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. Пациенту после эндоскопической установки стента в желчный проток по поводу механической желтухи при раке головки поджелудочной железы необходимо назначить урсодезоксихолевую кислоту для улучшения оттока желчи.	Неверно. Урсодезоксихолевая кислота неэффективна при обструктивном характере желтухи. Основная терапия – адекватное дренирование (стент), при необходимости – антибиотики для профилактики холангита.
18	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой срок наблюдения в стационаре является минимально необходимым после неосложненной эндоскопической полипэктомии крупного (более 2 см) полипа толстой кишки на широком основании? а) 2-4 часа (амбулаторно) б) 24-48 часов в) 5-7 суток г) 10-14 суток	б)
19	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Что является основным методом лечения синдрома постполипэктомической коагуляции (трансмурального ожога)? а) Срочная повторная колоноскопия б) Экстренная лапаротомия в) Консервативная терапия (голод, антибиотики,	в)

		инфузионная терапия) г) Установка разгрузочной колостомы	
20	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие симптомы у пациента после ЭГДС с биопсией должны насторожить врача и потребовать дообследования? а) Небольшая саднящая боль в горле в течение 1-2 дней б) Нарастающая боль за грудиной или в эпигастрии в) Лихорадка выше 38°C г) Подкожная эмфизема на шее д) Осиплость голоса, одышка	б, в, г, д
21	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. После успешной эндоскопической остановки язвенного кровотечения пациенту с положительным тестом на H. pylori необходимо сразу начать эрадикационную терапию, не дожидаясь контрольной ЭГДС.	Неверно. Эрадикационную терапию обычно начинают после подтверждения заживления язвы и остановки кровотечения на контрольной ЭГДС (через 24-48 часов или позже), чтобы не маскировать возможный рецидив кровотечения на фоне приема антибиотиков и ИПП.
22	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Основной целью долгосрочного наблюдения после эндоскопической резекции раннего рака желудка (pT1a) является: а) Профилактика алиментарной недостаточности б) Раннее выявление метастазов в печень в) Своевременная диагностика локального рецидива или метахронного рака г) Коррекция желудочной ахилии	в)
23	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. После успешной процедуры POEM (Peroral Endoscopic Myotomy) по поводу ахалазии кардии основная цель ранней послеоперационной диеты (первые 2-3 дня): а) Стимуляция перистальтики. б) Профилактика рефлюкс-эзофагита и обеспечение покоя зоне миотомии. в) Увеличение калорийности для быстрого восстановления.	Б)

		г) Подготовка к контрольной рентгеноскопии.	
24	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие мероприятия входят в стандартный послеоперационный уход за пациентом с установленной чрескожной эндоскопической гастростомой (ПЭГ)? Выберите 3 ответа. а) Ежедневный туалет стомы и обработка кожи вокруг нее. б) Контроль положения фиксирующей пластины (не должно быть чрезмерного давления). в) Промывание трубки водой до и после каждого кормления/введения лекарств. г) Активное массирование области стомы для улучшения заживления. д) Замена трубки ПЭГ ежедневно.	АБВ
25	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. После диагностической лапароскопии (перитонеоскопии) пациенту можно разрешить подъем тяжестей и интенсивные физические нагрузки уже через 3-4 дня.	Неверно (Рекомендуется ограничение подъема тяжестей (>3-5 кг) и интенсивных нагрузок на 2-4 недели для профилактики образования послеоперационных грыж в местах троакарных проколов).
26	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. После эндоскопического стентирования пищевода по поводу стриктуры пациент жалуется на загрудинные боли и срыгивание пищей. Ваши первоочередные действия: а) Назначить сильные анальгетики. б) Выполнить контрольную рентгеноскопию/ЭГДС для оценки положения и раскрытия стента, исключения миграции. в) Увеличить объем твердой пищи для «расправления» стента. г) Считать это нормальной послеоперационной реакцией.	Б)
27	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент после обширной эндоскопической резекции слизистой желудка (ESD) находится на голодной диете 48 часов. Какой вид нутритивной поддержки является оптимальным в этот период? а) Полное парентеральное питание. б) Энтеральное зондовое питание (через	Б)

