

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России)

ПРИНЯТО

На заседании
Ученого совета
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России
«25» мая 2018 г.
Протокол № 3

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ

«ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
член-корр. РАН, профессор
д.м.н. Ю.А. Шельгин



2018г.

**Основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры**

Уровень высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации- программа ординатуры

Направление подготовки - 31.08.70 Эндоскопия

Присваиваемая квалификация: врач-эндоскопист

Форма обучения: очная

Нормативный срок освоения ОПОП: 2 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
(БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)**

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.70 «Эндоскопия»
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач-эндоскопист
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач. единицах)</i>	63
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	2268

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования 31.08.70 Эндоскопия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 года № 1113

Программа производственной практики основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры 31.08.70 Эндоскопия одобрена на заседании Ученого совета ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

«__» _____ 2018 года протокол № __

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

Разработчик:

Заместитель директора по научной работе
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
д.м.н.

С.А. Фролов

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

СОДЕРЖАНИЕ

Оглавление

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.....	4
2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ.....	4
3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	4
4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	4
5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ	4
6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.....	17
8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.....	12
9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.	16
10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ	19
11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ "ИНТЕРНЕТ", НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	64
12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ).....	65
13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	65

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.

Цель прохождения практики: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.70 «Эндоскопия», развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-эндоскописта, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, выработку практических навыков и комплексное формирование универсальных и профессиональных компетенций обучающихся.

2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ

Задачи прохождения практики по специальности «Эндоскопия»:

- освоить комплекс профессиональных компетенций;
- овладеть методами клинического подхода к больному, современного клинического обследования и комплексного лечения больных;
- овладеть методикой постановки диагноза, на основании полученных данных, тактикой ведения, выбором оптимального метода лечения;
- уметь оформлять медицинскую документацию;
- овладеть практическими действиями по выявлению и коррекции возможных осложнений у больных;
- овладеть методикой стратегического планирования, использования современных методов диагностики, лечения, профилактики и оценки качества жизни пациента.

3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» очной формы обучения.

4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.

Практика проводится в следующей форме:
дискретно:

- по периодам проведения практик – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

В соответствии с учебным планом практика проводится на первом и втором курсе.

Место проведения – отдел эндоскопической диагностики и хирургии, консультативно-диагностическое отделение федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения	Оценочные средства
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<u>Знать:</u> Методы критического анализа и оценки современных научных достижений	<i>Тесты №№ 1-4 Задачи №№ 1-2</i>
		<u>Уметь:</u> анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач	
		<u>Владеть:</u> навыками абстрактного мышления, анализа, синтеза	
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<u>Знать:</u> методы управления коллективом; модели взаимодействия сотрудников медицинских организаций внутри коллектива и с пациентами	<i>Тесты №№ 4-8 Задачи №№ 3-4</i>
		<u>Уметь:</u> толерантно воспринимать социальные, этнические и культурные различия при управлении коллективом	
		<u>Владеть:</u> методами управления коллективом, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	
УК-3	готовность 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,	<u>Знать:</u> основные нормативные документы в сфере образования; цели обучения и воспитания, методы и формы организации обучения и воспитания; современные образовательные технологии; цели и задачи непрерывного медицинского образования	<i>Тесты №№ 8-12 Задачи №№ 5-6</i>
		<u>Уметь:</u> организовывать процесс обучения с	

	<p>имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>	<p>использованием современных педагогических технологий; использовать формы, методы и средства обучения и воспитания в педагогической деятельности, реализовывать педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам</p>	
		<p>Владеть: современными педагогическими методами и технологиями</p>	
<p>ПК-1</p>	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Знать: группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы</p>	
		<p>Уметь: давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительскую работу с населением и больными</p>	
		<p>Владеть: методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни</p>	

ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<u>Знать:</u> Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.	<i>Тесты №№ 17-20 Задачи №№ 9-10</i>
		<u>Уметь:</u> осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.	
		<u>Владеть:</u> методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<u>Знать:</u> перечень проведения противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<i>Тесты №№ 21-24 Задачи №№ 10-11</i>
		<u>Уметь:</u> организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	
		<u>Владеть:</u> понятием о качестве эффективности противоэпидемических мероприятий, по защите	

		населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; методики сбора статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.	<i>Тесты №№ 25-28 Задачи №№ 12-13,36</i>
		Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека	
		Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<i>Тесты №№ 29-32 Задачи №№ 14-15,35</i>
		Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
		Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со	

		здоровьем	
ПК-6	Готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	Знать: основные принципы применения эндоскопических методов диагностики, целесообразность их использования при лечении пациентов	<i>Тесты №№ 33-36 Задачи №№ 16-17,34</i>
		Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных лечебных и диагностических вмешательств при лечении	
		Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при лечении пациентов	
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, алгоритм медицинской эвакуации	<i>Тесты №№ 37-40 Задачи №№ 18-19,33</i>
		Уметь: оказать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	
		Владеть: способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном	Знать: показания, противопоказания и современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской	<i>Тесты №№ 41-44 Задачи №№ 20-21,32</i>

	лечении	реабилитации и санаторно-курортном лечении	
		Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	
		Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<i>Тесты №№ 45-48</i> <i>Задачи №№ 22-23,31</i>
		Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса	

		<p>массы тела;</p> <p>Владеть: методами формирования у населения мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья</p>	
ПК-10	<p>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан; структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p> <p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p> <p>Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p><i>Тесты №№ 49-50, 1,7</i> <i>Задачи №№ 23-24,30</i></p>
ПК-11	<p>готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-</p>	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p>	<p><i>Тесты №№ 1-3,11</i> <i>Задачи №№ 25,26,29</i></p>

	статистических показателей	Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи	
		Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации Уметь: эффективно организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации Владеть: способностью и готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<i>Тесты №№ 9-12</i> <i>Задачи №№ 26,27,28</i>

7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.

№	Виды профессиональной деятельности	Трудоемкость, ЗЕТ	Трудоемкость, час
1 семестр			
1.	Участие в приеме больного в отделе эндоскопической диагностики и хирургии (под руководством руководителя практики)	12	432
2.	Эндоскопические методы диагностики колопроктологии	4	144
Промежуточная аттестация: зачет			
2 семестр			
3.	Особенности проведения эндоскопической диагностики у гастроэнтерологических больных	4	144

4.	Участие в ведении и лечении больного в отделе эндоскопической диагностики и хирургии под руководством руководителя практики	14	504
Промежуточная аттестация: зачет			
3 семестр			
5.	Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных Центром	1	36
6.	Самостоятельное ведение и лечение больного в отделе эндоскопической диагностики и хирургии под руководством руководителя практики	19	684
Промежуточная аттестация: зачет			
4 семестр			
7.	Самостоятельное ведение и лечение больного в отделе эндоскопической диагностики и хирургии под руководством руководителя практики	9	324
Промежуточная аттестация: зачет			
Всего ЗЕТ: 63			
Всего часов: 2268			

8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.

№	Виды профессиональной деятельности	Место работы	Трудоемкость, час	Формируемые компетенции	Форма контроля
1 семестр					
1.	Ведение колопроктологического (под руководством руководителя практики)	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника	432	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты, задачи
2.	Диагностика в колопроктологии	Отделение эндоскопической диагностики и хирургии	144	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты, задачи
Промежуточная аттестация: зачет					
2 семестр					

3.	Диагностика в колопроктологии	Отделение ультразвуковой диагностики	144	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты, задачи
4.	Ведение колопроктологического больного	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника	504	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты, задачи

Промежуточная аттестация: зачет

3 семестр

4.	Посещение конференций, семинаров и мастер-классов, организованных Центром	Согласно плану научно-практических конференций Центра на текущий год	36	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты, задачи
4.	Ведение колопроктологического больного	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника	684	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Тесты, задачи

				ПК-12	
Промежуточная аттестация: зачет					
4 семестр					
5.	Ведение колопроктологического больного	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний кишечника	324	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты, задачи
Промежуточная аттестация: зачет					
Всего часов: 2268					

8.1. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (1 семестр):

1. Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя
2. Изучение историй болезни поступающих больных под контролем руководителя практики.
3. Консультации пациентов по подготовке к исследованиям.

