Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 08.11.2023 17:20:08
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2637b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.В.ДВ.01.01 Эндоскопия органов брюшной полости

(наименование учебной дисциплины)

Базовая

(Цикл дисциплины и его часть (базовая, вариативная, дисциплина по выбору)

Высшее образование подготовка кадров высшей квалификации по специальности 31.08.67 Хирургия

(наименование ОПОП ВО направления подготовки или специальности с указанием кода)

Владивосток
2023

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине Б1.В.ДВ.01.01 Эндоскопия органов брюшной полости.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций,отражённых в карте компетенции.

1.1. Карта компетенций по дисциплине

№п/п	Код компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства
1.	ПК-13	Эндоскопия органов брюшной полости	Тесты

1.2. Перечень оценочных средств

№п/п	Название оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид комплектации оценочным средством в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

2.1. Показатели для оценки ответа в привязке к компетенциям и шкале оценивания

№ п/п	Показатели оценивания	Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей	Шкала оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
1	Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняетсяс ответом;	ПК-13	**Неудовлетворительно / не сформирован**

	не подтверждает освоениекомпетенций, предусмотренных программой		
2	Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; приответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; нев полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	ПК-13	**Удовлетворительно / пороговый**
3	Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-13	**хорошо /продвинутый**
4	Обучающийся показывает всесторонние	ПК13	**отлично/высокий**

	и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания дляанализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой		

3. Карта компетенций

Профессиональный стандарт «Врач-хирург» от от 26 ноября 2018 г. N 743н

Карта компетенций			
	I. Наименование компетенции	**Индекс**	**Формулировка**
К	Профессиональная	ПК-13	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Ф	**2. Наименование функции**	**Код**	**Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции**
Ф	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза	А/01.8	**Трудовые действия** Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Интерпретация информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Осмотр и физикальное обследование пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями

			Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) Повторные осмотры и обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Обеспечение безопасности диагностических манипуляций **Необходимые умения** Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Интерпретировать и анализировать полученную

			информацию от пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Пользоваться следующими методами визуального осмотра и физикального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: пальпация, перкуссия, аускультация при заболеваниях брюшной стенки, органов брюшной полости, почек и мочевыделительной системы; трансректальное пальцевое исследование, бимануальное влагалищное исследование Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями

			Организовывать и проводить обследование пациентов с заболеваниями других органов и систем организма, в том числе с заболеваниями крови, нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем, для выявления основных клинических проявлений, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход Оценивать состояние пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и выделять ведущие синдромы у пациентов, в том числе находящихся в терминальном и тяжелом состоянии, и принимать необходимые меры для выведения их из этого состояния Обосновывать необходимость направления пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями врачами-специалистами Проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ Оценивать на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, требующих нуждающихся в транспортировке в специализированное отделение и (или) выполнении оперативного вмешательства Выполнять медицинскую сортировку пострадавших при массовом поступлении при чрезвычайных ситуациях Пользоваться необходимой медицинской аппаратурой, используемой для выполнения диагностических исследований и манипуляций в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Проводить работу по обеспечению безопасности диагностических манипуляций **Необходимые знания** Общие вопросы организации медицинской

			помощи населению Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Методика осмотров и обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Топографическая анатомия основных областей тела (головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, верхних и нижних конечностей) Патофизиология травмы, кровопотери, раневого процесса, свертывающей системы крови Методы обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Этиология и патогенез хирургических заболеваний и (или) состояний Вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии Методы диагностики хирургических заболеваний и (или) состояний Клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Медицинские показания к использованию современных методов лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Хирургические заболевания пациентов, требующие направления к врачам-

			специалистам Клиническая картина состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Клиническая симптоматика пограничных состояний в хирургии Вопросы асептики и антисептики МКБ
Ф	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности	А/02.8	**Трудовые действия** Оценка тяжести состояния пациента с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Разработка плана лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Выполнение рекомендаций врачей-специалистов по применению лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Наблюдение, контроль состояния пациентов с

			хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях **Необходимые умения** Разрабатывать план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Определять медицинские показания для направления пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Обосновывать план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание

			пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначать немедикаментозное лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, лечебных манипуляций Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях, в числе которых: - установка подкожного катетера; - внутрисуставное введение лекарственных препаратов; - биопсия лимфатического узла; - пункция плевральной полости; - установка назогастрального зонда; - биопсия молочной железы чрескожная; - катетеризация мочевого пузыря; - уход за кожей тяжелобольного пациента; - наложение иммобилизационной повязки при переломах костей; - наложение гипсовой повязки при переломах костей; - наложение окклюзионной повязки на грудную клетку; - удаление поверхностно расположенного инородного тела; - вскрытие панариция; - некрэктомия; - вскрытие фурункула (карбункула); - вскрытие и дренирование флегмоны

			(абсцесса); - удаление доброкачественных новообразований кожи; - удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки; - удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса; - вправление вывиха сустава; - вправление вывиха нижней челюсти; - передняя тампонада носа; - задняя тампонада носа; - вскрытие фурункула носа; - трахеотомия; - коникотомия; - дренирование плевральной полости; - вправление парафимоза; - иссечение новообразования мягких тканей; - местная анестезия; - проводниковая анестезия Осуществлять направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в первичный онкологический кабинет (отделение) для оказания ему первичной медико-санитарной помощи по профилю "онкология" в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю "онкология" в случае подозрения или выявления онкологического заболевания при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, проводить профилактику или лечение послеоперационных осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния пациента с хирургическим заболеванием и (или) состоянием, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения хирургического заболевания Оказывать медицинскую помощь пациентам с хирургическими заболеваниями и (или)

			состояниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, в числе которых: - продолжающееся наружное и внутреннее кровотечение, острая кровопотеря; - геморрагический шок; - травматический шок; - инфекционно-токсический шок; - синдром длительного сдавления; - острое нарушение проходимости дыхательных путей; - напряженный пневмоторакс; - электротравма; - отморожение, переохлаждение; - ожоги **Необходимые знания** Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Методы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при хирургических заболеваниях и (или) состояниях; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Техника хирургических вмешательств, лечебных манипуляций при хирургических заболеваниях и (или) состояниях, в числе которых: - установка подкожного катетера; - внутрикостное введение лекарственных препаратов; - внутрисуставное введение лекарственных препаратов; - биопсия лимфатического узла;

			- пункция плевральной полости; - имплантация подкожной венозной порт-системы; - установка назогастрального зонда; - бужирование колостомы; - биопсия молочной железы чрескожная; - катетеризация мочевого пузыря; - уход за кожей тяжелобольного пациента; - наложение иммобилизационной повязки при переломах костей; - наложение гипсовой повязки при переломах костей; - наложение окклюзионной повязки на грудную клетку; - удаление поверхностно расположенного инородного тела; - вскрытие панариция; - некрэктомия; - аутодермопластика; - вскрытие фурункула (карбункула); - вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса); - удаление доброкачественных новообразований кожи; - удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки; - удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса; - вправление вывиха сустава; - вправление вывиха нижней челюсти; - иссечение суставной сумки (синовэктомия); - передняя тампонада носа; - задняя тампонада носа; - вскрытие фурункула носа; - трахеотомия; - коникотомия; - дренирование плевральной полости; - иссечение новообразований перианальной области; - резекция молочной железы; - удаление инородного тела роговицы; - вправление парафимоза; - ампутация пальцев нижней конечности; - иссечение новообразования мягких тканей; - местная анестезия; - проводниковая анестезия Принципы и методы обезболивания пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Требования асептики и антисептики Медицинские показания и медицинские противопоказания к оперативному лечению пациентов с хирургическими заболеваниями и

			(или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Задачи профилактики хирургических заболеваний Основы иммунобиологии, микробиологии Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях на догоспитальном этапе в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Дифференциальная диагностика и клиническая симптоматика острых гинекологических, урологических и инфекционных заболеваний в хирургической клинике Методы лечения основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Методы немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные

II. Компонентный состав компетенции		
Перечень компонентов	**Технология формирования**	**Средства и технологии оценки**
Знает: особенности патогенеза и клиники инфекционных заболеваний; основные директивные, инструктивно-методические и другие документы, регламентирующие деятельность службы; технологии патогенез и особенности заболеванний инфекционной природы	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование
Умеет: выделить факторы риска при развитии инфекционных заболеваний; использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности, выбрать методики исследования в соответствии с имеющимися данными о пациенте и	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование

заболевании		
Владеет: способами устранения факторов риска развития кишечных, воздушно-капельных и образовательные гнойно-септических инфекций, проводить санитарно-просветительную работу среди населения; особенности трактовки результатов исследований, в том числе антибиотикограмм	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация

III. Дескрипторы уровней освоения компетенции	
Ступени уровней освоения компетенции	**Отличительные признаки**
Пороговый	Воспроизводит термины, основные понятия
Продвинутый	Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями
Высокий	Предлагает расширенный объем информации

3.1 Тестовые задания

Тестовый контроль по Хирургии

	Код	**Текст компетенции/ названия трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.67	Хирургия
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
К	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	А/01.8	**Трудовая функция**: проведение обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и(или) состояний. **Трудовые действия:** направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Ф	В/02.8	**Трудовые функции:** назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи **Трудовые действия:** назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
Т		1. Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая: Варианты ответа: а) Безуспешность консервативной терапии б) Наличие вокруг язвы фиброзного кольца в) Наличие вокруг язвы нависающих краев г) Гигантские язвы (свыше 3 см) д) Скопление в полости язвы продуктов распада Ответ: г.
Т		2. Эндоскопическое лечение язвенной болезни наименее эффективно при локализации язвы: Варианты ответа: а) В кардии б) В теле желудка в) В антральном отделе г) В пилорическом канале д) В луковице 12-перстной кишки

