

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Братищев Игорь Викторович
Должность: Заведующий учебным центром
Дата подписания: 25.12.2024 15:55:11
Уникальный программный ключ:
7a2063fc2731e9bea93262c5b996a5ad4ab6bb10

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель директора
по научной работе

/М.Л. Роголь/

« 20 »

М. П.



2024г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

31.08.70 Эндоскопия

Шифр/Название направления (специальности)

ОЧНАЯ

Форма обучения

Москва, 2024

Программа Государственная итоговая аттестация

Название дисциплины и модуля (при наличии)
составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки/специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

31.08.70 Эндоскопия

Квалификация
выпускника

Код и наименование специальности/направления подготовки

Врач-травматолог-ортопед

Уровень высшего
образования

Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения

очная

Очная/очно-заочная/заочная

СОСТАВИТЕЛЬ

Гасанов Али Магомедович

Д.м.н., старший преподаватель

ФИО

Должность, степень

СОГЛАСОВАНО

Заведующий учебным центром

Должность

Подпись

И.В. Братищев
Расшифровка подписи



1. Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности **31.08.70 Эндоскопия**

2. Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО) «**Врач-эндоскопист**» и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «**Врач-эндоскопист**» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации, или об отчислении обучающегося из образовательной организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

3. Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, и профессиональных компетенций:

универсальные компетенции (УК):

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

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

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

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

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура, содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится в два этапа:

1 этап - Подготовка к сдаче государственного экзамена (тестирование)	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях образовательной организации в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т. д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.

	Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - Сдача государственного экзамена	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование проводится в специально отведенной аудитории образовательной организации, предназначенной для проведения государственного экзамена.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация). Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

5. Критерии оценивания результатов Государственной итоговой аттестации

5.1 Критерии оценивания результатов тестирования

Оценивание результатов тестирования осуществляется по двухбалльной шкале:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

5.2 Критерии оценивания уровня освоения компетенций

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет

необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

6. Учебно-методическое обеспечение государственной итоговой аттестации

6.1. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

6.1.1 Основная литература

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1.	Хрячков В. В. Эндоскопия [текст] : базовый курс лекций : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / В. В. Хрячков [и др.]. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 153 с.
2.	де Франкис Р. Капсульная эндоскопия понятным языком [Текст] / Р. де-Франкис, Б. С. Льюис, Д. С. Мишкин ; пер. с англ. под ред. Е. Д. Федорова, Е. В. Ивановой. — Москва : Практ. медицина, 2012. — 128 с.
3.	Абакумов, М.М. Повреждения двенадцатиперстной кишки / М.М. Абакумов, Р.Н. Чирков.-М.: Бином, 2014.-152 с.:ил.
4.	Абакумов, М.М. Спонтанная эмфизема средостения (клиника, диагностика, лечение) / М.М. Абакумов, Х.Л. Шамба.-М.: Бином, 2014.-101 с.:ил.
5.	Власов, А.П. Диагностика острых заболеваний живота / А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 448 с. – (Библиотека врача-специалиста: Хирургия)
6.	Диагностика и лечение острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, А.В. Гришин, В.Г. Андреев.- М.:ВИДАР, 2013.-384 с.:ил.
7.	Киришняк, А. Эндоскопическая хирургическая анатомия: топография для лапароскопии и колоноскопии / А. Киришняк, Ф.А. Грандерат, У. Древис; пер. с нем. М.В. Дорошко.-М.:Мед. лит-ра, 2014.-104 с.:ил.
8.	Крылов, В.В. Эндоскопическая хирургия геморрагического инсульта / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, И.М. Годков.- М.:Бином, 2014.-95 с.:ил.
9.	Савельева, Г.М. Гистероскопия: атлас и руководство / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева.- ГЭОТАР-Медиа, 2014.-248с.: ил.
10.	Чернеховская Н.Е., Щербаков П.Л., Дронов А.Ф. Неотложная эндоскопия в педиатрии. М.: МЕДпресс-информ. 2013. – 213 с.
11.	Медицинская документация: учетные и отчетные формы: метод. пособие / Р.А. Хальфин, Е.В. Огрызко, Е.П. Какорина, В.В. Мадьянова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-64с.