		назоэнтеральный зонд, установленный за зону резекции) или парентеральное питание при невозможности энтерального. в) Пероральный прием глюкозо-солевых растворов. г) Питание не требуется, только инфузионная терапия.	
28	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие критерии используются для оценки нутритивного статуса пациента перед планированием реабилитации после крупного эндоскопического вмешательства? Выберите 3 ответа. а) Индекс массы тела (ИМТ). б) Уровень альбумина в сыворотке крови. в) Данные нутритивного скрининга (например, MUST). г) Цвет волос. д) Группа крови.	АБВ
29	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. После установки ПЭГ кормление можно начинать сразу же, в день операции, полноценными питательными смесями.	Неверно (В первые 24 часа обычно вводят только физиологический раствор. Энтеральное питание начинают на следующий день с малых объемов и низкой скорости, постепенно увеличивая до целевых значений).
30	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент с дисфагией после операции на пищеводе и высоким риском аспирации. Наиболее безопасный способ энтерального питания: а) Через назогастральный зонд. б) Через ПЭГ. в) Перорально, пищей густой консистенции. г) Через назоеюнальный зонд.	Б)
31	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Для купирования умеренного болевого синдрома после эндоскопической полипэктомии толстой кишки препаратом первого выбора является: а) Кеторолак (НПВС) в максимальной дозе. б) Трамадол (слабый опиоид). в) Парацетамол или ибупрофен в стандартной	В)

		дозе (при отсутствии противопоказаний). г) Морфин.	
32	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие немедикаментозные методы можно рекомендовать для уменьшения боли и дискомфорта после лапароскопических вмешательств? Выберите 3 ответа. а) Ранняя активизация (ходьба). б) Дыхательная гимнастика. в) Ношение послеоперационного бандажа по показаниям. г) Строгий постельный режим в течение недели. д) Голодная диета.	АБВ
33	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. После ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией обязательным является назначение НПВС (диклофенак) в ректальных свечах для профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита.	Верно (Это доказанный метод фармакопрофилактики, рекомендованный клиническими рекомендациями).
34	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. У пациента после РОЕМ на 2-е сутки появилась лихорадка 38.0°С и умеренная боль за грудиной. Ваша тактика: а) Назначить жаропонижающее и продолжить наблюдение. б) Немедленно выполнить КТ грудной клетки с контрастированием для исключения медиастинита (перфорации). в) Увеличить дозу обезболивающих. г) Начать эмпирическую антибиотикотерапию.	Б
35	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Основная цель привлечения специалиста по ЛФК для пациента после обширной абдоминальной лапароскопии: а) Научить пациента ходить. б) Профилактика послеоперационных пневмоний, тромбоэмболий, восстановление тонуса мышц брюшного пресса. в) Коррекция осанки. г) Проведение сеансов массажа.	Б)
36	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие физиотерапевтические процедуры могут быть показаны для ускорения заживления послеоперационных ран (троакарных проколов) и уменьшения болевого синдрома? Выберите 3 ответа. а) Лазеротерапия. б) Магнитотерапия. в) Ультразвуковая терапия.	АБВ

		г) Электросон. д) Грязелечение.	
37	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. Дыхательная гимнастика с использованием тренажера (инспирометра) показана всем пациентам после эндоскопических вмешательств под общей анестезией для профилактики гипостатической пневмонии.	Верно
38	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент после эзофагэктомии с формированием желудочного трансплантата страдает от рефлюкса. Какой специалист может помочь в подборе специальных упражнений и поз для уменьшения симптомов? а) Психотерапевт. б) Специалист по ЛФК (кинезитерапевт). в) Физиотерапевт. г) Диетолог.	Б)
39	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент с установленной ПЭГ демонстрирует признаки депрессии, говорит, что стал «инвалидом». Наиболее правильная реакция медицинского работника: а) «Не выдумывайте, это лучше, чем умереть от голода». б) Признать его чувства, предоставить информацию о группах поддержки, возможности скрытого ношения питательных систем, привлечь клинического психолога. в) Прописать антидепрессанты. г) Ограничить посещения родственников.	Б)
40	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие элементы психологической подготовки важны перед плановым крупным эндоскопическим вмешательством (например, ESD)? Выберите 3 ответа. а) Реалистичное информирование о ходе процедуры, возможных ощущениях, послеоперационном периоде. б) Обсуждение плана обезболивания. в) Обеспечение поддержки со стороны близких. г) Гарантия 100% успеха и отсутствия осложнений. д) Сокрытие информации о возможных рисках.	АБВ
41	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. Психологическое состояние пациента не влияет на скорость физического восстановления после операции.	Неверно (Депрессия, тревога могут ухудшать комплаенс, снижать болевой порог, замедлять процессы заживления).