8.2. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (2 семестр):

4. Участие в выполнении ряда диагностических и лечебных процедур.
5. Участие в оценке результатов обследования больного.
6. Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя

8.3. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (3 семестр):

1. Самостоятельное ведение медицинской документации под контролем руководителя..
2. Оценка результатов исследования лабораторных и инструментальных методов.
3. Назначение лечебных и диагностических мероприятий под контролем руководителя..
4. Прием поступающих больных.
5. Работа в перевязочной и операционной под контролем руководителя практики.

8.4. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (4 семестр):

1. Участие в дежурствах под контролем руководителя практики.
2. Самостоятельная курация больного и оформление медицинской документации под контролем руководителя.
3. Самостоятельное назначение лечебных и диагностических мероприятий под контролем руководителя.
4. Подготовка докладов лекций для выступления на конференциях, семинарах и мастер-

классах, организованных Центром.

9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.

Для руководства практикой, проводимой в Центре, назначается руководитель (руководители) практики от Центра из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Центра.

Для руководства практикой, проводимой в профильной организации, назначаются руководитель (руководители) практики из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, организующей проведение практики (далее - руководитель практики от организации), и руководитель (руководители) практики из числа работников профильной организации (далее - руководитель практики от профильной организации).

Руководитель практики от Центра:

- составляет рабочий график (план) проведения практики;
- разрабатывает индивидуальные задания для обучающихся, выполняемые в период практики;
- участвует в распределении обучающихся по рабочим местам и видам работ в Центре;
- осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения практики и соответствием ее содержания требованиям, установленным ОПОП ВО;
- оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий, а также при сборе материалов к выпускной квалификационной работе в ходе преддипломной практики;
- оценивает результаты прохождения практики обучающимися.

Руководитель практики от профильной организации:

- согласовывает индивидуальные задания, содержание и планируемые результаты практики;
- предоставляет рабочие места обучающимся;
- обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда;
- проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка.

При проведении практики в профильной организации руководителем от Центра и руководителем практики от профильной организации составляется совместный рабочий график (план) проведения практики.

В качестве основной формы отчетности устанавливается дневник практики и письменный отчет.

Для проведения промежуточной аттестации Центром созданы оценочные средства. Оценочные средства включают: задачи и тесты, для проведения промежуточной аттестации. Оценочные средства разрабатываются преподавателями профильных научных отделов (руководителей отделов/научных руководителей) и утверждаются на заседании Ученого совета Центра по представлению руководителя научно-образовательного отдела.

Результаты прохождения практики оцениваются и учитываются в порядке, установленном Центром.

Результаты прохождения практики оцениваются посредством проведения промежуточной аттестации. Неудовлетворительные результаты промежуточной аттестации по практике или непрохождение промежуточной аттестации по практике при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью.

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета с оценкой: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»; результаты промежуточной аттестации практики вносятся в индивидуальный план ординатора и в зачетно-аттестационную ведомость.

9.1 Критерии оценки результатов прохождения практики:

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или низкой уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать наличие знаний при решении заданий, которые были представлены преподавателем вместе с образцом их решения, отсутствие самостоятельности в применении умения к использованию методов, освоенных при прохождении программы практики по специальности «Колопроктология» и неспособность самостоятельно проявить навык повторения решения поставленной задачи по стандартному образцу свидетельствуют об отсутствии сформированной компетенции. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах прохождения практики по специальности «Эндоскопия». Уровень освоения программы практики, при котором у обучающегося не сформировано более 50% компетенций, требуемых в объеме на данном этапе обучения.</p>	<p>Если обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована, но ее уровень недостаточно высок. Поскольку выявлено наличие сформированной компетенции, ее следует оценивать положительно, но на низком уровне</p>	<p>Способность обучающегося продемонстрировать самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных тем, которые представлял преподаватель при потенциальном формировании компетенции, подтверждает наличие сформированной компетенции, причем на более высоком уровне. Наличие сформированной компетенции, на повышенном уровне самостоятельности со стороны обучающегося при ее практической демонстрации в ходе решения аналогичных заданий следует оценивать как положительное и устойчиво закрепленное в практическом навыке. Для определения уровня освоения программы практики на оценку «хорошо» обучающийся должен продемонстрировать наличие 80% сформированных компетенций, из которых не менее 1/3 оценены отметкой «хорошо».</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности (допускаются консультации с преподавателем по сопутствующим вопросам) в выборе способа решения неизвестных или нестандартных заданий в рамках поставленной задачи с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения программы практики, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию, сформированной на высоком уровне. Присутствие сформированной компетенции на высоком уровне, способность к ее дальнейшему саморазвитию и высокой адаптивности практического применения к изменяющимся условиям профессиональной задачи</p>