12.	Смирнова Э. Д. Лапароскопическая хирургия [Текст] : учебное пособие / Э. Д. Смирнова [и др.]. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — Москва : Рос. ун-т дружбы народов, 2013. — 93 с.
13.	Неотложная эндоскопическая хирургия / под ред. М.Ш. Хубутия, П.А. Ярцева.-М.: Миклош, 2013.-200с.:ил.

6.1.2 Дополнительная литература

1. Алгоритмы оперативных доступов / А.А. Воробьев, А.А. Тарба, И.В. Михин, А.Н. Жолудь.- СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010.-256с.: ил.
2. Алексеев, А.А. Ожоговая инфекция. Этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение / А.А. Алексеев, М.Г. Крутиков, В.П. Яковлев.- М.: Вузовская книга, 2010.- 413с.
3. Альперович, Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 352с.: ил. – (Сер.: Библиотека врача-специалиста)
4. Андреев, А.Н. Принципы неотложной хирургии. Размышления районного хирурга / А.Н. Андреев.- М.: Миклош, 2010.-160с.
5. Анциферов, М.Б. Синдром диабетической стопы: диагностика, лечение и профилактика / М.Б. Анциферов, Е.Ю. Комелягина.- М.: МИА, 2013.- 304с.:ил.
6. Атлас эндоскопии пищеварительного тракта. Возможности высокого разрешения и изображения в узком световом спектре / под ред. Д. Коэна; пер. с англ.- М.: Логосфера, 2012.- 343с
7. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / под ред. В.В. Покровского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-608с.
8. Власов, А.П. Диагностика острых заболеваний живота / А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 448 с. – (Библиотека врача-специалиста: Хирургия)
9. Герок, В. Заболевания печени и желчевыведительной системы : пер. с нем. / В. Герок, Х. Е. Блюм ; под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина.- М.: МЕДпресс-информ, 2009.- 199 с. : ил.
10. Диагностика и лечение острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, А.В. Гришин, В.Г. Андреев.- М.:ВИДАР, 2013.-384 с.:ил.
11. Довлатян, А.А. Травма органов мочеполовой системы: клиника, диагностика, тактика лечения: руководство для врачей / А.А. Довлатян.- М.: БИНОМ, 2012.-280 с.: ил.
12. Диагностика деструктивного панкреатита / В.Ф. Зубрицкий, Л.А. Левчук, К.А. Покровский, М.В. Забелин .- М.: Миклош, 2010.-144 с.:ил.
13. Ермоленко, В.М. Острая почечная недостаточность / В.М. Ермоленко, А.Ю. Николаев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-240 с.- (Сер.: Б-ка врача-специалиста).
14. Ермолов, А.С. Острая хирургическая патология органов брюшной полости и беременность: пособие для врачей / А.С. Ермолов, М.М. Дамиров.-М.: Бином, 2013.- 54 с.:ил.
15. Зимина, В.Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых: руководство / В.Н. Зимина, В.А. Кошечкин, А.В. Кравченко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 224с.: ил.
16. Ивашкин, В.Т. Пищевод Баррета. В 2 т. / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.С. Трухманов.- М.: Шико, 2011.- Т.1.- 608 с.: ил.; Т.2.- 624 с.: ил.
17. Интервенционная медицина: руководство для врачей / под ред. Г.И. Назаренко.- М.:Медицина, 2012.-808 с.:ил.
18. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3-х т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.- (Сер.: Национальные руководства).
19. Ковалев, А.И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии / А.И. Ковалев.- М.: Бином, 2011.- 360с

20. Ковалев, А.И. Школа неотложной хирургической практики / А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов.-2-е изд., испр. и доп.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010.-743с.: ил.-(Сер.: Хирургия).
21. [Королев, М.П.](#) Эндоскопия в диагностике и удалении инородных тел пищевода и желудка / М.П. Королев, М.В. Антипова.-М.: Медпрессинформ, 2010.-128 с.:ил.
22. Абдоминальная травма: руководство для врачей/ под ред. А.С. Ермолова, М.Ш. Хубутя, М.М. Абакумова. – Москва: Издательский дом Видар-М, 2010. – 504 с.
23. Антонов В.Ф., Козлова Е.К., Черныш А.М. Физика и биофизика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт Института: адрес ресурса – <https://sklif.mos.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации;

2. ЭБС «Консультант врача» – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

6.3. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> Консультант – компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> Гарант – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. <https://www.elibrary.ru> – eLIBRARY.RU научная электронная библиотека.