42	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациентка после операции по поводу рака желудка отказывается от необходимой контрольной гастроскопии из-за страха перед процедурой. Ваши действия: а) Настоять на процедуре под угрозой прекращения наблюдения. б) Обсудить причины страха, предложить седацию (медикаментозный сон), подробно объяснить важность исследования для ее здоровья, привлечь психолога. в) Отменить исследование и наблюдать клинически. г) Назначить исследование без ее согласия.	Б)
43	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Наиболее важная информация, которую должен передать врач стационара участковому терапевту при выписке пациента после эндоскопического лечения кровоточащей язвы: а) Стоимость проведенного лечения. б) Личное мнение о характере пациента. в) Номер палаты, в которой лежал пациент. г) Окончательный диагноз, объем и дата вмешательства, рекомендации по приему ИПП, дата контрольной ЭГДС, признаки, требующие срочного обращения.	Г)
44	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие документы в обязательном порядке должны быть подготовлены для передачи в поликлинику при выписке пациента после эндоскопического стентирования пищевода? Выберите 3 ответа. а) Выписка из истории болезни с подробным описанием операции. б) Копия протокола эндоскопического исследования и стентирования. в) Рекомендации по питанию, уходу за стомой (если есть), дальнейшему наблюдению. г) Оригиналы гистологических стекол. д) Чеки на оплату дополнительных услуг.	АБВ
45	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. В выписке из истории болезни достаточно указать «проведена лечебная гастроскопия», без детализации метода гемостаза или типа установленного стента.	Неверно (Детализация критически важна для врача, продолжающего наблюдение, и для оценки качества оказанной помощи).
46	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент выписан после ЭРХПГ по поводу	Б)

		холедохолитиаза. Ключевая рекомендация для врача поликлиники по дальнейшему наблюдению: а) Назначить желчегонные препараты. б) Обеспечить выполнение плановой холецистэктомии (если не выполнена) для профилактики рецидива, контролировать функцию печени, УЗИ. в) Рекомендовать тюбажи. г) Направить на МРТ головного мозга.	
47	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Основным критерием эффективности реабилитации после POEM при ахалазии является: а) Отсутствие боли в первые сутки. б) Выписка на 3-й день. в) Нормализация температуры тела. г) Устранение или значительное уменьшение дисфагии, подтвержденное опросником (например, Eckardt score) и/или контрольным рентгенологическим исследованием.	Г)
48	ПК-5	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие показатели можно отнести к критериям качества медицинской реабилитации после эндоскопических вмешательств? Выберите 3 ответа. а) Восстановление функции (например, способность принимать пищу после стентирования пищевода). б) Отсутствие повторных госпитализаций по поводу того же состояния в течение 30 дней. в) Удовлетворенность пациента оказанной помощью. г) Количество назначенных физиопроцедур. д) Длительность пребывания в стационаре как единственный критерий.	АБВ
49	ПК-5	Утверждение: Верно/Неверно. Если пациент после эндоскопической резекции опухоли выписан в плановом порядке без осложнений, процесс реабилитации можно считать завершенным.	Неверно (Реабилитация включает и амбулаторный этап: соблюдение рекомендаций, диеты, контрольные исследования, психологическую адаптацию).
50	ПК-5	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент 70 лет выписан после ЭРХПГ и лапароскопической холецистэктомии. При плановом осмотре через 2 недели в поликлинике он жалуется на слабость, снижение аппетита,	Б)

		жидкий стул 2-3 раза в день. Ваша оценка ситуации как организатора реабилитации: а) Это норма, организм восстанавливается. б) Требуется оценка нутритивного статуса, исключение постхолецистэктомического синдрома, коррекция диеты, возможно, назначение ферментов. Необходимо активное вмешательство для предотвращения дальнейшего ухудшения. в) Назначить антибиотик. г) Госпитализировать для повторного обследования.	

ПК-6 Готовность к ведению учетно-отчетной документации, организации деятельности медперсонала.

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-6 Задания закрытого типа на установление соответствия (3 задания)	Установите соответствие между видом медицинского документа и лицом, ответственным за его ведение и хранение в эндоскопическом кабинете. Вид документа 1. Протокол эндоскопического исследования (первичная учетная форма). 2. Журнал учета проведения дезинфекции и стерилизации эндоскопов. 3. Журнал учета движения медикаментов списка А и Б (сильнодействующих). 4. Книга учета работы рентгеновского аппарата (при наличии). Ответственное лицо А. Врач-эндоскопист, проводивший исследование. Б. Медицинская сестра, ответственная за обработку. В. Старшая медицинская сестра отделения/кабинета. Г. Заведующий отделением/кабинетом.	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
2	ПК-6	Установите соответствие между типом записи в протоколе эндоскопического исследования и ее обязательным содержанием. Тип записи в протоколе 1. Паспортная часть. 2. Описание выполненного вмешательства. 3. Заключение и рекомендации. 4. Отметка об информированном согласии. Обязательное содержание А. ФИО, возраст пациента, номер истории	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