9.2 Критерии оценки ответа обучающегося по результатам прохождения практики:

Критерии оценивания	Шкала оценивания
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах специальности, изложен профессиональным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p> <p>Необходимые практические навыки работы в рамках программы практики сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы в полном объеме.</p>	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ изложен профессиональным языком в терминах специальности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Необходимые практические навыки работы в основном сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», в основном сформированы.</p>	4
<p>Дан не достаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказать на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Необходимые практические навыки работы в основном сформированы.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы не в полном объеме.</p>	3
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами специальности. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная.</p>	2

<p>Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы специальности</p> <p>Необходимые практические навыки работы не сформированы. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.</p> <p>Необходимые компетенции, предусмотренные освоение программы практики по специальности «Колопроктология», не сформированы.</p>	
--	--

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Оценочные средства
<i>Первый учебный год, 1 семестр</i>			
Стационар			
1.	Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
2.	Изучение историй болезни поступающих больных под контролем руководителя практики.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
3.	Консультации пациентов по подготовке к исследованиям	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 1-18 Задачи №№ 1-24
<i>Первый учебный год, 2 семестр</i>			
4.	Участие в выполнении ряда диагностических и лечебных процедур.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40

		ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
5.	Участие в оценке результатов обследования больного.	УК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-10	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
6.	Курация больных, ведение медицинской документации под контролем руководителя	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 19-30 Задачи №№ 25-40
<i>Второй учебный год, 3 семестр</i>			
Стационар:			
7.	Самостоятельное ведение медицинской документации под контролем руководителя..	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
8.	Оценка результатов исследования лабораторных и инструментальных методов.	УК-1 УК-2	Тесты №№ 30-46

		УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Задачи №№ 40-58
9.	Назначение лечебных и диагностических мероприятий под контролем руководителя.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
10.	Приём поступающих больных.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58
11.	Работа в перевязочной и операционной под контролем руководителя практики	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Тесты №№ 30-46 Задачи №№ 40-58

		ПК-12	
Второй учебный год, 4 семестр			
12.	Участие в дежурствах под контролем руководителя практики	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
13.	Самостоятельная курация больного и оформление медицинской документации.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
14.	Самостоятельное назначение лечебных и диагностических мероприятий под контролем руководителя.	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74

		ПК-11 ПК-12	
15.	Подготовка докладов лекций для выступления на конференциях, семинарах и мастер-классах, организованных Центром	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74

10.1. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации, обучающихся по окончании 1-го семестра

ЗАДАЧА 1.

Пациентка Р. 45 поступила с жалобами на схваткообразными боли в животе (преимущественно в левых отделах), запоры и чувство не полного опорожнения. Так же пациентка отметит уменьшение болевого синдрома после дефекации. Болеет в течение 2 лет. Пациентке была выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке тонус высокий, складки выражены, определяются мешковидные выпячивания с чистым и заполненным содержимым дном, в количестве 2-3 штуки на гаустру, размерами устья до 4-6 мм в диаметре и глубиной до 3 мм. Слизистая оболочка в сигмовидной кишке розовая, блестящая и эластичная. Сосудистый рисунок четкий, не перестроен.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Виды осложнений данного заболевания. Причины развития

ЗАДАЧА 2.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на стул с примесью крови 1 раз в сутки, ложные позывы до 3-4 раз в сутки, боли в животе, перед дефекацией. колоноскопия: Колоноскоп CF-180-L проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки в правых отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. На слизистой оболочке правых отделов по всей окружности кишки определяются остаточные явления перенесенного ранее воспаления, характеризующиеся: атрофией, очаговой гиперемией, шероховатостью слизистой оболочки, налетами слизи. Сосудистый рисунок в этой зоне перестроен.

В слепой, сигмовидной и прямой кишке, по всей окружности кишки определяются остро воспалительные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся: гиперемией, выраженным отеком, разрыхленностью, контактной ранимостью, наложениями слизи, микроабсцессами.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 3.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 4.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 5.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 6.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 7.