		Ответ: а.
		3. Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами: Варианты ответа: а) До 2.5 см, глубиной до 0.5 см б) До 1 см, глубиной до 1 см в) До 5 см, глубиной до 0.5 см г) До 0.5 см, глубиной до 0.2 см д) При любых размерах Ответ: а.
Т		4. Противопоказаниями к местному лечению язв являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Длительно существующих язв б) Тяжелого общего состояния больного в) Нарушения свертываемости крови г) Подозрения на малигнизацию язвы д) Язвы, превышающие в диаметре 2.5 см и глубиной более 0.5 см Ответ: а.
Т		5. Противопоказанием к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки является: Варианты ответа: а) окализация за углом желудка б) Подозрение на малигнизацию в) Глубина более 0.2 см г) Длительно существующая язва д) Перифокальное воспаление вокруг язвы Ответ: б.
Т		6. Характер местного лечения зависит от всех перечисленных факторов, за исключением: Варианты ответа: а) Размеров язвы б) Локализации язвы в) Характера краев язвы г) Характера дна язвы д) Изменений окружающей слизистой оболочки Ответ: б.
Т		7. Задачи эндоскопического метода лечения язвенной болезни включают все перечисленное, за исключением: Варианты ответа: а) Способствовать заживлению язвы эпителизацией, а не рубцеванием б) Уточнения диагноза в) Отмены лекарственнх препаратов, дающих нежелательные последствия г) Проведения лечения без отрыва от трудовой деятельности д) Сокращения сроков временной нетрудоспособности Ответ: а.
Т		8. Основное назначение масляных аппликаций состоит: Варианты ответа: а) В очищении язвы от некротических масс б) В защите грануляций от повреждения желудочным соком в) В профилактике кровотечений г) В противовоспалительном действии д) В дезинфицирующем действии Ответ: б.
Т		9. Количество масла, необходимое для однократной аппликации составляет: Варианты ответа: а) 5-10 мл б) 0.5 мл в) 3-4 мл г) 20-25 мл д) 100 мл Ответ: а.
Т		10. Методы местного лечения язвенной болезни включают все перечисленное, исключая: Варианты ответа: а) Удаление из язвы некротических масс и фибрина б) Ликвидацию склерозированного фиброзного края в) Введение сосудосуживающих препаратов в края язвы г) Введение антибиотиков для подавления микрофлоры д) в периульцерозной зоне е) Местное введение лекарственных средств, стимулирующих регенерацию тканей Ответ: в.
Т		11. К методам лечения язвенной болезни относятся все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Аппликации веществ, защищающих поверхность язвы от вредного воздействия окружающей среды б) Промывания желудка с добавлением лекарственных препаратов в) Блокады нервных окончаний г) Блокады вагальных стволов на протяжении д) Растяжения стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта Ответ: б.
Т		12. Удаление некротических масс и фибрина из полости язвы возможно всеми перечисленными методами, за исключением:

		Варианты ответа: а) Промывания раствором гидрокарбоната натрия б) Воздействия ферментами в) Механического удаления щеткой г) Механического удаления щипцами д) Орошения язвы масляным раствором Ответ: д.
Т		13. К методам, способствующим уменьшению перифокального воспаления, относятся все перечисленные, кроме местного введения: Варианты ответа: а) Антибиотиков б) Кортикостероидов в) Салицилатов г) Антисептиков д) Оксиферрискарбона Ответ: д.
Т		14. К задачам, которые необходимо решить при эндогастродуоденоскопии по поводу желудочно-кишечного кровотечения, относятся все перечисленные, исключая: Варианты ответа: а) Есть или нет кровотечения на момент осмотра и его интенсивность б) Определить причину кровотечения в) При остановившемся кровотечении определить, имеется ли угроза его рецидива г) Исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта д) Определение объема возможной кровопотери Ответ: д.
Т		15. Эндоскопический метод остановки кровотечения целесообразно применять при всех перечисленных случаях кровотечения, исключая: Варианты ответа: а) Рецидив кровотечения из хронической язвы желудка или 12-перстной кишки б) Язвенное кровотечение у больных с высоким риском хирургического вмешательства в) Кровотечение из острых язв и эрозий г) Кровотечение из доброкачественных или злокачественных опухолей в остром периоде д) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде Ответ: а.
Т		16. Противопоказаниями к эндоскопическому способу остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Агонального состояния больного б) Невозможности увидеть источник кровотечения (деформация, стеноз) в) Массивного поступления крови, заливающей источник кровотечения и смотровое окно эндоскопа г) Кровотечения из злокачественной опухоли д) Рецидивного кровотечения из дна глубокой язвы 12-перстной кишки Ответ: г.
Т		17. Для остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта применяются все перечисленные методы, исключая: Варианты ответа: а) Коагуляцию источника кровотечения токами высокой частоты или лазерным излучением б) Введение склерозирующих и сосудосуживающих растворов в) Нанесение пленкообразующих веществ г) Аппликацию масла облепихи или шиповника д) Локальное воздействие холодовыми агентами Ответ: г.
Т		18. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из расширенных вен пищевода является: Варианты ответа: а) Пероральный антисептический биологический тампон б) Эндоскопическая электрокоагуляция в) Нанесение клеевой пленки г) Использование баллонного зонда типа Блекмора д) Лазерная фотокоагуляция Ответ: г.
Т		19. Метод эндоскопического склерозирования флебэктазий пищевода и кардиального отдела желудка был предложен: Варианты ответа: а) И.Т.Ватюниным в 1967 г б) К.К.Вода в 1965 г в) Грэндфордом и Фрэнком в 1939 г г) Хюнтом в 1969 г д) Денком в 1971 г Ответ: в.
Т		20. Склерозирующий раствор при кровотечениях из флебэктазий пищевода вводится: Варианты ответа: а) В просвет варикозно расширенной вены в области разрыва б) В просвет варикозно расширенной вены на 2-3 см выше и ниже места разрыва в) На поверхность слизистой в области разрыва г) В толщу слизистой в области разрыва д) В мышечный слой стенки пищевода в области разрыва Ответ: б

Т		21. Эндоскопическое исследование позволяет выявить источник кровотечения: Варианты ответа: а) В 100% случаев б) В 95% случаев в) В 90% случаев г) В 85% случаев д) В 80% случаев Ответ: б.
Т		22. Эндоскопическими признаками кровотечения при мезентериальном тромбозе являются все перечисленные, исключая: Варианты ответа: а) Сгустков крови в желудке нет б) Кровь в желудке имеет вид мясных помоев в) Дефектов на слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки не обнаруживается г) На слизистой оболочке 12-перстной кишки острые эрозии д) После отсасывания крови из 12-перстной кишки отмечается вновь ее поступление из дистальных отделов Ответ: г.
Т		23. Основными противопоказаниями к применению диатермокоагуляции являются: Варианты ответа: а) Артериальное кровотечение б) Невозможность четко осмотреть источник кровотечения в) Наличие большого свисающего тромба, прикрывающего источник кровотечения г) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода д) Правильно б) и г) Ответ: д.
Т		24. Предпочтение диатермокоагуляции хирургическому методу лечения отдается: Варианты ответа: а) При синдроме Мэллори – Вейса б) При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде в) При кровотечении из полипов желудка г) При массивном артериальном кровотечении из дуоденальной язвы д) При кровотечении из острых язв или эрозий желудка Ответ: г.
Т		25. Методические особенности эндогастродуоденоскопии (ЭГДС) при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленное, исключая: Варианты ответа: а) Минимальная инсульфляция воздуха б) Использование для смыва катетера в) Использование шприцевого смыва г) Отмывание тромба через катетер ледяной водой д) Эндоскоп дистальнее обнаруженного тромба над варикозным узлом - не проводится Ответ: г.
Т		26. Обязательными этапами подготовки больного с кровотечением к лечебно-диагностической эндоскопии являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Катетеризации центральной вены б) Определения группы крови и резус-фактора в) Промывания желудка, перфузии ледяной водой г) Премедикации и местной анестезии глотки д) Рентгеноскопии желудка Ответ: д.
Т		27. Осложнением склеротерапии при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода является: Варианты ответа: а) Острый эзофагит б) Кардиоспазм в) Перфорация пищевода г) Некроз терминального отдела пищевода д) Усиление кровотечения из варикозно расширенных вен Ответ: г.
Т		28. Вероятность развития перфорации полого органа при электрокоагуляции зависит от всего перечисленного, исключая: Варианты ответа: а) Характер источника кровотечения б) Локализацию источника кровотечения в) Способ диатермокоагуляции (моно- или биактивной) г) Мощность электрокоагулятора д) Продолжительность воздействия Ответ: а.

Т		29. Профилактические меры против попадания пленкообразующих веществ на оптические стекла и канал эндоскопа предусматривают все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Катетер должен выступать из канала эндоскопа на 3-5 см б) Катетер должен выступать из канала эндоскопа на 1-2 см в) Промывание катетера спиртом, не вынимая из канала эндоскопа г) Катетер извлекают вместе с эндоскопом, промывают, очищают и только затем извлекают из канала д) Каналы эндоскопа промывают спиртом Ответ: б.
Т		30. Моноактивный способ электрокоагуляции целесообразен: Варианты ответа: а) При разрыве слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода б) При кровотечении из острой язвы желудка в) При кровотечении из эрозии желудка г) При массивном кровотечении из язвы или опухоли желудка д) При коагуляции тромбированного сосуда при остановившемся кровотечении Ответ: г.
Т		31. Биактивный метод коагуляции показан при всех перечисленных причинах кровотечения, кроме: Варианты ответа: а) Кровотечения из разрыва слизистой кардиального отдела желудка б) Кровотечения из острых язв в) Кровотечения из эрозий г) Кровотечения из глубоких разрывов слизистой оболочки пищеварительно-желудочного перехода д) Кровотечения при бластоматозном поражении желудка Ответ: д.
Т		32. Методика диатермокоагуляции включает все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Предварительного удаления крови и сгустков б) Коагуляции ткани, расположенной рядом с кровоточащим сосудом в) Непосредственной коагуляции сосуда г) Диатермокоагуляция выполняется серией коротких включений тока высокой частоты д) Сочетанного обдувания струей воздуха и промывания источника кровотечения Ответ: в.
Т		33. Глубина распространения коагуляционного некроза при электрокоагуляции области источника зависит от всего перечисленного, кроме: Варианты ответа: а) Способа диатермокоагуляции (моноактивный, биактивный) б) Площади коагуляционного некроза в) Локализации источника кровотечения г) Продолжительности воздействия д) Степени давления электрода на слизистую Ответ: б.
Т		34. Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет: Варианты ответа: а) 1 с б) 2-3 с в) 5-6 с г) 7-8 с д) 10 с Ответ: б.
Т		35. Впервые попытку остановки желудочно-кишечного кровотечения через эндоскоп путем термического воздействия предпринял: Варианты ответа: а) Блаквуд и соавт. в 1971 г б) Юмане и соавт. в 1970 г в) Витт и Юбл в 1971 г г) Пари в 1974 г д) Демлинг в 1973 г Ответ: б.
Т		36. При эндогастродуоденоскопии по поводу желудочного кровотечения выявлено: кровотечение в настоящий момент отсутствует, его источник покрыт большим свисающим тромбом. В этом случае целесообразно: Варианты ответа: а) Динамическое наблюдение б) Диатермокоагуляция источника кровотечения в) Прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой г) Нанесение пленкообразующего препарата д) Дальнейшее лечение не требуется Ответ: б.
Т		37. Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая: Варианты ответа: а) Диатермокоагуляцию или лазерную коагуляцию б) Прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой в) Нанесение аэрозольных пленкообразующих препаратов г) Орошение холодовыми агентами д) Наложение клипс Ответ: д.