		болезни/амбулаторной карты, дата и время исследования. Б. Название процедуры, использованные инструменты и методы (биопсия, полипэктомия и т.д.). В. Диагноз по результатам осмотра, гистологическое направление (если взято), рекомендации по лечению и дальнейшему обследованию. Г. Подпись пациента (или законного представителя), дата, подпись врача, разъяснившего процедуру.	
3	ПК-6	Установите соответствие между должностным лицом в эндоскопическом отделении и его основной функцией в организации работы персонала. Должностное лицо 1. Врач-эндоскопист (ординатор/стажер). 2. Медицинская сестра процедурной. 3. Медицинская сестра по обработке (дезинфекции). 4. Старшая медицинская сестра отделения. Основная организационная функция А. Непосредственное выполнение исследований, оформление протоколов, руководство действиями ассистирующей медсестры во время процедуры. Б. Ассистирование врачу во время исследования, подготовка пациента, обработка и подготовка инструментария к процедуре. В. Обеспечение полного цикла обработки, дезинфекции высокого уровня (ДВУ) и хранения эндоскопов и инструментов. Г. Составление графиков работы и отпусков среднего и младшего персонала, контроль расхода медикаментов и материалов, ведение части учетной документации.	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.
4	ПК-6 Задания закрытого типа на установление последовательности (3 задания)	Расположите в правильной последовательности этапы оформления медицинской документации после завершения плановой колоноскопии с биопсией в амбулаторных условиях. 1. Внесение записи о проведенном исследовании в «Журнал учета эндоскопических исследований». 2. Оформление направления на гистологическое исследование (форма 014/у). 3. Заполнение паспортной части и раздела «Заключение» в протоколе эндоскопического исследования. 4. Подписание протокола исследования врачом-эндоскопистом. 5. Подшивание протокола и направления в амбулаторную карту пациента (или передача регистратору). 6. Внесение данных о выполненной услуге в талон амбулаторного пациента (форма 025-12/у) или учетную систему.	3, 4, 2, 1, 6, 5.

5	ПК-6	Расположите в логическом порядке действия врача-эндоскописта при организации рабочего дня в кабинете. 1. Проверка готовности и исправности эндоскопического оборудования. 2. Ознакомление с графиком исследований на день. 3. Проведение пятиминутного совещания (планерки) с медсестрами, обсуждение сложных случаев. 4. Проверка наличия и срока годности необходимых медикаментов и расходных материалов. 5. Прием и осмотр первого пациента, проверка наличия информированного согласия и результатов подготовки. 6. Начало проведения исследований согласно графику.	2, 1, 4, 3, 5, 6.
6	ПК-6	Расположите этапы расследования дефекта оказания медицинской помощи, связанного с неправильной маркировкой биопсийного материала. 1. Фиксация факта в журнале учета дефектов/инцидентов. 2. Написание объяснительных записок ответственным персоналом (врач, медсестра). 3. Извещение заведующего отделением и старшей медсестры. 4. Проведение служебного расследования, опрос персонала, изучение журналов. 5. Разработка и внедрение корректирующих действий (например, введение двойной проверки маркировки). 6. Информирование лечащего врача и пациента о случившемся.	3, 1, 2, 4, 6, 5.
7	ПК-6 Задания открытого типа с развернутым ответом / задача (3 задания)	Ситуационная задача. В эндоскопическом кабинете поликлиники в конце рабочего дня выясняется, что у двух пациентов, которым выполнялась биопсия желудка, перепутаны пробирки с материалом и, соответственно, направления на гистологическое исследование. Пациенты уже ушли домой. 1. Опишите ваши немедленные действия как врача-эндоскописта, обнаружившего ошибку. 2. Составьте алгоритм исправления ситуации и предотвращения негативных последствий для пациентов.	1.Немедленные действия: Немедленно сообщить заведующему отделением. Изъять неправильно оформленные направления и пробирки. Найти в журнале учета контактные данные обоих пациентов. 2.Алгоритм исправления: •Связаться с пациентами, извиниться, объяснить ситуацию без излишней детализации, вызвать их для повторной беседы и забора крови (если потребуется для дополнительной идентификации, хотя это крайняя мера).

		3. Предложите организационные меры (изменения в работе кабинета), которые позволят не допустить подобных ошибок в будущем.	•Оформить новые направления с правильными данными, приложив объяснительную записку для патологоанатома о случившемся. •Внести запись в журнал инцидентов/дефектов. •Проинформировать патологоанатомическое отделение о ситуации по телефону и официальным письмом. 3.Организационные меры: •Внедрение правила «один пациент – один комплект»: подготовка и маркировка пробирки и направления до начала процедуры, сразу после идентификации пациента. •Введение двойной проверки маркировки: медсестра маркирует в присутствии врача, врач проверяет перед помещением материала в пробирку. •Использование штрих-кодов или предварительно напечатанных стикеров с данными пациента. •Проведение внепланового инструктажа персонала.
8	ПК-6	Аналитическое задание. Вам, как ординатору, поручено составить график работы среднего медицинского персонала (2 процедурные медсестры и 1 медсестра по обработке) эндоскопического кабинета стационара на неделю. Кабинет работает 5 дней в неделю с 8:00 до 16:00. Плановая нагрузка – 10-12 исследований в день. Необходимо обеспечить непрерывность обработки инструментов и соблюдение норм труда. 1. Учтите основные принципы составления графика (равномерность нагрузки, чередование сложных обязанностей, перерывы). 2. Предложите вариант почасового/подежурного графика	1.Принципы: Равномерное распределение процедурных медсестер (например, смена каждые 2 часа между ассистированием и подготовкой пациентов/инструмента). Обеспечение обеденного перерыва для каждой. Учет того, что медсестра по обработке работает в отдельном помещении, но ее график должен быть синхронизирован с пиками нагрузки (сразу после окончания исследований). 2.Вариант графика на день: •8:00-10:00: Медсестра А – ассистирование, Медсестра Б – подготовка пациентов и инструментов к следующим исследования. •10:00-12:00: Медсестра Б –