7. Материально-техническое обеспечение Государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебные аудитории для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Мультимедиа-проектор, рабочее место преподавателя (компьютер персональный в комплекте), проекционный экран.
2	Компьютерные классы	Персональные компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Института

3	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Персональные компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Института
---	--	---

Программное обеспечение

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10;
- MS Office (Word, Excel, Power Point) 2010, 2013;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- iSpring;
- ZOOM;
- Adobe Reader; – Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- Учебная версия медицинской информационной системы медицинской организации (InterinPromis, InterinPromisAlfa, ЕМИАС или аналогичные);
- Свободное программное обеспечение для создания блок-схем (draw.io);
- Сайт клинических рекомендаций Минздрава РФ (cr.rosminzdrav.ru);
- Портал нормативно-справочной информации Минздрава РФ (nci.rosminzdrav.ru);
- Клинический калькулятор (Clinicalcalc.com).

7. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1 Примеры тестовых заданий

1. К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Генетических
- б) Дисфункции вегетативной нервной системы
- в) Приема ulcerогенных препаратов
- г) Заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы
- д) Алиментарного

2. К факторам агрессии, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Соляной кислоты
- б) Муцина
- в) Пепсина
- г) Нарушения эвакуаторной функции желудка
- д) Дуодено-гастрального рефлюкса

3. К факторам защиты, препятствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Нейтрализующей способности бикарбонатной щелочности
- б) Слоя защитной слизи
- в) Регенераторной способности поверхностного эпителия

- г) Увеличения количества париетальных клеток
- д) Расстройств кровообращения

4. Острые изъязвления желудка и 12-перстной кишки развиваются после воздействия неблагоприятных факторов в течение ближайших:

- а) 24 часов
- б) 36 часов
- в) 72 часов
- г) 4 суток
- д) 6 суток

5. Острые изъязвления, развивающиеся после обширных операций, травм, шока, локализуются преимущественно:

- а) В дне желудка
- б) В теле желудка
- в) В антральном отделе
- г) В 12-перстной кишке
- д) Верно а), б) и в)

6. Язвы Курлинга преимущественно локализуются:

- а) В дне желудка
- б) В теле желудка
- в) В антральном отделе
- г) В 12-перстной кишке
- д) Преимущественной локализации нет

7. Язвы Кушинга преимущественно локализуются:

- а) В дне желудка
- б) В теле желудка
- в) В антральном отделе
- г) В 12-перстной кишке
- д) В любом отделе пищевода, желудка и 12-перстной кишки

8. Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются:

- а) В дне желудка
- б) В теле желудка
- в) В антральном отделе
- г) В 12-перстной кишке
- д) В любом отделе желудка и 12-перстной кишки

9. Ведущим фактором в развитии острых изъязвлений слизистой желудка и 12-перстной кишки является:

- а) Нарушение слизисто-бикарбонатного барьера
- б) Агрессивное действие соляной кислоты и пепсина
- в) Нарушение кровообращения слизистой оболочки
- г) Нарушение способности быстрой репарации слизистой
- д) Снижение оксигенации

10. Характерными особенностями болевого синдрома при язвенной болезни являются все нижеперечисленные, кроме:

- а) Четкого ритма возникновения
- б) Связи с приемом пищи

- в) Периодичности
- г) Сезонности
- д) Только б) и г)

11. К клиническим проявлениям хронической дуоденальной непроходимости относятся все нижеперечисленные признаки, кроме:

- а) Тяжести и болей в животе
- б) Горечи во рту
- в) Рвоты с примесью желчи
- г) Неустойчивого стула
- д) Изжоги