Т		38. К эндоскопическим признакам устойчивого гемостаза относятся все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Отсутствия свежей крови в желудке и 12-перстной кишке б) Наличия плотно фиксированного тромба в) Отсутствия видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения г) Четко видимого тромбированного сосуда на дне язвы д) Тромба на дне язвы, имеющего белесоватый цвет Ответ: г.
Т		39. Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является: Варианты ответа: а) Введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа б) Нанесение пленкообразующих веществ в) Электрокоагуляция г) Электроэксцизия д) Местное охлаждение хлорэтилом Ответ: г.
Т		40. Оптимальным методом остановки кровотечения из распадающихся опухолей желудка является: Варианты ответа: а) Промывание желудка ледяной водой б) Местное введение сосудосуживающих препаратов в) Нанесение пленкообразующих веществ г) Местное охлаждение хлорэтилом д) Электрокоагуляция Ответ: д.
Т		41. Для усиления гемостаза при промывании желудка при желудочно-кишечном кровотечении может применяться все перечисленное, за исключением: Варианты ответа: а) Ферракрила б) Ляписа в) Колларгола г) Танина д) Тромбина Ответ: а.
Т		42. Для склерозирования флебэктазий пищевода используются все перечисленные препараты, кроме: Варианты ответа: а) Гентопласта б) Варикоцида в) Вистарина г) Дондрена д) Этоксисклерола Ответ: а.
Т		43. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является: Варианты ответа: а) Обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами б) Аппликация пленкообразующих полимеров в) Эндоскопическая диатермокоагуляция г) Криовоздействие д) Орошение гемостатическими препаратами Ответ: в.
Т		44. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через: Варианты ответа: а) 12-24 ч б) 5-7 дней в) 10 дней г) 1 месяц д) 2 месяца Ответ: б.
Т		45. Операционный гастроскоп был создан: Варианты ответа: а) Гейлером в 1941 г б) Хеннингом в 1939 г в) Шиндлером в 1932 г г) Бенедиктом в 1948 г д) Уи в 1950 г Ответ: г.
Т		46. Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Всех случаев проглатывания остроконечных предметов б) Застревания инородных тел в) в области физиологических сужений пищевода г) Инородных тел более 1.5-2 см д) Инородных тел округлой формы диаметром 1-1.5 см е) Отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции Ответ: д.
Т		47. Абсолютными показателями к удалению инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, исключая:

		Варианты ответа: а) Инородное тело, внедрившееся в стенку органа б) Инородное тело, вызвавшее непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта в) Инородные тела желудка диаметром 1-1.5 см г) Инородные тела "слепого мешка", приведшие к развитию механической желтухи д) Инородные тела "слепого мешка", осложнившиеся холангитом Ответ: в.
Т		48. Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением: Варианты ответа: а) При инородных телах с острыми концами и гранями б) При инородных телах желудка диаметром более 2 см в) Если инородное тело застряло в области физиологического сужения пищевода г) Если инородное тело вклинилось в привратник д) При застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза Ответ: б.
Т		49. Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является: Варианты ответа: а) Общее тяжелое состояние больного б) Психологическое возбуждение в) Наличие признаков перфорации полого органа г) Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке д) Инородное тело больше 2 см в диаметре Ответ: в.
Т		50. Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела Варианты ответа: а) Общее тяжелое состояние больного б) Резкие боли в) Высокую температуру г) Кровотечение д) Явления непроходимости Ответ: д.
Т		51. Этапы подготовки больного к удалению инородных тел включают все перечисленное, кроме: Варианты ответа а) Рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта б) Рентгенографического исследования с барием в) Премедикации г) Психопрофилактики (беседа с больным) д) Местной анестезии зева Ответ: б.
Т		52. Инородные тела пищевода чаще выявляются: Варианты ответа: а) На уровне входа в пищевод б) В средней трети пищевода в) На уровне пищеварительного отверстия диафрагмы г) В абдоминальном отделе пищевода д) В области кардио-эзофагеального перехода Ответ: а.
Т		53. К случайным относятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме: Варианты ответа: а) Пуговиц б) Монет в) Фруктовых косточек г) Безоаров желудка д) Зубных протезов Ответ: г.
Т		54. Безоары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме: Варианты ответа: а) Перфорации стенки желудка б) Развития стеноза привратника в) Пилородуоденальной или кишечной непроходимости г) Желудочно-кишечного кровотечения д) Механической желтухи Ответ: б.
Т		55. Ко вторичным симптомам инородного тела пищевода относятся все перечисленные, исключая: Варианты ответа: а) Резкое усиление боли б) Распространение боли ниже того места, где они были ранее в) Отечность наружных покровов шеи и мягких тканей возле перстневидного хряща г) Резкое повышение температуры, озноб д) Усиление саливации Ответ: д.
Т		56. Клинические проявления при инородных телах зависят от всех перечисленных факторов, исключая: Варианты ответа: а) Характер предмета б) Локализацию инородного тела в) Глубину внедрения в стенку органаг) Психическое состояние больного д) Наличие сопутствующих заболеваний

		Ответ: д.
Т		57. Наиболее частой причиной локализации инородных тел в нижней трети пищевода является: Варианты ответа: а) Наличие физиологических сужений б) Опухолевое поражение стенки пищевода в) Структура пищевода г) Хронический эзофагит д) Дивертикул пищевода Ответ: в.
Т		58. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является: Варианты ответа: а) Дисфагия б) Боль в) Нарушение проходимости пищи г) Усиление саливации д) Осиплость голоса Ответ: в.
Т		59. Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является: Варианты ответа: а) Дисфагия б) Боль в) Нарушение проходимости пищи г) Усиление саливации д) Осиплость голоса Ответ: б.
Т		60. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять: Варианты ответа: а) через 2-3 ч б) Через 4-5 ч в) Через 6-8 ч г) Через 10-12 ч д) Через 24 ч Ответ: в.
Т		61. Из проглоченных волос образуются: Варианты ответа: а) Фитобезоары б) Трихобезоары в) Себобезоары г) Шеллакобезоары д) Пиксобезоары Ответ: б.
Т		62. Из переваренного жира образуются: Варианты ответа: а) Фитобезоары б) Трихобезоары в) Себобезоары г) Шеллакобезоары д) Пиксобезоары Ответ: в.
Т		63. У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано: Варианты ответа: а) Хирургическое лечение б) Консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим в) Эндоскопическое лечение г) Консервативное лечение д) Динамическое наблюдение Ответ: а.
Т		64. Наиболее трудной для эндоскопического лечения является локализация сужения: Варианты ответа: а) В устье пищевода б) В шейном отделе в) В грудном отделе г) В области кардиоэзофагеального перехода д) В абдоминальном отделе Ответ: а.
Т		65. Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах: Варианты ответа: а) Крепкими растворами кислот б) Крепкими растворами щелочей в) Солями тяжелых металлов г) Термических поражениях д) Лучевых поражениях Ответ: а
Т		66. Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании:

		Варианты ответа: а) Полыми бужами по металлической струне-направителю б) Через рот вслепую в) За "нитку" г) По "нитке" д) Под контролем эзофагоскопа Ответ: в.
Т		67. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются: Варианты ответа: а) Гладкие, блестящие рубцы б) Неровные, тусклые рубцы в) Инфильтрация слизистой оболочки г) Эластичность при инструментальной пальпации д) Выраженная контактная кровоточивость Ответ: а.
Т		68. Показаниями к удалению потерянных дренажей служат все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Обтурации их просвета б) Появления желтухи в) Признаков холангита г) Признаков острого холецистита д) Неотхождения в положенный срок Ответ: г.
Т		69. Эндоскопическими признаками лигатурного свища являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Наличия лигатуры б) Дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг в) Гипергрануляций г) Фиброзно-гнойных наложений д) Ложных дивертикулов в области анастомоза Ответ: д.
Т		70. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является: Варианты ответа: а) Бужирование вслепую б) Бужирование по струне в) Нормированное бужирование по струне г) Баллонная пневмо- и гидродилатация д) Рассечение стриктуры электроножом Ответ: а.
Т		71. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода является: Варианты ответа: а) Первые 3-5 часов после ожога б) Первые сутки после ожога в) Первые трое суток после ожога г) 7-10-е сутки после ожога д) В течение месяца после ожога Ответ: г
Т		72. Миграция лигатур может быть причиной всех перечисленных осложнений, кроме: Варианты ответа: а) Перитонита б) Пептической язвы анастомоза в) Хронического рецидивирующего панкреатита г) Рубцовой стриктуры анастомоза д) Кровотечения в просвет культи желудка Ответ: а.
Т		73. Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием во всех перечисленных случаях, за исключением: Варианты ответа: а) У детей б) У больных психическими заболеваниями в) В случае крупного предмета г) Если при повторных попытках не удается провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений д) При инородных телах с острыми концами и гранями Ответ: д.
Т		74. При удалении инородных тел могут быть использованы все перечисленные инструменты, кроме: Варианты ответа: а) Щипцов с зазубренными чащечками б) Эндоскопических ножниц в) Различных петель г) Корзинок д) Захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы" Ответ: б.
Т		75. Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются: Варианты ответа: а) Металлической петлей б) Трехзубым грейфером в) Корзинкой