		на день. 3. Объясните, как будет организована работа в случае болезни одной из медсестер.	ассистирование, Медсестра А – подготовка, выполнение текущей обработки инструментов. •12:00-13:00: Обеденные перерывы в шахматном порядке. •13:00-15:00: Ротация повторяется. Медсестра по обработке (В) работает с 8:00, но ее основная активность – после 10:00 и особенно после 14:00 для обработки инструментов с утренних исследований. •15:00-16:00: Завершение исследований, уборка, подготовка к следующему дню. 3.На случай болезни: Введение внутреннего совместительства (одна из процедурных медсестер проходит доп. инструктаж по обработке). Наличие подушечного резерва (медсестра из другого отделения, знакомая с основами). В крайнем случае – сокращение плановой нагрузки на день по согласованию с администрацией.
9	ПК-6	Практическое задание. Пациент И., 45 лет, был направлен на плановую ЭГДС. Во время исследования взята биопсия из антрального отдела желудка. После процедуры пациент почувствовал себя плохо, возникли сильные боли за грудиной. При осмотре выявлена подкожная эмфизема на шее. Пациент экстренно переведен в хирургическое отделение с диагнозом «перфорация пищевода». 1. Перечислите все виды медицинской документации, которые необходимо оформить в связи с данным осложнением. 2. Опишите, какую информацию и в какой форме необходимо передать в страховую медицинскую организацию.	1.Необходимая документация: •Дополнение к протоколу ЭГДС с подробным описанием манипуляции и момента возникновения осложнения. •Запись в истории болезни о состоянии пациента после исследования, описание осложнения и принятых мерах. •Акт о случае внутрибольничного осложнения/несчастном случае (по внутренней форме ЛПУ). •Объяснительная записка врача-эндоскописта на имя заведующего отделением. •Извещение о страховом случае (форма 315/у) – для отправки в страховую компанию. •Запись в Журнале учета осложнений. 2.Информация для страховой:

		3. Составьте пример краткой, но информативной записи в «Журнал учета осложнений эндоскопических исследований».	Официальное Извещение (форма 315/у), заполненное в установленном порядке. К нему прикладываются копии протокола ЭГДС, выписки из истории болезни, акта о осложнении. Указываются дата, время, характер осложнения, проведенные лечебные мероприятия. 3.Запись в Журнале осложнений: •Дата, время: 26.10.2023, 11:30. •ФИО пациента, № и/б: Иванов И.И., и/б 12345. •Вид исследования: ЭГДС с биопсией. •Осложнение: Перфорация шейного отдела пищевода. •Принятые меры: Консультация хирурга, экстренная КТ шеи/грудной клетки, перевод в хирургическое отделение, экстренная операция. •Подпись врача: Петров П.П.
10	ПК-6 Задания открытого типа с кратким ответом (3 задания)	Каковы основные разделы, которые должны быть обязательно отражены в протоколе эндоскопического исследования (например, ЭГДС)?	1) Паспортная часть (данные пациента, номер и/б, дата). 2) Название исследования. 3) Описание макроскопической картины по отделам (пищевод, желудок, ДПК) с указанием локализации, размера, характера выявленных изменений. 4) Описание проведенных манипуляций (биопсия, полипэктомия и пр.). 5) Заключение (эндоскопический диагноз). 6) Рекомендации. 7) Подписи врача и, при необходимости, отметка об информированном согласии.
11	ПК-6	Что такое «Журнал учета дезинфекции и стерилизации» и какие графы он должен содержать?	Это документ, обеспечивающий контроль и прослеживаемость обработки медицинских изделий (эндоскопов, инструментов). Обязательные графы: 1) Дата и время начала обработки. 2) Инвентарный номер/название обрабатываемого изделия. 3) ФИО пациента, у которого