Пациент У.75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37.5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1.3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 8.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 9.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоочечными кровоизлияниями и наложениями фибрина.

При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 10.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего просвет кишки до 0.5 см в д образования, плотной, контактно кровоточивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0.3-0.4см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0.4-0.5см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 11.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 12.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 13.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 14.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 15.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

10.2. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 1-го семестра

1. Периодичность аттестации и переаттестации медицинских кадров составляет:

- а) 2 года;
- б) 4 года;
- в) 5 лет;*
- г) 6 лет;
- д) 7 лет.

2. При расчете ставок медицинских сестер эндоскопического подразделения лечебных учреждений учитываются:

- а) врачебные ставки лечебно-профилактических учреждений;
- б) врачебные ставки эндоскопического подразделения;*
- в) количество работающих эндоскопистов;
- г) количество коек в лечебно-профилактическом учреждении;
- д) количество эндоскопических исследований.

3. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают:

- а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости;
- б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения;
- в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением;*
- г) экстраполяцию и прогнозирование;
- д) анализ деятельности ЛПУ.

4. Многослойный плоский неороговевающий эпителий выстилает:

- а) поверхность кожи;
- б) мочеточник и мочевой пузырь;
- в) полость рта и пищевода;*
- г) кровеносные и лимфатические сосуды;
- д) воздухоносные пути;
- е) плевру, брюшину, сердечную сумку;
- ж) желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы;
- з) почечные канальцы.

5. Гипертрофия характеризуется:

- а) уменьшением размеров;
- б) увеличением размеров;*
- в) увеличением в числе;
- г) озлокачествлением;
- д) структурной перестройкой;
- е) заменой одного вида на другой родственный вид;
- ж) увеличением слоев.

6. Атрофия характеризуется:

- а) уменьшением размеров;*
- б) увеличением размеров;
- в) увеличением в числе;
- г) озлокачествлением;
- д) структурной перестройкой;
- е) заменой одного вида на другой родственный вид;
- ж) увеличением слоев.

7. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют:

- а) нейтрофильные лейкоциты;
- б) лимфоциты и плазмциты;*
- в) эритроциты;
- г) эозинофилы;
- д) базофилы.

8. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков:

- а) 1,0-2,5 мм
- б) 2,5-5,0 мм
- в) 5-10 мм*
- г) 10-15 мм
- д) 15-20 мм

9. Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дистальных изменений бронхиального дерева нужны:

- а) рентгенография;
- б) томография;
- в) бронхоскопия;
- г) бронхография.*

10. При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид:

- а) ровного четкого овала;
- б) полулунного дефекта наполнения;*
- в) "писчего пера";
- г) полулунного депо;
- д) "когтя".

11. При раке большого дуоденального сосочка терминальный дол общего желчного протока приобретает форму:

- а) ровного четкого овала;
- б) полулунного дефекта наполнения;
- в) "писчего пера";
- г) полулунной ниши;
- д) "когтя".*

12. Диаметр главного панкреатического протока в области головки составляет:

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм*
- д) 5 мм

13. Полный сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через:

- а) 1-2 минуты;*
- б) 3-4 минуты;
- в) 5-6 минут;
- г) 6-7 минут;
- д) 16-20 минут.

14. Все тени не видны в:

- а) слепой кишке;
- б) восходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке;
- г) нисходящей кишке;
- д) сигмовидной кишке.*

15. Плотные морщинистые складки характерны для:

- а) слепой кишки;
- б) восходящей кишки;*
- в) поперечно-ободочной кишки;
- г) нисходящей кишки;
- д) сигмовидной кишки.

16. Двенадцать – двадцать четыре складки определяются в:

- а) слепой кишке;
- б) восходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке;*
- г) нисходящей кишке;
- д) сигмовидной кишке.

17. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке:

- а) 0,1 м/час*
- б) 0,5 м/час
- в) 1,0 м/час
- г) 1,5 м/час
- д) 2,0 м/час

18. Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются:

- а) большая опухоль брюшной полости;

- б) непереносимость местных анестетиков (новокаин, лидокаин);
- в) полостная операция в анамнезе;
- г) крайне тяжелое состояние больного;*
- д) ожирение III степени.