		г) Биопсионными щипцами д) Захватывающим устройством типа "пеликан" Ответ: г.
Т		76. Наиболее безопасным способом при рубцовых сужениях пищевода является бужирование: Варианты ответа: а) По металлической струне-направителю полыми бужами б) Через рот вслепую в) По "нитке" г) За "нитку" д) Под контролем эзофагоскопа Ответ:а.
Т		77. Способ бужирования рубцовых сужений пищевода по металлической струне-направителю предложен: Варианты ответа: а) Э.Н.Ванцяном и Р.А.Тощаковым в 1965 г б) В.П.Башиловым в 1973 г в) Чангом в 1976 г г) Гаккером в 1970 г д) Пламмером в 1972 г Ответ: а.
Т		78.Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает: Варианты ответа: а) Рассечение рубцовой ткани электроножом б) Баллонную пневмодилатацию в) Бужирование по струне г) Оперативное лечение д) Баллонную гидродилатацию Ответ:а.
Т		79. Эндоскомическое лечение стриктур пищевода невозможно: Варианты ответа: а) При полной облитерации пищевода б) При мембранозных стриктурах в) При фибринозном эзофагите г) При циркулярных стриктурах д) При трубчатых стриктурах Ответ:а.
Т		80. Эндоскопическая электроэксцизия рубцовой ткани в области стриктур пищевода проводится с помощью: Варианты ответа: а) Игольчатого электрода б) Металлической петли в) Эндоскопических ножниц г) Электроножа д) Специальных щипцов Ответ:г.
Т		81. Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечислнное, за исключением: Варианты ответа: а) Извлечения инородных тел из области сужения б) Бужирования концом эндоскопа в) Бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа г) Установления струны-направителя под контролем эндоскопа д) Эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани Ответ:б.
Т		82. Профилактическая дилатация пищевода после ожога показана через: Варианты ответа: а) 3 дня б) 1 неделю в) 2 недели г) 2 месяца д) 6 месяцев Ответ:в.
Т		83. Оптимальное давление при баллонной гидродилатации: Варианты ответа: а) 0.5 атмосферы б) 1.5 атмосферы в) 2 атмосферы г) 3 атмосферы д) 5 атмосфер Ответ:д.
Т		84. Показаниями к перерыву в бужировании являются: Варианты ответа: а) Разрывы слизистой оболочки б) Боль при бужировании в) Небольшая кровоточивость г) Развитие фибринозного эзофагита д) Эзофагоспазм во время бужирования Ответ:д.

Т		85. Срок эпителизации рубцовых стриктур при бужировании составляет: Варианты ответа: а) 2 недели б) 1 месяц в) 2-3 месяца г) 5 месяцев д) 1 год Ответ:в.
Т		86. Впервые удаление полипов через эндоскоп осуществил: Варианты ответа: а) Демлинг б) Тсунеока и Ишида в) Брандт г) Реш д) Эльстер Ответ:б.
Т		87. Механическое отсечение полипа может быть применено: Варианты ответа: а) При полипах, имеющих четко сформированную ножку толщиной не более 4-5 мм б) При подслизистых опухолях, не связанных с мышечным слоем стенки органа в) При полипах полушаровидной формы на широком основании г) При подслизистых опухолях, частично связанных с мышечным слоем стенки органа д) При бляшковидном раке желудка Ответ:а.
Т		88. Эндоскопическая полипэктомия может считаться радикальным методом лечения: Варианты ответа: а) При интраэпителиальном раке в полипе б) При инвазивном раке в полипе без поражения анатомической ножки опухоли в) При инвазивном раке в полипе с поражением анатомической ножки г) При бляшковидном раке типа IIa д) При множественных малигнизированных полипах с интраэпителиальной локализацией процесса Ответ: а.
Т		89. Электрокоагуляцию или лазерную коагуляцию целесообразно применять: Варианты ответа: а) При крупных полипах на широком основании б) При крупных полипах на ножке в) При подслизистых опухолях желудка г) При небольших плоских полипах д) При бляшковидном раке желудка типа IIa Ответ:г.
Т		90. Динамическое наблюдение возможно при всех перечисленных состояниях, за исключением: Варианты ответа: а) Множественных мелких полипов (3-6 мм) б) Небольших малоподвижных подслизистых опухолей без клинических проявлений в) Множественных полипов без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста г) Больших полипов с диаметром основания более 2 см д) Тотального полипоза без выраженных клинических проявлений Ответ:г.
Т		91. Перед полипэктомией необходимо применить все перечисленные методы обследования, исключая: Варианты ответа: а) Определение группы крови и резус-фактора б) Изучение основных показателей свертывающей системы в) Определение кислотности г) ЭКГ д) Колоноскопию Ответ:д.
Т		92. Медикаментозная подготовка больных к эндоскопической полипэктомии включает все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Введения сердечных гликозидов б) Внутримышечно за 20 мин до исследования 1.0 - 2% промедола в) Внутримышечно за 20 мин до исследования 1% 1.0 атропина г) За 5 мин 2 таблетки аэрона под язык д) Внутримышечно 2.0 седуксена больным с лабильной психикой Ответ:а.
Т		93. Результаты биопсии и гистологического исследования всего полипа совпадают: Варианты ответа: а) В 100% б) В 80-90% в) В 50-70% г) В 30-40% д) В 10-20% Ответ:в.
Т		94. Впервые эндоскопическую инъекционную методику разрушения полиповидных образований желудка предложил: Варианты ответа: а) Тсунеока и Ишида в 1971 г б) Классен в 1970 г

		в) Сейфен, Эльстер в 1972 г г) Каваи, Отани в 1975 г д) В.М.Буянов в 1974 г Ответ:г.
Т		95. При наличии достаточно длинной ножки полипа диатермическую петлю целесообразно наложить на уровне: Варианты ответа: а) Слизистой оболочки желудка б) Головки полипа в) 3-4 мм от слизистой оболочки желудка г) 3-5 мм от головки полипа д) 1-2 мм от слизистой оболочки желудка Ответ:в.
Т		96. все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Полипов, подозрительных на малигнизацию б) Изъязвленных полипов осложнившихся кровотечением в) Множественных полипов или тотального полипоза без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста г) Одиночных и множественных полипов с выраженной клинической картиной болезни д) Одиночных и множественных растущих бессимптомных полипов Ответ:в.
Т		97. Лечебная полипэктомия показана во всех перечисленных случаях, кроме: Варианты ответа: а) Одиночных полипов желудка б) Полипов желудка (более 8 опухолей) у больных с высокой степенью риска хирургической операции в) Одиночных или множественных малигнизированных полипов желудка с инвазивным ростом и переходом злокачественного процесса на стенку желудка г) Одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного процесса д) Одиночных или множественных малигнизированных полипов желудка с инвазивным ростом без перехода злокачественного процесса на стенку желудка при крайне высоком операционном риске или отказе больного от операции Ответ:б.
Т		98. Относительными противопоказаниями к удалению полипов из желудка являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Кровотечения из полипа б) Нарушения свертывающей системы крови в) Полипов, основание которых превышает 2.5 см г) Общего тяжелого состояния больного д) Множественных мелких полипов 1-го типа Ответ:а.
Т		99. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению полипов и подслизистых опухолей являются все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Нарушений свертывающей системы крови б) Полипов на широком основании (более 2 см) в) Изъязвленных полипов, осложнившихся кровотечением г) Крупных подслизистых опухолей диаметром более 2-3 см д) Подслизистых опухолей, связанных с мышечным слоем стенки органа Ответ:в.
Т		100. Протипопоказанием для лечебной полипэктомии являются: Варианты ответа: а) Малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на стенку желудка б) Одиночные полипы I-II типа в) Множественные полипы II-IV типа г) Изъязвленные полипы осложнившиеся кровотечением д) Одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы Ответ:а.
Т		101. Противопоказанием для диагностической полипэктомии являются: Варианты ответа: а) Множественные полипы б) Одиночные растущие полипы в) Плоские полипы бляшковидной формы г) Изъязвленные полипы д) Малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли Ответ: д.
Т		102. Щипковая или петлевая биопсия предпочтительнее диагностической полипэктомии при наличии: Варианты ответа: а) Изъязвленного полипа на ножке б) Крупного полипа на широком основании (более 2 см) в) Множественных мелких полипов (более 8) г) Растущих бессимптомных полипов при ширине ножки 4-5 мм д) Одиночных крупных полипов на ножке с локализацией в антральном отделе желудка Ответ:б.
Т		103. У больного эзофагогастродуоденоскопии выявлено 6 полипов желудка диаметром 1.5-2 см на ножке