			применялось. 4) ФИО медперсонала, проводившего обработку. 5) Названия и концентрации использованных дезинфицирующих/стерилизующих средств. 6) Режимы обработки (концентрация, температура, время экспозиции). 7) Отметка о промывке и качестве ополаскивания. 8) Способ сушки. 9) ФИО лица, принявшего изделие в чистую зону/на хранение. 10) Подписи ответственных лиц.
12	ПК-6	Каковы основные обязанности медицинской сестры процедурного эндоскопического кабинета непосредственно во время проведения исследования?	1) Ассистирование врачу: подача инструментов (щипцы, петли, инъекционные иглы), управление аппаратурой по команде (включение/выключение коагуляции, инсуффляции воздуха/воды). 2) Наблюдение за состоянием пациента (цвет кожных покровов, дыхание, пульс, уровень седации). 3) Обеспечение аспирации слюны и желудочного/кишечного содержимого. 4) Маркировка и оформление биопсийного материала. 5) Фиксация пациента при необходимости.
13	ПК-6 Задания закрытого типа (тестовые, 38 заданий)	Выберите ОДИН правильный ответ. Кто несет персональную ответственность за достоверность и своевременность заполнения протокола эндоскопического исследования? а) Медицинская сестра, ассистировавшая при исследовании б) Заведующий отделением в) Врач-эндоскопист, подписавший протокол г) Старшая медицинская сестра	в)
14	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Какой документ является основанием для списания медикамента (например, пропофола) со склада в эндоскопическом кабинете? а) Устное распоряжение заведующего б) Требование-накладная (форма М-11) или ее электронный аналог в) Запись в журнале учета расхода медикаментов г) Чек из аптеки	б)
15	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие данные обязательно должны совпадать на	а, б, г

		пробирке с биоптатом и в направлении на гистологическое исследование? а) ФИО пациента б) Дата рождения пациента в) Дата и время взятия биопсии г) Локализация взятого материала (орган, отдел) д) Предполагаемый диагноз	
16	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Врач-эндоскопист имеет право вносить исправления в уже подписанный и сданный в архив протокол исследования, зачеркивая неверную запись, вписывая правильную и заверяя исправление своей подписью и датой.	Верно (в соответствии с правилами ведения медицинской документации, исправления должны быть оговорены, датированы и заверены подписью).
17	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. График работы медицинских сестер эндоскопического кабинета составляется старшей медицинской сестрой отделения и утверждается главной медицинской сестрой больницы.	Неверно. График работы составляется старшей медицинской сестрой отделения и утверждается заведующим отделением.
18	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. При проведении плановой проверки Росздравнадзора в первую очередь будут запрошены: а) Личные дела сотрудников б) Журналы учета дезинфекции и стерилизации, протоколы исследований, лицензии в) Финансовые документы отдела г) Договоры с поставщиками	б)
19	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Кто осуществляет ежедневный контроль за соблюдением санэпидрежима в эндоскопическом кабинете? а) Врач-бактериолог б) Медицинская сестра по обработке в) Врач-эндоскопист, ответственный за кабинет в данный день г) Помощник эпидемиолога ЛПУ	в)
20	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие действия входят в обязанности врача-эндоскописта по организации работы в кабинете в начале рабочего дня? а) Провести инструктаж по технике безопасности	а, б, г

		с медсестрами б) Убедиться в наличии и исправности средств для оказания неотложной помощи в) Лично провести влажную уборку всех помещений г) Проверить запись в журнале учета температуры в холодильнике для медикаментов	
21	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Журнал учета эндоскопических исследований является документом строгой отчетности и должен храниться в архиве отделения не менее 5 лет.	Неверно. Срок хранения первичной медицинской документации, к которой относится и журнал учета, составляет не менее 25 лет (для взрослых) или 75 лет (для детей).
22	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. При выявлении у медицинской сестры нарушения алгоритма обработки эндоскопа, первым действием ответственного врача должно быть: а) Немедленное увольнение медсестры б) Устранение нарушения и предотвращение использования неправильно обработанного инструмента в) Составление докладной записки главному врачу г) Проведение внепланового инструктажа со всей бригадой	б)
23	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. При оформлении направления пациента на консультацию к онкологу в другое лечебное учреждение, в направлении обязательно указывается: а) Только диагноз. б) Рекомендации по лечению, которое должен назначить онколог. в) Диагноз, данные проведенных исследований, цель консультации, контактные данные направляющего врача. г) Сведения о заработной плате пациента.	В)
24	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие сведения ежедневно вносятся в «Журнал движения больных» (ЖДБ) стационарного отделения? Выберите 3 ответа. а) ФИО поступившего пациента, номер истории болезни. б) ФИО выписанного пациента, исход госпитализации.	АБВ