12. Выраженность болевых ощущений определяется нижеперечисленными факторами, кроме:

- а) Индивидуальной восприимчивости к боли
- б) Локализации язвенного процесса
- в) Возраста
- г) Пола
- д) Развития осложнений

13. Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме:

- а) Частого и дробного питания
- б) Постельного режима в) Местного применения холода
- г) Рвоты на высоте болей
- д) Приема антацидных препаратов

14. Для клинической симптоматики неосложненной язвенной болезни не характерны:

- а) Боли в области левого подреберья
- б) Поздняя рвота (через 2-2.5 часа после еды)
- в) Изжога
- г) Отрыжка, сочетающаяся со срыгиванием и саливацией
- д) Поносы

15. К вариантам заживления язвенного дефекта по Каванине относится:

- а) Заживление язвы, сохраняющей округлую форму
- б) Заживление язвы через стадию линейной формы, перпендикулярной малой кривизне
- в) Заживление язв, через стадию звездчатого рубца
- г) Разделение язв на целующиеся
- д) Заживление гигантских язв, расположенных параллельно малой кривизне желудка, через стадию линейной язвы

16. К системе защиты слизистой желудка от агрессивных факторов относятся все перечисленные, кроме:

- а) Торможения кислотообразования посредством гастроинтестинальных гормонов
- б) Образования слизи
- в) Снижения метаболизма в покровных клетках
- г) Регенерации клеток
- д) Микроциркуляции

17. Причинами образования острых язв желудка могут быть все перечисленные, кроме:

- а) Заболевания ЦНС
- б) Стресса
- в) Курения
- г) Ожоговой болезни
- д) Приема ulcerогенных лекарственных препаратов

18. К факторам, способствующим повышению кислотопродукции желудка, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Увеличения количества париетальных клеток
- б) Повышения чувствительности париетальных клеток
- в) Снижения тонуса блуждающего нерва
- г) Повышения концентрации гастрин в крови
- д) Повышения активности эндокринных желез

19. Для дисплазии характерно:

- а) Нормальное количество специализированных желез
- б) Уменьшение количества специализированных желез
- в) Отсутствие специализированных желез
- г) Увеличение специализированных желез
- д) Часть желез представлена молодыми клетками

20. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:

- а) Дисфагия
- б) Регургитация
- в) Рецидивирующие респираторные инфекции
- г) Анорексия
- д) Загрудинная боль

21. Клиническая картина болезни Випля характеризуется всеми симптомами, кроме:

- а) Поноса
- б) Фекалии жирные, светло-серого цвета, объемистые
- в) Значительного увеличения массы тела
- г) Коликообразных болей в области пупка
- д) Генерализованной аденопатии и спленомегалии

22. Различают:

- а) Одну степень дисплазии
- б) Две степени дисплазии
- в) Три степени дисплазии
- г) Четыре степени дисплазии
- д) Пять степеней дисплазии

23. Показанием к хирургическому лечению служит:

- а) Первая степень дисплазии
- б) Вторая степень дисплазии
- в) Третья степень дисплазии
- г) Четвертая степень дисплазии
- д) Нет показаний

24. Гастрин - это гормон, который продуцируется:

- а) Антральным отделом желудка
- б) Дном желудка
- в) 12-перстной кишкой
- г) Бруннеровыми железами
- д) Поджелудочной железой

25. Анатомической основой гастроэзофагеального сфинктера является:

- а) Диафрагма
- б) Диафрагмально-пищеводная связка
- в) Угол Гисса
- г) Кардия
- д) Ни один из перечисленных выше

26. Причина развития ахалазии:

- а) Стресс
- б) Отсутствие ауэрбаховского сплетения
- в) Желудочно-пищеводный рефлюкс
- г) Все, перечисленное выше
- д) Ничего из перечисленного выше

27. При лечении синдрома Мэллори - Вейса предпочтительно:

- а) Зонд Блэкмора
- б) Антациды
- в) Экстренная операция
- г) Охлаждение желудка
- д) Электрокоагуляция дефекта