19. Общими противопоказаниями к лапароскопии по поводу острых заболеваний брюшной полости, угрожающих жизни больного, являются:

- а) крайне тяжелое состояние больного;*
- б) нарушение свертывающей системы крови;
- в) инфаркт миокарда;
- г) нарушение мозгового кровообращения;
- д) желтуха неясного генеза.

20. Показаниями к общему обезболиванию при лапароскопии являются:

- а) тупая травма живота в сочетании с переломом ребер;
- б) неадекватное поведение больного (психические заболевания, алкогольное опьянение);*
- в) предполагаемая биопсия большого сальника;
- г) внематочная беременность;
- д) предполагаемое дренирование брюшной полости.

21. Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать:

- а) воздух;
- б) кислород;
- в) закись азота;
- г) CO₂;*
- д) водород.

22. При наложении пневмоперитонеума признаками попадания воздуха в свободную брюшную полость служат:

- а) боль в области иглы для наложения пневмоперитонеума;
- б) появление умеренных болей в животе;
- в) появление крепитации передней брюшной стенки в области введения иглы;
- г) отсутствие увеличения объема живота;
- д) исчезновение печеночной тупости.*

23. Для осмотра желчного пузыря больному придается положение:

- а) Фовлера на левом боку;*
- б) Фовлера на правом боку;
- в) Тренделенбурга на спине;
- г) Дюранта;
- д) Тренделенбурга на левом боку.

24. Частым осложнением лапароскопии является:

- а) выраженное кровотечение из передней брюшной стенки;
- б) травматическое повреждение органов брюшной полости;
- в) предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника;*

- г) воздушная эмболия;
- д) сердечно-легочная недостаточность.

10.3. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 2-го семестра

ЗАДАЧА 16.

Пациентка Р. 45 поступила с жалобами на схваткообразными боли в животе (преимущественно в левых отделах), запоры и чувство не полного опорожнения. Так же пациентка отметит уменьшение болевого синдрома после дефекации. Болеет в течение 2 лет. Пациентке была выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке тонус высокий, складки выражены, определяются мешковидные выпячивания с чистым и заполненным содержимым дном, в количестве 2-3 штуки на гаустру, размерами устья до 4-6 мм в диаметре и глубиной до 3 мм. Слизистая оболочка в сигмовидной кишке розовая, блестящая и эластичная. Сосудистый рисунок четкий, не перестроен.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Виды осложнений данного заболевания. Причины развития

ЗАДАЧА 17.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на стул с примесью крови 1 раз в сутки, ложные позывы до 3-4 раз в сутки, боли в животе, перед дефекацией. колоноскопия: Колоноскоп CF-180-L проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки в правых отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. На слизистой оболочке правых отделов по всей окружности кишки определяются остаточные явления перенесенного ранее воспаления, характеризующиеся: атрофией, очаговой гиперемией, шероховатостью слизистой оболочки, налетами слизи. Сосудистый рисунок в этой зоне перестроен.

В слепой, сигмовидной и прямой кишке, по всей окружности кишки определяются остро воспалительные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся: гиперемией, выраженным отеком, разрыхленностью, контактной ранимостью, наложениями слизи, микроабсцессами.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 18.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой,

блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 19.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 20.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 21.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 22.

Пациент У.75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37.5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1.3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 23.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 24.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями и наложениями фибрина.

При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.

2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 25.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего просвет кишки до 0.5 см в д образования, плотной, контактно кровоточивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0.3-0.4см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0.4-0.5см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 26.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 27.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 28.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 29.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 30.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

10.4. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 2-го семестра

25. 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. Для уточнения диагноза больному целесообразно выполнить:

- а) рентгенографию желудка с бариевой взвесью;
- б) лапароцентез;
- в) лапароскопию;*
- г) эзофагогастродуоденоскопию;
- д) томографию.

26. Медиастиноскопия выполняется:

- а) амбулаторно в эндоскопическом отделении без премедикации;
- б) в стационаре в бронхоскопическом кабинете с премедикацией;
- в) в стационаре в условиях операционной, с премедикацией;*
- г) амбулаторно в условиях операционной, с премедикацией;
- д) в любом кабинете эндоскопического отделения стационара, без премедикации.

27. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии:

- а) дуга аорты;
- б) яремная вырезка;*
- в) трахея;
- г) бифуркация трахеи;
- д) грудино-подключичная мышца.

28. К лимфоузлам, недоступным биопсии при "классической" медиастиноскопии относят:

- а) только паратрахеальные;
- б) бронхопульмональные;*
- в) бифуркационные и околопищеводные;
- г) бифуркационные;
- д) бронхопульмональные и паратрахеальные.

29. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

- а) бужирование "вслепую";*
- б) бужирование по струне;
- в) баллонная пневмодилатация;
- г) баллонная гидродилатация;
- д) рассечение стриктуры электроножом.

30. Эндоскопическая полипэктомия в основном выполняется методом:

- а) эксцизии;
- б) электроэксцизии;*
- в) электрокоагуляции;
- г) лазерной коагуляции;
- д) двухэтапным способом.

31. Отсечение полипа электроизолированными ножницами производится при полипах, имеющих:

- а) большие размеры и короткую толстую ножку;
- б) небольшие размеры и тонкую длинную ножку;
- в) большие размеры головки, не позволяющие набросить петлю, и тонкую длинную ножку;*
- г) большую длину при небольшом диаметре.

32. Для профилактики перфорации стенки желудка во время электроэксцизии плоского полипа необходимо:

- а) приподнимать полип петлей до образования треугольной складки у его основания;*
- б) удалять полип только после изменения его окраски при затягивании петли;
- в) удалять полип, используя преимущественно режим коагуляции;
- г) перед удалением полипа в его основание вводить раствор адреналина с новокаином.

33. Показанием к эндоскопической электроэксцизии подслизистых опухолей является:

- а) опухоль 2-3 типа диаметром не более 2-3 см и опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см;*
- б) опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см и опухоль 1 типа не более 2 см;
- в) опухоль 1 типа не более 2 см, кровотечение из опухоли, независимо от ее типа;
- г) кровотечение из подслизистой опухоли не зависимо от ее типа;
- д) подозрение на малигнизацию опухоли.

34. У больного 30 лет при ЭГДС выявлен полипоз желудка. Полипы занимают все отделы и стенки желудка. Они имеют остrokонечную форму, широкое основание, рыхлую консистенцию. С вершины некоторых полипов стекает кровь. У больного отмечается бледность кожных покровов, снижение гемоглобина. Наиболее рациональным методом лечения является:

- а) динамическое наблюдение;*
- б) операция;
- в) электроэксцизия;
- г) вылушивание и электроэксцизия;
- д) отсечение электроизолированными ножницами.

35. Показанием к одномоментной электроэксцизии полипов из толстой кишки является:

- а) полипы на широком основании независимо от размеров головки;
- б) полипы на короткой толстой ножке независимо от размеров их головки;
- в) полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см;*
- г) полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см;
- д) стелющиеся ворсинчатые опухоли, независимо от их размеров.

36. Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить:

- а) диагностическую колоноскопию;*
- б) УЗИ органов брюшной полости;
- в) ирригоскопию;
- г) пассаж бария по кишечнику;
- д) компьютерную томографию.

37. Осложнения, возможные при проведении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки:

- а) кровотечение;*
- б) болевой шок;
- в) нарушение сердечного ритма;
- г) нарушение электролитного баланса;
- д) инфекционно-токсический шок.

38. Способ извлечения полипов толстой кишки, удаленных эндоскопически, зависит от:

- а) размеров и консистенции полипа;*
- б) консистенции и локализации полипа;
- в) функционального состояния толстой кишки (тонус толстой кишки);
- г) места расположения полипа;
- д) формы полипа.

39. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа:

- а) полипы мягкой консистенции диаметром до 2 см;

- б) полипы продолговатой формы любой консистенции до 2 см в диаметре;*
- в) полипы мягкой консистенции до 3-3,5 см в диаметре;
- г) полипы шаровидной формы до 3,0 см в диаметре;
- д) ворсинчатые полипы до 3-4,0 см в диаметре.

40. Сроки динамического наблюдения за больными после электроэксцизии полипов толстой кишки зависят:

- а) от размеров полипа;
- б) от локализации полипа;
- в) от гистологической структуры полипа;*
- г) от возраста больного;
- д) от количества удаленных полипов.