		в) ФИО переведенного в другое отделение пациента. г) Список назначенных лекарств. д) Расписание дежурств врачей.	
25	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Направление на платную медицинскую услугу, оказываемую в той же организации, может быть оформлено в свободной форме, без регистрации.	Неверно (Направление на любую услугу, в том числе платную, должно быть оформлено по установленным правилам организации (форма 057/у-04 или внутренняя форма) и зарегистрировано в журнале)
26	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Основное назначение «Журнала предоперационных осмотров» в отделении: а) Учет рабочего времени анестезиолога. б) Фиксация факта и результатов осмотра пациента анестезиологом-реаниматологом и терапевтом перед операцией для подтверждения допуска. в) Запись пожеланий пациента относительно анестезии. г) Планирование графика операций.	Б)
27	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Врач имеет право выдать листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком в возрасте 7 лет на период его карантина в детском саду на срок: а) На весь период карантина, но не более 7 дней. б) На весь период карантина, но не более 14 дней. в) Только на 3 дня. г) Листок нетрудоспособности по уходу за здоровым ребенком не выдается.	Б)
28	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие ошибки при заполнении электронного листка нетрудоспособности (ЭЛН) делают его недействительным? Выберите 3 ответа. а) Неверно указан СНИЛС пациента. б) Отсутствует подпись врача, усиленная квалифицированной электронной подписью (КЭП). в) Указан неверный код причины нетрудоспособности. г) Отсутствует печать организации (для ЭЛН печать не требуется). д) Фамилия врача написана прописными	АБВ

		буквами.	
29	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. При продлении листка нетрудоспособности более чем на 15 дней, врач обязан направить пациента на врачебную комиссию (ВК) для решения вопроса о дальнейшем лечении.	Верно (Согласно Приказу Минздрава № 925н, при сроке временной нетрудоспособности свыше 15 дней решение о продлении принимает ВК).
30	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Пациент работает по совместительству в двух организациях. Какой листок нетрудоспособности ему необходимо оформить? а) Один ЛН, который он предоставит по основному месту работы. б) Два ЛН: по одному для каждого места работы (в информации о месте работы указывается «по совместительству»). в) Один ЛН, но в нем перечислить всех работодателей. г) Справку произвольной формы.	Б)
31	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. График отпусков на следующий год в медицинской организации должен быть утвержден: а) До 31 декабря текущего года. б) Не позднее чем за две недели до наступления календарного года (т.е. до 17 декабря). в) В любое время по решению заведующего. г) Ежеквартально.	Б)
32	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие документы необходимы от сотрудника для оформления отпуска без сохранения заработной платы (за свой счет)? Выберите 3 ответа. а) Письменное заявление сотрудника с указанием причины и срока. б) Приказ руководителя о предоставлении отпуска. в) Медицинская справка. г) Документы, подтверждающие причину (например, свидетельство о рождении ребенка для отпуска до 14 дней по семейным обстоятельствам). д) Ходатайство профсоюза (обязательно всегда).	АБГ
33	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Заведующий отделением имеет право самостоятельно, без согласования с кадровой службой, издать приказ о приеме на работу нового санитарки.	Неверно (Прием на работу оформляется отделом кадров (кадровой службой) на

			основании заявления, трудового договора и других документов. Зав. отделением дает визу согласования в заявлении).
34	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Сотрудник предоставил листок нетрудоспособности. Заведующий отделением должен: а) Хранить его у себя до выхода сотрудника. б) Передать его в отдел кадров или бухгалтерию в день предоставления для расчета пособия. в) Сделать копию и вернуть оригинал сотруднику. г) Прикрепить к табелю учета рабочего времени.	Б)
35	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Основной документ, на основании которого бухгалтерия начисляет заработную плату врачу-эндоскописту за выполненные процедуры в системе ОМС: а) Табель учета рабочего времени. б) Регистрационный журнал (талон) выполненных эндоскопических исследований/операций, подписанный зав. отделением и переданный в планово-экономический отдел/бухгалтерию. в) Устное распоряжение главного врача. г) Докладная записка врача.	Б)
36	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие данные должны четко отражаться в журнале учета выполненных процедур для корректного начисления оплаты труда? Выберите 3 ответа. а) Дата и время процедуры. б) ФИО пациента и номер его медицинской документации. в) Код услуги по номенклатуре (например, код по ОМС) и ФИО исполнителя. г) Субъективная оценка сложности процедуры. д) Название использованного анестетика.	АБВ
37	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Если врач выполнил две процедуры одному пациенту за один сеанс (например, ЭГДС и колоноскопию), в журнале учета это можно отразить одной строкой «комплексное обследование».	Неверно (Каждая медицинская услуга (код) должна быть отражена отдельно для корректного