28. Значительное повышение сывороточной амилазы характерно для:

- а) Паротита
- б) Панкреатита
- в) Тонкокишечной непроходимости
- г) Рака поджелудочной железы
- д) Пенетрирующей язвы 12-перстной кишки

29. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является:

- а) Рак желудка
- б) Язвенная болезнь
- в) Мышечная гипертрофия привратника
- г) Прولاпс слизистой желудка через привратник
- д) Доброкачественные полипы желудка

30. Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, равно:

- а) 25 млб) 60 мл
- в) 100 мл
- г) 250 мл
- д) 500 мл

31. После прекращения желудочно-кишечного кровотечения скрытая кровь в кале может обнаруживаться в течение максимум:

- а) 5 дней
- б) 1 недели
- в) 2 недель

- г) 3 недели
- д) 5 недель

32. Гастрин влияет на деятельность следующих органов, кроме:

- а) Желудка
- б) Поджелудочной железы
- в) Тонкой кишки
- г) Печени
- д) Толстой кишки

33. Эрозивный гастрит может быть вызван применением всех препаратов, кроме:

- а) Стероидных гормонов
- б) Салицилатов
- в) Резерпина
- г) Цитостатиков
- д) Этанолола

34. Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме:

- а) Боли в животе
- б) Напряжения передней брюшной стенки
- в) Усиленной перистальтики кишечника
- г) Боли в надплечье
- д) Рвоты

35. О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:

- а) Усиления боли
- б) Ослабления боли
- в) Иррадиации боли в спину
- г) Болей по ночам
- д) Изменения ритмичности болей

36. Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой:

- а) Язва 12-перстной кишки
- б) Язва желудка
- в) Скользящая диафрагмальная грыжа
- г) Параэзофагеальная грыжа
- д) Гастрит

37. Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является:

- а) Гастрин
- б) Секретин
- в) Глюкагон
- г) Кинины
- д) Простогландины

38. Выделение гастрина стимулируется всем нижеперечисленным, кроме:

- а) Ацидификации антрального отдела
- б) Ощелачивания антрального отдела
- в) Растяжения антрального отдела
- г) Стимуляции блуждающего нерва
- д) Гистамина

39. Истинная ахлоргидия часто встречается при указанных ниже заболеваниях, кроме:

- а) Пернициозной анемии детей
- б) Пернициозной анемии взрослых
- в) Болезни Менетрие
- г) Атрофического гастрита
- д) Рака желудка

40. Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует:

- а) С размерами язвы
- б) С локализацией язвы
- в) С количеством потерянной крови
- г) С возрастом больного
- д) С полом

41. Диарея как следствие хирургической операции на желудке по поводу язвенной болезни наиболее вероятно связана:

- а) С типом анастомоза
- б) С величиной резекции
- в) С ваготомией
- г) С тяжестью язвенной болезни
- д) С уровнем кислотности

42. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием:

- а) Язвы анастомоза
- б) Недостаточного гемостаза в процессе операции
- в) Невыявленной язвы
- г) Нарушения гемостаза
- д) Травмы при интубации

43. Синдром приводящей петли проявляется:

- а) Рецидивом язвы
- б) Дисфагией
- в) Рвотой желчью
- г) Болью в верхней половине живота, облегчаемой рвотой
- д) Правильно в) и г)

44. Массивные желудочно-кишечные кровотечения редко являются следствием:

- а) Варикозного расширения вен пищевода
- б) Рефлюкс-эзофагита
- в) Эрозивного гастрита
- г) Язвы желудка
- д) Язвы 12-перстной кишки

45. Развитию синдрома Мэллори - Вейса способствует:

- а) Язвенная болезнь
- б) Алкоголизм
- в) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- г) Рак желудка
- д) Лимфома желудка

46. Симптомы гиповолемии появляются, когда кишечное кровотечение превышает:

- а) 100 мл
- б) 300 мл
- в) 500 мл
- г) 750 мл
- д) 1000 мл

47. Когда пептическая язва осложняется желудочно-кишечным кровотечением, то боль:

- а) Усиливается
- б) Исчезает
- в) Иррадирует в спину
- г) Сосредоточивается в пупочной области
- д) Характер боли не меняется

48. Наиболее информативным методом исследования при невыясненной гепатомегалии является:

- а) Скенирование
- б) Ангиография
- в) Лапароскопия
- г) Биопсия печени
- д) Ферментные тесты

49. Зуд при желтухе связан:

- а) С билирубином
- б) С солями желчи
- в) С лецитином
- г) С фосфолипидами
- д) С щелочной фосфатазой

50. Наиболее частый клинический признак цирроза печени:

- а) Пальпируемая печень
- б) Желтуха
- в) Асцит
- г) Периферические отеки
- д) Сосудистые звездочки

51. Наиболее распространенные симптомы, вызванные грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, являются следствием:

- а) Нарушения прохождения пищи по пищеводу
- б) Расширения пищевода
- в) Рефлюкса кислого содержимого желудка в пищевод
- г) Спазма пищевода
- д) Ничего из перечисленного

52. Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является:

- а) Ангиография
- б) Рентгенография
- в) Эндоскопия
- г) Исследование кислотности
- д) Скенирование

53. Наиболее распространенная доброкачественная опухоль тонкого кишечника - это:

- а) Аденома
- б) Липома
- в) Фиброма
- г) Ангиома
- д) Миома

54. Диагноз болезни Вилля может быть поставлен на основании:

- а) Характерной клинической картины заболевания
- б) Макроскопической картины слизистой оболочки тонкой кишки
- в) Биопсии тонкой кишки
- г) Биопсии печени
- д) Биопсии желудка

55. Печень взрослого человека в среднем весит:

- а) 500 г
- б) 750 г
- в) 1000 г
- г) 1500 г
- д) 2000 г

56. Демпинг-синдром может наблюдаться во всех случаях, кроме:

- а) У здоровых лиц
- б) После ваготомии с пилоропластикой
- в) После ваготомии с резекцией желудка
- г) После резекции 75% желудка
- д) После операции на толстой кишке

57. Наименьшей абсорбирующей функцией слизистой тонкой кишки обладают:

- а) Микроворсинка
- б) Бокаловидная клетка
- в) Цилиндрическая клетка
- г) Тела Гольджи
- д) Ворсинка

58. Для гистологической картины неспецифического язвенного колита характерно:

- а) Крипт-абсцесс
- б) Воспалительные изменения слизистой
- в) Атрофия (истощение) бокаловидных клеток
- г) Все перечисленное

59. К гистологическим данным, которые указывают на улучшение в течении неспецифического язвенного колита, относятся все, кроме:

- а) Появления островков регенерации
- б) Исчезновения крипт-абсцессов
- в) Снижения васкуляриности
- г) Восстановления бокаловидных клеток
- д) Увеличения лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя

7.2 Примерные контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен (2 этап)