		шириной 4-5 мм. Слизистая оболочка полипов яркая, покрыта мелкими эрозиями По результатам биопсии признаков малигнизации нет. В этом случае наиболее целесообразны: Варианты ответа: а) Хирургическое лечение в плановом порядке б) Лечебная эндоскопическая полипэктомия в) Динамическое наблюдение г) Экстренное хирургическое вмешательство д) На первом этапе эндоскопическая полипэктомия (паллиативная), после чего - хирургическое лечение Ответ:б.
Т		104. Показаниями для эндоскопического удаления подслизистых опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Опухолей II типа диаметром не более 2 см б) Опухолей IV типа диаметром не более 3 см, при ширине ложной ножки не более 2 см в) Небольших подслизистых опухолей с клиническими проявлениями г) Опухолей III типа не более 2 см д) Небольших подслизистых опухолей I типа без клинических проявлений Ответ: д.
Т		105. Лечебная тактика при малигнизированных полипах желудка с инвазивным ростом опухоли, но без поражения ножки полипа включает: Варианты ответа: а) Эндоскопическую полипэктомию, затем - традиционную операцию б) Эндоскопическую полипэктомию в) Только хирургическое лечение г) Симптоматическое лечение д) Лучевую терапию Ответ:а
Т		106. У больного выявлен полипоз желудка с локализацией опухолей в различных отделах желудка. Оптимальная тактика предусматривает: Варианты ответа: а) Эндоскопическую полипэктомию б) Хирургическое лечение в) Динамическое наблюдение г) Комбинированное (эндоскопическое и хирургическое) лечение д) Симптоматическое лечение Ответ:г.
Т		107. Основным инструментом при электроэксцизии полипа является: Варианты ответа: а) Металлическая петля б) Диатермические щипцы в) Диатермическая петля г) Электронож д) Электроножницы Ответ:в.
Т		108. Основной целью создания новокаин-адреналиновой подушки под основанием полипа перед его удалением является: Варианты ответа: а) Анестезия б) Профилактика перфорации желудка в) Ускорение заживления дефекта слизистой г) Уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа д) Профилактика ожога окружающей слизистой при электрокоагуляции Ответ:г.
Т		109. Хирургическое вмешательство показано при всех перечисленных формах, за исключением: Варианты ответа: а) Одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста б) Множественных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста в) Одиночных малигнизированных полипов с инвазивным ростом г) Множественных малигнизированных полипов с инвазивным ростом д) Больших полипов с шириной основания более 3 см Ответ:а.
Т		110. К осложнениям эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Кровотечения из области пересеченной ножки или ложа полипа б) Перфорации полого органа в) Отрыва дистальной части петли во время полипэктомии г) Позднего кровотечения из коагуляционной язвы д) Возникновения очагов коагуляционного некроза Ответ:д.
Т		111. Если кровотечение после полипэктомии не останавливается самостоятельно, то во время эзофагогастродуоденоскопии чаще применяется: Варианты ответа: а) Промывание желудка ледяной водой б) Инъекции гемостатических и сосудосуживающих препаратов через эндоскоп и диатермокоагуляция через эндоскоп в) Трансабдоминальное вмешательство г) Нанесение на дефект слизи

		Ответ:б.
Т		112. В момент электроэкцизии полипа на ножке с помощью диатермической петли головка полипа касалась слизистой желудка. В этом случае возможным осложнением может быть: Варианты ответа: а) Электротравма врача-эндоскописта б) Ожог слизистой в) Повреждение аппарата г) Ослабление коагуляционного действия тока, кровотечение д) Образование зоны коагуляционного некроза в области основания полипа Ответ:б.
Т		113. В случае выскальзывания подслизистой опухоли (II тип) в сторону мышечного слоя при затягивании петли целесообразно: Варианты ответа: а) Подтянуть опухоль захватывающим устройством б) Надсечь слизистую оболочку над опухолью с помощью электроножа и частично ее вылущить в) Создать лекарственный инфильтрат над опухолью г) Предварительно скоагулировать слизистую оболочку над опухолью д) Применить метод электрокоагуляции Ответ:б.
Т		114. Применяются все следующие виды эндоскопического удаления полипов, кроме: Варианты ответа: а) Механического срезания полипов б) Электроэксцизии в) Электрокоагуляции г) Лазерной коагуляции д) Эндоскопической инъекции в ткань опухоли растворов уксусной кислоты и этанола Ответ:д.
Т		115. Техника электроэксцизии полипа включает все перечисленное, за исключением: Варианты ответа: а) Затягивания петли на расстоянии 3-5 см от уровня слизистой оболочки желудка б) Затягивания петли на уровне слизистой оболочки желудка в) Попеременного использования режимов резанья и коагуляции г) Предпочтительного использования режима коагуляции при приближении к центру ножки д) Затягивания петли мягко без чрезмерного усилия Ответ:б.
Т		116. Технические особенности удаления опухолей II типа включают все перечисленное, исключая: Варианты ответа: а) Надсечение слизистой оболочки над опухолью с помощью электроножа б) Создание новокаинового депо под опухолью в) Частичное вылущивание опухоли г) Наложение петли на вылущенную опухоль д) Использование захватывающего устройства для подтягивания опухоли Ответ:б.
Т		117. К техническим ошибкам при выполнении эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Головка полипа касается слизистой б) Полипэктомическая петля не затянута в) Затягивание петли на ножке полипа до появления его цианотической окраски г) Вмешательство выполняется при наличии вокруг полипа жидкости д) Диатермическая петля втянута в инструментальный канал эндоскопа Ответ:в.
Т		118. К способам извлечения отсеченных полипов относятся все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Присасывания опухоли к инструментальному каналу эндоскопа и извлечения его вместе с аппаратом б) Промывания желудка в) С помощью биопсионных щипцов г) С помощью полипэктомической петли д) С помощью полиэтиленовой трубки, проведенной через инструментальный канал эндоскопа, создавая в ней разрежение Ответ:б.
Т		119. Отсеченный полип может быть извлечен с помощью всего перечисленного, за исключением: Варианты ответа: а) Биопсионных щипцов б) Полипэктомической петли в) Трехзубого грейфера г) Эндоскопических ножниц д) Корзинки Дормиа Ответ:г.
Т		120. Если затягивание петли при плоских полипах (I-II типа) затруднено, то возможно использовать все следующие манипуляции, кроме: Варианты ответа: а) Присасывания полипа к инструментальному каналу б) Подтягивания полипа захватывающим устройством в) "Приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты г) Поэтапного удаления полипа д) Новокаиновой инфильтрации подлежащих тканей

		Ответ:г.
Т		121. Стандартными сроками контрольного динамического осмотра после полипэктомии из желудка установлены все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) через 1 неделю б) Через 2 недели в) Через 3 месяца г) Через 6 месяцев д) 1 раз в год в течение 5 лет Ответ:в
Т		122. Различают все перечисленные морфологические виды полипов желудка, кроме: Варианты ответа: а) Гиперпластических полипов б) Аденоматозных полипов в) Ювенильных полипов г) Гемартом д) Эндометриоидных полипов Ответ:д
Т		123. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Роста по типу айсберга б) Опухоли на тонкой ножке или с широким основанием в) Гистологической картины, подозрительной на озлокачествление г) Кровоточащей опухоли Ответ:б.
Т		124. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано: Варианты ответа: а) При остром холецистите б) При хроническом рецидивирующем холецистите в) При посттравматической гемобилии г) При осложненном холангите д) При холестатическом гепатите Ответ:в
Т		125. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано: Варианты ответа: а) Для медикаментозного санирования билиарной системы б) Для снижения холемической интоксикации в) Для снижения раковой интоксикации г) Для выполнения прямого рентгеноконтрастного исследования билиарной системы д) Для дифференцирования желтух Ответ:в
Т		126. Лапараскопическое дренирование желчного пузыря показано: Варианты ответа: а) Для купирования болей при остром панкреатит б) Для купирования болей при остром холецистите в) Для снижения желчной гипертензии г) Для снижения гипертензии в панкреатической протоковой системе д) Для купирования печеночной недостаточности Ответ:в
Т		127. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря противопоказано: Варианты ответа: а) При сморщенном желчном пузыре б) При распространенном раке желчного пузыря в) При инфильтрате в правом подреберье, когда желчный пузырь не виден г) При подозрении на паравезикальный абсцесс д) При ограниченной гангрене стенки желчного пузыря Ответ:г
Т		128. Лапараскопическое дренирование брюшной полости показано: Варианты ответа: а) Для проведения химиотерапии опухолевых заболеваний брюшной полости б) Для контактной медикаментозной терапии воспалительных заболеваний абдоминальных органов в) Для проведения перитонеального диализа г) Для длительной эвакуации асцитической жидкости д) Для динамического контроля за состоянием брюшной полости Ответ:а
Т		129. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано при всех перечисленных поражениях, кроме: Варианты ответа: а) Рака желчного пузыря б) Рака головки поджелудочной железы в) Рака большого дуоденального сосочка г) Рака общего желчного протока д) Холедохолитиаза

		Ответ:а
Т		130. Лапароскопическое дренирование круглой связки печени показано с целью купирования болевого синдрома при всех перечисленных формах, кроме: Варианты ответа: а) Острого панкреатита б) Острого холецистита в) Язвы луковицы 12-перстной кишки г) Высоких язв задней стенки желудка Ответ:б
Т		131. Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки показано во всех перечисленных случаях, кроме: Варианты ответа: а) Санирования сальниковой сумки б) Локальной гипотермии поджелудочной железы в) Контактно-избирательной медикаментозной инфильтрации поджелудочной железы г) Снижения продуцирования поджелудочной железой активных кининов д) Снижения ферментативной интоксикации больного Ответ:в
Т		132. Смещение дренажа от заданной ему проекции при дренировании брюшной полости предупреждает: Варианты ответа: а) Транслигаментарное фиксирование дренажа б) Использование направителя при установке дренажа в) Ограничение движений больного г) Фиксирование дренажа к брюшной стенке шелком д) Фиксирование дренажа к брюшной стенке лейкопластырем Ответ:а
Т		133. Болевой синдром при остром панкреатите купируется за счет новокаиновой инфильтрации: Варианты ответа: а) Брыжейки толстой кишки б) Желудочно-ободочной связки в) Круглой связки печени г) Брыжейки тонкой кишки д) Селезеночно-ободочной связки Ответ:в
Т		134. С целью лечения острого панкреатита при лапароскопии не следует дренировать: Варианты ответа: а) Круглую связку печени б) Брюшную полость в) Желчный пузырь г) Парапанкреатическую клетчатку д) Сальниковую сумку Ответ:г.
Т		135. С целью лечения острого панкреатита в инфузат, вводимый в круглую связку печени, следует добавить все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Но-шпы б) 40% раствора глюкозы в) 0.1% раствора сернокислого морфина г) 5% раствора Е-аминокапроновой кислоты д) 50% раствора анальгина Ответ:в.
Т		136. Показанием для лапароскопического рассечения спаек в брюшной полости является: Варианты ответа: а) Клинические проявления болевого синдрома в брюшной полости\ б) Запоры в) Метеоризм\ г) Появление болей, аналогичных тем, которые беспокоят больного в жизни, при избирательной нагрузке на выявленные спайки д) Видимые спайки в брюшной полости Ответ:г
Т		137. Для быстрого купирования болей, обусловленных попаданием клея на париетальную брюшину, нужно применить: Варианты ответа: а) 1% раствор сернокислого морфина\ б) Баралгин в) Но-шпу\ г) 2% раствор папаверина д) 0.5% раствор новокаина Ответ:д
Т		138. Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) является все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Холедохолитиаза после холецистэктомии б) Доброкачественного ограниченного папиллярного стеноза в) Протяженного стеноза общего желчного протока г) Синдрома слепого мешка после холедоходуоденоанастомоза д) Камней общего желчного протока без доказанных камней в желчном пузыре Ответ:в
Т		139. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию в нашей стране впервые произвел:

		Варианты ответа: а) В.В.Виноградов и др. в 1975 г\ б) Д.Ф.Благовидов и др. в 1976 г в) Ю.М.Панцырев и др. в 1977 г г) А.С.Балалыкин и др. в 1979 г д) В.С.Савельев и др. в 1980 г Ответ:б
Т		140. Для эндоскопического рассечения печеночно-дуоденального офинктера и интрамуральной части холедоха применяется: Варианты ответа: а) Электронож б) Папиллотомическая петля в) Эндоскопические ножницы г) Специальные щипцы д) Диатермическая постоянная петля Ответ:б
Т		141. Противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются: Варианты ответа: а) Стеноз устья протока поджелудочной железы б) Тубуляторный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части холедоха в) Крупные камни общего желчного протока (1-2 см)\ г) Околососочковые дивертикулы д) Аденомы фатерова соска Ответ:б
Т		142. Относительными противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Стеноза устья вирсунгова протока б) Крупных камней холедоха в) Нарушения свертываемости крови г) Хронической дуоденальной непроходимости д) Парапапиллярных дивертикулов Ответ:а
Т		143. Хирургическое вмешательство предпочтительнее эндоскопической папиллосфинктеротомии при всех перечисленных поражениях, за исключением: Варианты ответа: а) Стеноза терминального общего желчного протока в сочетании с калькулезным холециститом б) Стеноз терминального отдела общего желчного протока, сопровождающегося выраженной клинической картиной хронического панкреатита в) Острого панкреатита, обусловленного острым или хроническим папиллитом г) Стеноза терминального отдела общего желчного протока и дуоденостаза д) Рака большого дуоденального сосочка с распространением опухоли в сторону желчного протока выше зоны интрамуральных сфинктеров Ответ:в
Т		144. Этапы подготовки больного к эндоскопической папиллосфинктеротомии включают все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) лечения системных нарушений б) Лапароскопии в) Психоэмоциональной подготовки больного г) Подготовки кишечника к контрастному исследованию д) Премедикации Ответ:б.
Т		145. К препаратам, применяемым в качестве премедикации перед папиллосфинктеротомией, относятся все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Промедола б) Атропина в) Но-шпы г) Эфедрина д) Бензогексония Ответ:г.
Т		146. На фатеровом соске и терминальном отделе холедоха эндоскопически можно выполнить все следующие виды операций, исключая: Варианты ответа: а) Папиллотомию б) Частичную папиллосфинктеротомию в) Тотальную папиллосфинктеротомию г) Папиллосфинктеротомию д) Вирсунготомию Ответ:в

Т		147. К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением: Варианты ответа: а) Кровотечения из области разреза б) Ретроперитонеальной перфорации в) Острого панкреатита г) Холангита д) Дуоденостаза Ответ:д.
Т		148. Для извлечения камней из желчных протоков после эндоскопической папиллосфинктеротомии используются: Варианты ответа: а) Петля Дормиа б) Папиллотом в) Биопсионные щипцы г) Трехзубый грейфер д) Инструмент типа "крысиный зев" Ответ:а
Т		149. Контрольное эндоскопическое исследование после эндоскопической папиллосфинктеротомии проводится через: Варианты ответа: а) Сутки б) 2-3 дня в) 2 недели г) 30 дней д) 5-7 дней Ответ:в
Т		150. Потерянные дренажи общего желчного протока извлекаются: Варианты ответа: а) Биопсионными щипцами б) Захватывающим устройством типа "крысиный зев" в) Специальным крючком г) Корзинкой Дормиа д) Петлей Ответ:д.
Т		151. К приемам, улучшающим условия канюляции большого дуоденального соска, относятся: Варианты ответа: а) Больной поворачивается на живот б) Эндоскоп проводится ниже большого дуоденального соска с последующим подтягиванием в) Приподнимается ножной конец стола г) Катетер при канюляции заводится снизу вверх с использованием леватора д) В период канюляции подается контрастное вещество Ответ:в.
Т		152. Обязательными этапами при проведении папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, исключая: Варианты ответа: а) Эндоскопический осмотр желудка и 12-перстной кишки б) Эндоскопическая рентгено-папилло-холедохография в) Рассечение большого дуоденального соска г) Рассечение интрамуральной части холедоха д) Инструментальное извлечение камней холедоха Ответ:д
Т		153. Показаниями к срочному удалению конкрементов холедоха после эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Выраженной желтухи б) Нарастающей желтухи в) Холангита г) Крупного камня д) Множественных мелких конкрементов Ответ:д
Т		154. Лечение больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии как правило включает все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Холода на живот б) Спазмолитиков в) Аналгетиков г) Десенсибилизирующей и противоотечной терапии д) Щелочного питья Ответ:в
Т		155. Максимальные сроки наблюдения после эндоскопической папиллосфинктеротомии за самостоятельным отхождением камней холедоха составляют: Варианты ответа: а) 1-2 дня б) 3-4 дня в) 5-7 дней г) 8-18 дней

		д) 10-14 дней Ответ:в.
Т		156. В случаях затруднений при затягивании петли на плоских полипах, необходимо использовать все перечисленные приемы, за исключением: Варианты ответа: а) Присасывания полипов к инструментальному канал б) Подтягивания полипа захватывающим устройством в) "Приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты г) Поэтапного удаления полипа д) Коагуляции полипа пуговчатым зондом Ответ:г.
Т		157. Колоноскопическая электроэксцизия полипа впервые выполнена: Варианты ответа: а) Демлингом в 1970 г б) Дейле в 1971 г в) Вольфом в 1872 г г) Савельевым в 1973 г д) Шиниа в 1974 г Ответ:б
Т		158. Относительными противопоказаниями для колоноскопической полипэктомии являются: Варианты ответа: а) Нарушения свертывающей системы крови б) Тяжелые формы сахарного диабета в) Кровоточащий геморрой г) Состояние после операции Гартмана д) Правильно а) и б) Ответ:д.
Т		159. Одномоментальной электроэксцизии подлежат: Варианты ответа: а) Полипы на длинной ножке, независимо от размеров головки б) Полипы на узком основании, независимо от их размеров в) Полипы на широком основании, независимо от их размеров г) Полипы на короткой толстой ножке, независимо от размеров головки д) Правильно а) и б) Ответ:д.
Т		160. Через колоноскоп по частям целесообразно удалять: Варианты ответа: а) Полипы на широком основании, независимо от их размеров б) Полипы на длинной ножке, головка которых не более 1.5-2 см в диаметре в) Полипы на широком основании, диаметр которых более 1.5-2 см г) Полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 1.5-2 см д) Правильно в) и г) Ответ:д.
Т		161. Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять: Варианты ответа: а) Мелкие (до 0.5 см) полипы на широком основании б) Крупные (более 1.5-2 см) полипы на широком основании в) Крупные полипы на короткой толстой ножке г) Стелющиеся виллезные опухоли д) Полиповидный рак Ответ:а.
Т		162. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопической полипэктомии являются все перечисленные, кроме: Варианты ответа: а) Стелющиеся виллезные опухоли б) Полипы на широком основании диаметром более 3 см или на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см в) Полиповидный рак до 3 см в диаметре г) Аденомы с инвазивным ростом рака Ответ:б
Т		163. При наличии в толстой кишке нескольких полипов, подлежащих электроэксцизии, в первую очередь удаляют: Варианты ответа: а) Наиболее крупный полип б) Наиболее мелкий полип в) Наиболее проксимально расположенный полип г) Наиболее дистально расположенный полип д) Наиболее трудно технически удалимый полип Ответ:в
Т		164. Электрокоагуляция полипа через ректоскоп впервые произведена: Варианты ответа: а) В 1921 г б) В 1925 г в) В 1928 г г) В 1931 г д) В 1933 г Ответ:в

Т		165. Петлевая электрорезекция полипа через ректоскоп впервые выполнена: Варианты ответа: а) В 1928 г б) В 1934 г в) В 1949 г г) В 1952 г д) В 1954 г Ответ:в
Т		166. Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить все перечисленное, за исключением: Варианты ответа: а) Диагностической колоноскопии б) Эзофагогастродуоденоскопии в) Ирригоскопии г) Определить группу крови и резус-фактор д) Определить время свертываемости и кровотечения Ответ:в
Т		167. Колоноскопическая полипэктомия из ободочной кишки производится: Варианты ответа: а) Всем больным амбулаторно б) Всем больным стационарно в) Госпитализируются только больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями г) Госпитализируются только больные, у которых выявлены крупные полипы на широком основании д) Амбулаторно производится только электроэксцизия полипа на ножке Ответ:б
Т		168. К осложнениям, невозможным при проведении полипэктомии из толстой кишки, относятся: Варианты ответа: а) Кровотечение б) Перфорация в) Ожог противоположной стенки г) Взрыв газа в кишке д) Инфекционно-токсический шок в результате нарушения барьерной функции слизистой толстой кишки Ответ:д
Т		169. Извлечение отсеченных полипов толстой кишки возможно всеми перечисленными способами, кроме: Варианты ответа: а) Присасывания полипов к инструментальному каналу и извлечения вместе с аппаратом б) С помощью биопсионных щипцов в) С помощью полипэктомической петли г) С помощью корзинки Дормиа д) С помощью инъекционной иглы Ответ:д
Т		170. Отсеченный полип толстой кишки можно извлечь всеми перечисленными способами, за исключением: Варианты ответа: а) Биопсионных щипцов б) Полипэктомической петли в) Трехзубого грейфера г) Эндоскопических ножниц д) Корзинки Дормиа Ответ:г
Т		171. Не определяет способ экстракции удаленных эндоскопически полипов из просвета толстой кишки все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Размеров и консистенции полипа б) Гистологической структуры полипа в) Места расположения полипа в кишке г) Способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии д) Функционального состояния толстой кишки (гипертонус, нормотонус, атония) Ответ:а
Т		172. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать грейфером: Варианты ответа: а) Полипы с плотной неровной поверхностью до 1.5-2 см в диаметре и полипы диаметром до 3 см с остатком ножки б) Ворсинчатые полипы до 5 см в диаметре в) Гипергрануляции диаметром до 3 см г) Мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре Ответ:а
Т		173. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь грейфером: Варианты ответа: а) Полипы диаметром более 2.5 см б) Полипы с плотной неровной поверхностью, диаметром 1.5-2 см в) Ворсинчатые полипы диаметром более 4 см г) Мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре д) Правильно все, кроме б) Ответ:д
Т		174. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа: Варианты ответа:

		а) Полипы мягкой консистенции и продолговатой формы диаметром до 1-2 см б) Полипы мягкой консистенции диаметром до 3 см в) Ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см г) Полипы шаровидной формы диаметром до 3 см д) Все перечисленное Ответ:а
Т		175. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь корзинкой Дормиа: Варианты ответа: а) Полипы мягкой консистенции диаметром до 1-2 см б) Полипы мягкой консистенции и шаровидной формы диаметром до 3 см в) Ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см г) Полипы продолговатой формы диаметром до 1-2 см д) Правильно б) и в) Ответ:д
Т		176. Способ экстракции полипов из толстой кишки после их электроэксцизии зависит: Варианты ответа: а) От размеров и консистенции полипа б) От гистологической структуры полипа в) От места расположения полипа в кишке г) От способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии Ответ:а
Т		177. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать: Варианты ответа: а) Плотные полипы диаметром до 2.5 см и шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки б) Гипергрануляции диаметром до 1 см в) Мягкие полипы диаметром до 0.5 см г) Ворсинчатые полипы диаметром до 3 см д) Все ответы правильные Ответ:а
Т		178. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии нельзя извлекать: Варианты ответа: а) Гипергрануляции диаметром от 0.3 до 0.5 см б) Плотные полипы диаметром 2-2.5 см в) Ворсинчатые полипы диаметром 4-5 см г) Шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки д) Правильно а) и в) Ответ:д
Т		179. Полип любой консистенции и размеров после колоноскопической электроэксцизии можно извлечь: Варианты ответа: а) Корзинкой Дормиа б) Грейфером в) Биопсионными щипцами г) Вакуумэкстракцией д) Петлевым электродом Ответ:д
Т		180. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать биопсионными щипцами: Варианты ответа: а) Полипы диаметром до 0.6-0.7 см любой консистенции б) Рыхлые образования диаметром до 1-1.5 см в) Плотные полипы диаметром до 1-1.5 см г) Полипы диаметром до 1-1.5 см любой консистенции д) Ворсинчатые полипы диаметром до 1.5 см Ответ:а
Т		181. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь биопсионными щипцами: Варианты ответа: а) Полипы мягкой консистенции диаметром 0.3 см б) Полипы с неровной бугристой поверхностью диаметром 1.5 см и ворсинчатые полипы до 1.5 см в диаметре в) Полипы шаровидной формы диаметром до 0.5 см г) Полипы продолговатой формы до 0.7 см в диаметре Ответ:б
Т		182. К случайным инородным телам толстой кишки можно отнести: Варианты ответа: а) Фруктовые косточки б) Зубные протезы в) Наконечник от кружки Эсмарха г) Каловые камни д) Пуговицы Ответ:г
Т		183. Контрольный динамический осмотр больных после удаления из толстой кишки полипа с неинвазивной формой роста следует проводить: Варианты ответа: а) Первые 3 месяца - ежемесячный контроль б) Последующие 9 месяцев осмотр производится раз в 3 месяца в) 1 раз в 6 месяцев (2-й год после удаления) г) 1 раз в год (начиная с 3-го года после удаления в течение последующих 2 лет) д) Все ответы правильны

		Ответ:д
Т		184. В понятие "ободочная кишка" входят все следующие отделы кишечника, кроме: Варианты ответа: а) Подвздошной кишки б) Слепой кишки в) Восходящей кишки г) Сигмовидной кишки Ответ:а
Т		185. Диагностическая плановая лапароскопия показана во всех перечисленных случаях, за исключением: Варианты ответа: а) Уточнения распространенности опухолевого процесса б) по органам брюшной полости в) Выявления метастазов г) Выяснения природы очаговых изменений печени д) Уточнения характера опухолевых образований в брюшной полости е) Выяснения причины острой кишечной непроходимости Ответ:е
Т		186. Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая: Варианты ответа: а) Асциты неясного генеза б) Дивертикулиты 12-перстной кишки в) Диффузные заболевания печени г) Женское бесплодие д) Спленомегалию Ответ:б
Т		187. При лапароскопии можно установить все перечисленное, кроме: Варианты ответа: а) Цвета опухоли б) Морфологической структуры опухоли в) Наличия метастазов г) Консистенции опухоли д) Подвижности опухоли Ответ:б
Т		188. К заболеваниям толстой кишки, при которых Баугиниева заслонка часто является единственным ориентиром, не относятся: Варианты ответа: а) Болезнь Крона, тотальное поражение толстой кишки, фаза трещин б) Неспецифический язвенный колит, тотальное поражение, максимальная степень активности процесса в) Дискинезия толстой кишки по атоническому типу г) Дивертикулез толстой кишки д) Полипоз толстой кишки Ответ:д
Т		189. Розовая, сочная с пятнистым сосудистым рисунком слизистая характерна: Варианты ответа: а) Для слепой кишки б) Для восходящей кишки в) Для поперечно-ободочной кишки г) Для селезеночного угла д) Для нисходящей кишки Ответ:б
Т		190. Светлая, гладкая, блестящая слизистая с четким сосудистым рисунком характерна: Варианты ответа: а) Для слепой кишки б) Для восходящей кишки в) Для поперечно-ободочной кишки и нисходящей кишки г) Для сигмовидной кишки Ответ:в
Т		191. Большую сочность и интенсивность окраски, менее выраженный сосудистый рисунок имеет слизистая: Варианты ответа: а) Слепой кишки б) Восходящей кишки в) Поперечно-ободочной кишки г) Нисходящей кишки д) Сигмовидной кишки Ответ:д
Т		192. Продольные складки характерны: Варианты ответа: а) Для слепой кишки б) Для восходящей кишки в) Для поперечно-ободочной кишки г) Для нисходящей кишки д) Для прямой кишки Ответ:д
Т		193. Полулунные складки характерны: Варианты ответа: а) Для слепой кишки

		б) Для восходящей кишки в) Для поперечно-ободочной кишки г) Для нисходящей кишки д) Для сигмовидной кишки Ответ:д
Т		194. Просвет кишки имеет овальную форму: Варианты ответа: а) В слепой кишке б) В восходящей кишке в) В поперечно-ободочной кишке г) В нисходящей кишке д) В сигмовидной кишке Ответ:д
Т		195. Сальниковая тения хорошо выражена: Варианты ответа: а) В слепой кишке б) В восходящей кишке в) В поперечно-ободочной кишке г) В нисходящей кишке д) В сигмовидной кишке Ответ:в
Т		196. Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является: Варианты ответа: а) Печеночный угол б) Селезеночный угол в) Физиологический сфинктер Кеннона левый г) Физиологический сфинктер Кеннона правый д) Физиологический сфинктер Хорста Ответ:д
Т		197. Осмотр ободочной кишки производится в положении больного: Варианты ответа: а) Лежа на спине б) Лежа на левом боку в) Лежа на правом боку г) Лежа на животе д) В коленно-локтевом положении Ответ: а
Т		198 Фиксация сигмовидной кишки характеризуется: Варианты ответа: а) Усилением болей при сосбаривании кишки б) Уменьшением болей при сосбаривании кишки в) Повышением тонуса толстой кишки г) Снижением тонуса толстой кишки д) Отсутствием перистальтики толстой кишки Ответ: а.
Т		199. Растяжение петель сигмовидной кишки при колоноскопии не сопровождается болевыми опущениями: Варианты ответа: а) При длинной брыжейке сигмовидной кишки б) При короткой брыжейке сигмовидной кишки в) При спаечном процессе брюшной полости г) При спазме толстой кишки д) При атонии толстой кишки Ответ: а.
Т		200. При отсутствии продвижения колоноскопа вперед по кишке возможно использовать все перечисленные приемы, кроме: Варианты ответа: а) Смазывания конца аппарата маслом б) Аспирации воздуха из просвета кишки в) Использования ручного пособия через переднюю брюшную стенку г) Использования приема "сосбаривания толстой кишки" д) Использования приема проведения аппарата "через растянутую петлю" Ответ: д.

Ситуационные задачи

	Задача №1
	Больной К. 70 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, слабость, недомогание, похудание, снижение аппетита. Указанные нарушения отмечает в течение последних трех месяцев. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена язва малой кривизны желудка диаметром 3,5 см, неправильной формы, с нечеткими, изъеденными контурами и грязно-серым налетом в дне. Гемоглобин 95 г/л, анализ кала на скрытую кровь положительный.