			учета объема помощи и начисления оплаты).
38	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. При обнаружении расхождения между данными в журнале учета процедур и данными, полученными бухгалтерией из информационной системы, заведующий отделением должен: а) Исправить журнал «задним числом». б) Провести совместную сверку, составить акт расхождений, выяснить причину (технический сбой, ошибка в заполнении) и подать уточняющие данные. в) Обвинить бухгалтерию в ошибке. г) Проигнорировать, так как это мелочь.	Б)
39	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Служебная записка – это документ: а) Для общения с пациентами. б) Для информационного обмена между структурными подразделениями или сотрудниками внутри организации (например, запрос информации, уведомление). в) Для обращения в суд. г) Для отчетности перед Минздравом.	Б)
40	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. В какой ситуации заведующий отделением обязан составить докладную записку на имя вышестоящего руководителя (главного врача)? Выберите 3 ответа. а) О возникновении чрезвычайной ситуации в отделении (пожар, отключение кислорода). б) О грубом нарушении трудовой дисциплины сотрудником (прогул, появление на работе в состоянии опьянения). в) О необходимости приобретения дорогостоящего расходного материала, не предусмотренного сметой. г) О ежедневном отчете по количеству пациентов. д) О плановом отпуске сотрудника.	АБВ
41	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Акт списания лекарственных средств с истекшим сроком годности может быть подписан только заведующим отделением без участия комиссии.	Неверно (Списание материальных ценностей, в том числе лекарств, оформляется актом, который подписывается специально созданной комиссией, обычно с

			участием представителей бухгалтерии, материального отдела).
42	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Акт о порче оборудования (например, падение и поломка эндоскопа) составляется с целью: а) Немедленного увольнения виновного. б) Установления факта, причин, виновных лиц и определения порядка возмещения ущерба (если есть вина). в) Сокрытия инцидента от руководства. г) Автоматического списания оборудования.	Б)
43	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Плановая инвентаризация основных средств (оборудования) в медицинской организации проводится: а) Ежедневно. б) Не реже одного раза в три года. в) Только при смене главного врача. г) По желанию бухгалтерии.	Б)
44	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие документы необходимы для списания с баланса медицинского оборудования (эндоскопа), пришедшего в негодность? Выберите 3 ответа. а) Акт технического состояния от инженерной службы с заключением о невозможности/нецелесообразности ремонта. б) Приказ руководителя о создании комиссии по списанию. в) Акт списания, подписанный членами комиссии. г) Гарантийный талон оборудования. д) Чеки на его первоначальную покупку.	АБВ
45	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Инвентаризация расходных материалов (салфеток, перчаток) проводится реже, чем инвентаризация основных средств.	Неверно (Инвентаризация товарно-материальных ценностей, к которым относятся расходники, проводится, как правило, ЕЖЕГОДНО перед составлением годовой отчетности).
46	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. При обнаружении недостачи дорогостоящего	Б)

		инструмента во время инвентаризации, заведующий отделением должен: а) Списывать аналогичный инструмент из запаса. б) Немедленно сообщить об этом председателю инвентаризационной комиссии для проведения проверки и выяснения причин. в) Обвинить в краже санитарку. г) Ничего не делать, так как это обычная практика.	
47	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Вводный инструктаж по охране труда проводится с сотрудником: а) Только при его переводе на другую должность. б) При приеме на работу, до допуска к самостоятельной работе. в) Один раз в пять лет. г) По желанию сотрудника.	Б)
48	ПК-6	Выберите НЕСКОЛЬКО правильных ответов. Какие виды инструктажей по охране труда проводятся на рабочем месте? Выберите 3 ответа. а) Первичный (при допуске к новой работе/должности). б) Повторный (периодический, не реже 1 раза в 6-12 месяцев). в) Внеплановый (при изменении правил, после несчастного случая). г) Квартальный. д) Ежедневный (утренний пятиминутный).	АБВ
49	ПК-6	Утверждение: Верно/Неверно. Факт проведения инструктажа по охране труда фиксируется только в личной карточке сотрудника, ведение отдельного журнала не требуется.	Неверно (Факт проведения обязательно фиксируется в специальном журнале регистрации инструктажей на рабочем месте с подписями инструктируемого и инструктирующего, а также в личной карточке).
50	ПК-6	Выберите ОДИН правильный ответ. Новая медицинская сестра поступила на работу в эндоскопическое отделение. Каков правильный порядок ее допуска к работе? а) Показать рабочее место и сразу приступить к обязанностям. б) 1) Провести вводный инструктаж (отдел охраны труда). 2) Провести первичный	Б)

		инструктаж на рабочем месте (зав. отделением или ответственный). 3) Оформить допуск к самостоятельной работе приказом после стажировки (2-14 смен). Все этапы зафиксировать в журналах и карточке. в) Дать почитать должностную инструкцию и приступить к работе. г) Направить на обучение на 3 месяца.	

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 Минобнауки 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.

ФОС разработан:
ассистентом кафедры Бояхчян А.С.
доцентом кафедры
Клинической физиологии, кардиологии с
курсом интроскопии к.м.н., доцент С.В. Гусев.