1. Клиническая, топографическая анатомия трахеи и бронхов.
2. Пищевод Барретта. Эндоскопическая диагностика.
3. Показания и противопоказания к бронхоскопии.
4. Классификация рефлюкс-эзофагитов.
5. Легочное кровотечение (классификация, эндоскопическое лечение).
6. Дивертикулы и дивертикулярная болезнь толстой кишки.
7. Методы эндоскопического гемостаза при ЖКК. Преимущества и недостатки каждого из них.
8. Эндоскопическая классификация рака желудка.
9. Доброкачественные стриктуры пищевода (классификация, эндоскопическое лечение).
10. Показания и противопоказания к эрхпг.
11. Заболевания толстого кишечника (НЯК, Болезнь Крона, Псевдомембранозный колит) – эндоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
12. Дивертикул Ценкера (диагностика, клиника, лечение).
13. Экстренная эндоскопия при инородных телах ЖКТ.
14. Показания и противопоказания к гистероскопии
15. Показания и противопоказания к ректоскопии и колоноскопии. Подготовка больного к исследованию.
16. Кардиоспазм. Классификация по Петровскому. Эндоскопическое лечение.
17. Кандидоз пищевода. Эндоскопическая классификация.
18. Виды и методики выполнения эндоскопического гемостаза.
19. Показания и противопоказания к лапароскопии.
20. Варикозно расширенные вены пищевода. Классификация по Шерцингеру. Эндоскопическое лечение.
21. Ожог дыхательных путей. Эндоскопическая диагностика.
22. Чрескожная эндоскопическая гастростомия.
23. Методика выполнения ЭРХПГ.
24. Предраковые заболевания желудка. Эндоскопическая диагностика.
25. Экстренная эндоскопия при инородных телах трахеи и бронхов.
26. Полипы желудочно-кишечного тракта. Классификация. Эндоскопическая тактика.
27. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, эндоскопическая диагностика).
28. Классификация трахеобронхитов.
29. Показания и противопоказания к холедохоскопии.
30. Клиническая, топографическая анатомия желудка и 12-кишки
31. Показания и противопоказания к торакоскопии.
32. Рубцовые сужения трахеи (классификация, эндоскопическое лечение).
33. Клиническая, топографическая анатомия пищевода.
34. Эндоскопическое лечение варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.
35. Показания и противопоказания к эзофагоскопии.
36. Классификация язвенных гастродуоденальных кровотечений по Форресту.
37. Показания и противопоказания к медиастиноскопии.
38. Химические ожоги верхних отделов ЖКТ. Классификация. Эндоскопическая диагностика.
39. Методика выполнения и осложнения гастроскопии.
40. Лечебные манипуляции через эндоскоп при дуоденоскопии.

**7.3. Примерные ситуационные задачи.
(определить предварительный диагноз, какие исследования
следует произвести, тактика лечения)**

Задача 1.

После операции больному в связи с задержкой мочи на 5 сутки был установлен мочевого катетер. До 10 дня состояние было удовлетворительное, затем появилась высокая температура, боли в правой подвздошной области и признаки кишечной непроходимости, воспаления в ране нет.

Какое осложнение возникло?

Задача 2.

Мужчина 42 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Базальная секреция HCL 60 мэкв/ч (норма <5 мэкв/ч), а уровень сывороточного гастрина 1000 пг/мл (норма <300 пг/мл). Какой вероятный диагноз?

Задача 3.

Больной перенес ваготомию в связи с незаживающей язвой двенадцатиперстной кишки. Через 6 месяцев наступил рецидив язвы. При обследовании выявлена гастринома, расположенная в области хвоста поджелудочной железы. Ваш дальнейший план лечения?

Задача 4.

Мужчина поступил с внезапно возникшей болью в эпигастральной области. На рентгенограмме обнаружен свободный газ в брюшной полости. Ваши действия?

Задача 5.

Женщина 65 лет с инсулинозависимым сахарным диабетом доставлена в реанимационное отделение в состоянии диабетического кетоацидоза. На рентгенограмме органов брюшной полости обнаружен свободный газ. Ваши действия?

Задача 6.

Через 2 часа после резекции желудка по назогастральному зонду поступает кровь в количестве около 500 мл за один час. Гемостатическая и заместительная терапия эффекта не дают. Ваши действия?

Задача 7.

Мужчина 55 лет поступил с жалобами на рвоту в течение недели. На рентгенограмме органов брюшной полости выявлено значительное расширение желудка. Ваши действия?

Задача 8.

Молодой мужчина после обильной еды и тяжелой рвоты почувствовал сильные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину. Ваш диагноз?

Задача 9.

После резекции антрального отдела желудка у пациента сформировался наружный кишечный свищ, по которому отделяется 300 мл кишечного содержимого ежедневно. Какова дальнейшая тактика?

Задача 10.

Пациентка 65 лет с мерцательной аритмией поступила в приемный покой с жалобами на боли в животе, однократную рвоту и жидкий стул, газы не отходят. Живот умеренно вздут, диффузно болезненный, но раздражения брюшины нет. Ваш диагноз?

Задача 11.

Молодую женщину беспокоят схваткообразные боли в левой подвздошной области, диарея с кровью, тенезмы. При колоноскопии гиперемия слизистой, зернистость и кровоточивость при механическом воздействии. Какой диагноз наиболее вероятен?