1	О каком заболевании можно думать?
2	Как подтвердить диагноз?
3	Какие дополнительные исследования необходимы для определения лечебной тактики?
	Задача №2
	Больной К. 65 лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, госпитализирован в экстренном порядке через 2,5 часа от начала заболевания с жалобами на выраженную слабость, головокружение, неоднократную рвоту темно-вишневой кровью. При осмотре: состояние тяжелое, кожа и слизистые иктеричные, бледные, пульс 110 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст., живот увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный, перкуторно печень бугристая, увеличена в размерах, определяется притупление звука в отлогих местах живота, при ректальном исследовании – дегтеобразный кал. Hb 98 г/л, L 10,8x10^{9}/л, общий билирубин 58,6 мкмоль/л.
1	Сформулируйте предварительный диагноз.
2	Укажите два наиболее вероятных источника кровотечения
3	Определите тактику лечения
	Задача №3
	У больного, находящегося в больнице по поводу инфаркта миокарда, на 6 день после поступления появились боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 3 часа боли локализовались в правой подвздошной области, повысились температура тела и лейкоцитоз. На основании клинических и лабораторных данных предполагались: перфоративная язва желудка, острый аппендицит, острый панкреатит.
1	Перечислите необходимые методы диагностики для данного пациента
2	Дальнейшая тактика ведения пациента
3	Опишите возможные оперативные вмешательства
	Задача №4
	У больного 32 лет с жалобами на периодические боли в эпигастрии, связанные с физической нагрузкой, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, кардия полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, с типичными желудочными складками, зернистая легко ранима.
1	Предварительный диагноз
2	Какие изменения в анализах крови можно наблюдать?
3	Дальнейшая тактика ведения
	Задача №5
	У больного 42 лет с травматическим повреждением диафрагмы в анамнезе (в настоящее время жалоб не предъявляет) при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 40 см от резцов, кардия смыкается, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, при инверсионном осмотре определяется деформация свода желудка в виде дивертикулоподобного выпячивания, слизистая оболочка свода желудка не изменена.
1	О каком заболевании может идти речь?
2	Дальнейшая тактика ведения пациента

	Задача №6
	У больного с анемией неясного генеза при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая, блестящая, зубчатая линия в виде кольца, располагается на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественными подслизистыми кровоизлияниями и мелкоточечными отложениями гематина, имеется грыжевая полость, хиатальное сужение.
1	Преварительный диагноз
2	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №7
	У больного 28 лет в антральном отделе желудка на передней стенке выявлено полиповидное образование неправильной формы до 0,8 см в диаметре и 0,5 см высотой, на широком основании. Слизистая над ним не изменена. При взятии биопсии полип очень плотной консистенции, фрагментации нет, кровоточивость умеренная.
1	Предварительный диагноз
2	Возможные оперативные вмешательства
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №8
	У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт во время ЭГДС выявлено легко смещаемое опухолевидное образование в диаметре до 6 см с изъязвленной вершиной и наличием участков кровоизлияний. Опухоль синюшного цвета, имеет короткую ножку до 1 см в диаметре. Опухоль локализуется на задней стенке антрального отдела.
1	Предварительный диагноз
2	Как подтвердить диагноз?
3	Возможные оперативные вмешательства
	Задача №9
	У больной 18 лет в антральном отделе желудка по большой кривизне множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.
1	Предварительный диагноз
2	Какие причины возникновения данных изменений?
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №10
	У больной 35 лет во время эндоскопического исследования выявлено опухолевидное образование неправильной формы желтоватого цвета в диаметре 3 см, мягкой консистенции, покрытое неизмененной слизистой оболочкой. Опухоль располагается в препилорической зоне, легко перемещается инструментами в подслизистом слое. Результат щипковой биопсии - слизистая оболочка желудка.
1	Предварительный диагноз
2	Какие причины возникновения данных изменений?
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №11
	У больной 49 лет при ЭГДС выявлен полип на длинной ножке, произведена полипэктомия. При гистологическом исследовании обнаружена аденокарцинома без инвазии в ножку полипа.
1	Какие изменения в анализах крови можно обнаружить?
2	Возможные оперативные вмешательства
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №12
	У больного 45 лет с длительным язвенным анамнезом внезапно появились сильные боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 2 часа боли уменьшились и локализовались в эпигастрии. Была однократная рвота. Температура тела 37,6 градусов С. При обзорной рентгенографии брюшной полости изменений не выявлено.

1	Предварительный диагноз
2	Дополнительные методы обследования
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №13
	Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области. Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7°. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.
1	Предварительный диагноз
2	Необходимые методы диагностики для уточнения диагноза
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №14
	Ребенок 12 лет, жалуется на запоры в течение 2-3 суток на протяжении 2-х последних месяцев. После акта дефекации в кале примеси свежей крови. Состояние ребенка удовлетворительное. Других жалоб нет.
1	Предварительный диагноз.
2	Методы эндоскопического исследования и лечение.
3	Дальнейшее наблюдение за ребенком.
	Задача №15
	Ребенок 5 лет жалуется на общую слабость, бледность кожных покровов , периодически после дефекации кал по типу "мелены". В общем анализе крови анемия 3 ст. У ребенка клинически увеличения селезенки на 7см ниже реберной дуги.
1	Предварительный диагноз.
2	Исследовательские приемы.
3	Методы эндоскопического исследования и лечение.
	Задача №16
	Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.
1	Какие диагностические процедуры необходимо провести?
2	Необходимо ли оперативное вмешательство?
3	Дальнейшая тактика ведения пациента
	Задача №17
	Пациент 67 лет, при колоноскопии - в дистальной трети сигмовидной ободочной кишки определяется выступающее эпителиальное образование на широкой ножке, ножка длиной до 20 мм, шириной до 12 мм, образование неправильной округлой формы, с неровной поверхностью, ярко-красного цвета, размерами до 12 мм, при исследовании в режиме NBI+dual focus определяется округлый тип структуры ямок эпителия и регулярно расширенный округлый капиллярный рисунок
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?

	Задача №18
	Пациент 50 лет, при скрининговой колоноскопии - в восходящей ободочной кишке определяется поверхностно приподнятое эпителиальное образование, овальной формы, размерами до 8х5 мм, высотой до 2 мм, покрытое слизистым желтоватым налетом, при исследовании в режиме NBI+dual focus определяется тип II-O (по T.Kimura) ямок структуры поверхности
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?
	Задача №19
	Пациентка 72 лет направлена на эндоскопическое удаление по поводу эпителиального образования зоны ректосигмовидного перехода, тип Is, с визуальными признаками высокой степени дисплазии на фоне аденоматозных изменений. При колоноскопии - в зоне ректосигмовидного изгиба определяется выступающее в просвет на 2/3, эпителиальное образование на широком основании, смешанной формы роста (преимущественно экзофитный рост и незначительный стелящийся компонент), поверхность образования нодулярная, ярко-красного цвета, основание образования занимает около 1/3 окружности кишки, размерами 50х35 мм.
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?
	Задача №20
	Пациентка 45 лет, при скрининговой колоноскопии - в поперечной ободочной кишке определяется поверхностно приподнятое эпителиальное образование, овальной формы, размерами до 9 мм, высотой до 2 мм, покрытое слизистым желтоватым налетом, при исследовании в режиме NBI+dual focus определяется тип II-O (по T.Kimura) ямок структуры поверхности.
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?
	Задача №21
	Пациент 64 лет, при колоноскопии - в сигмовидной ободочной кишке определяется выступающее эпителиальное образование, на широком основании, неправильной овальной формы, размерами 14х10 мм, высотой до 8 мм, с неровной поверхностью розового цвета, при исследовании в режиме NBI+dual focus определяется IV тип структуры ямок эпителия (по классификации S. Kudo) и CP-II тип капиллярного рисунка (по классификации Y.Sano).
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?
	Задача №22
	Пациентка 50 лет, при колонокопии - в дистальной трети сигмовидной ободочной кишки определяется выступающее эпителиальное образование на ножке, размерами до 17 мм, ножка длиной до 15 мм, шириной до 10 мм, при исследовании в режиме NBI+dual focus определяется III-L тип структуры ямок эпителия (по классификации S. Kudo) и CP-II тип капиллярного рисунка (по классификации Y.Sano).
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?
	Задача №23
	Пациент 65 лет при скрининговой колоноскопии - В сигмовидной ободочной кишке определяются множественные дивертикулы, округлой и овальной формы, диаметром до 5- 10 мм, некоторые дивертикулы заполнены кишечным содержимым, слизистая в области дна и по краям большинства дивертикулов без признаков воспаления. В дистальной трети сигмовидной ободочной кишки, ближе к области ректо-сигмоидного изгиба определяется утолщение складки слизистой по 1/3 окружности кишки, слизистая

	на этом участке отечна, застойная, очагово гиперемирована, в центре утолщенной слизистой определяется густое белесоватое содержимое, вероятнее всего, гнойного характера с фибрином.
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
	Задача №24
	Пациент 60 лет при скрининговой колоноскопии - в поперечной ободочной кишке определяется поверхностно приподнятое эпителиальное образование, с латеральным распространением, неправильной овальной формы, размерами до 20х15 мм, высотой до 1-1,5 мм, с зернистой поверхностью регулярной структуры. При исследовании в режиме NBI+dual focus после хромоскопии 1,5% раствором уксусной кислоты определяется тип IIO структуры ямок эпителия (по T.Kimura).
1	Предварительный диагноз.
2	Определите дальнейшую тактику?
3	Какой способ удаления?
	Задача №25
	Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 х 10/л, Нв – 100 г/л.
1	Предварительный диагноз
2	Какое осложнение возможно у больного?
3	Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
	Задача №26
	Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.
1	Предварительный диагноз
2	Возможные оперативные вмешательства
3	Дальнейшая тактика ведения
	Задача №27
	Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не

	обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 х 10/л, Эр – 3,4 х 10/л, СОЭ 24 мм/ч.
1	Предварительный диагноз
2	Возможные оперативные вмешательства
3	Дальнейшая тактика ведения
	Задача №28
	Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 х 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты 14,1 х 10/л, диастаза мочи – 512 ЕД.
1	Предварительный диагноз
2	Дополнительные методы диагностики
3	Дальнейшая тактика ведения
	Задача №29
	У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.
1	Предварительный диагноз
2	Возможные оперативные вмешательства
3	Дальнейшая тактика ведения
	Задача №30
	У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6 , озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 х 10/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024

	ЕД.
1	Предварительный диагноз
2	Возможные оперативные вмешательства
3	Дальнейшая тактика ведения