41. При наличии рака толстой кишки и полипов, находящихся вне зоны резекции, полипэктомия производится:

- а) до хирургического вмешательства;*
- б) во время хирургического вмешательства;
- в) после хирургического вмешательства в течение первого месяца;
- г) после хирургических вмешательств через 6 месяцев;
- д) после хирургических вмешательств через 1 год.

42. Микроперфорация, возникшая при выполнении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки, требует:

- а) динамического наблюдения;
- б) ургентной лапаротомии;*
- в) декомпрессии толстой кишки;
- г) массивной антибиотикотерапии;
- д) ургентной ирригоскопии.

43. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять:

- а) жесткую бронхоскопию под наркозом;
- б) бронхофиброскопию под наркозом;
- в) бронхофиброскопию под местной анестезией;
- г) бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами;*
- д) сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом.

44. При планировании лечебных манипуляций для купирования острого панкреатита целесообразно вводить в брюшную полость лапароскоп через:

- а) верхнюю правую точку Калька;
- б) верхнюю левую точку Калька;
- в) нижнюю левую точку Калька;*
- г) наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье;

д) наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье.

45. Дренаж к головке поджелудочной железы при остром панкреатите подводится:

- а) к винслову отверстию и располагается подпеченочно справа;*
- б) к винслову отверстию и располагается подпеченочно слева;
- в) к желчному пузырю в подпеченочное пространство.

46. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано:

- а) при сморщенном желчном пузыре;
- б) при распространенном раке желчного пузыря;
- в) при подозрении на паравезикальный абсцесс;
- г) при остром панкреатите;*
- д) при диффузной деструкции желчного пузыря.

47. Смещение дренажа от заданной ему проекции при дренировании брюшной полости предупреждается:

- а) транслигаментарным проведением дренажа;*
- б) использованием направителя при установке дренажа;
- в) ограничением движений больного;
- г) фиксированием дренажа к брюшной стенке шелком;
- д) любым из перечисленных способов.

48. Для извлечения камней из желчных протоков после ЭПСТ используются:

- а) жесткие и мягкие корзины и баллонные катетеры;*
- б) баллонные катетеры и биопсионные щипцы;
- в) биопсийные щипцы и корзинка Dormia;
- г) трехзубый грейфер и баллонные катетеры;
- д) инструмент типа "крысиный зев" и биопсийные щипцы.

49. Макроскопическая характеристика инфильтративного рака желудка:

- а) плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует;*
- б) полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью;
- в) глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем;
- г) экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза.

10.5. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 3-го семестра

ЗАДАЧА 31.

Пациентка Р. 45 поступила с жалобами на схваткообразными боли в животе (преимущественно в левых отделах), запоры и чувство не полного опорожнения. Так же пациентка отмечает уменьшение болевого синдрома после дефекации. Болеет в течение 2 лет. Пациентке была выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке тонус высокий,

складки выражены, определяются мешковидные выпячивания с чистым и заполненным содержимым дном, в количестве 2-3 штуки на гаустру, размерами устья до 4-6 мм в диаметре и глубиной до 3 мм. Слизистая оболочка в сигмовидной кишке розовая, блестящая и эластичная. Сосудистый рисунок четкий, не перестроен.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Виды осложнений данного заболевания. Причины развития

ЗАДАЧА 32.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на стул с примесью крови 1 раз в сутки, ложные позывы до 3-4 раз в сутки, боли в животе, перед дефекацией. колоноскопия: Колоноскоп CF-180-L проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки в правых отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. На слизистой оболочке правых отделов по всей окружности кишки определяются остаточные явления перенесенного ранее воспаления, характеризующиеся: атрофией, очаговой гиперемией, шероховатостью слизистой оболочки, налетами слизи. Сосудистый рисунок в этой зоне перестроен.

В слепой, сигмовидной и прямой кишке, по всей окружности кишки определяются остро воспалительные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся: гиперемией, выраженным отеком, разрыхленностью, контактной ранимостью, наложениями слизи, микроабсцессами.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 33.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 34.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 35.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 36.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 37.

Пациент У. 75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37,5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1,3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 38.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 39.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями и наложениями фибрина.

При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.

2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 40.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего просвет кишки до 0.5 см в диаметре образования, плотной, контактно кровоточивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0.3-0.4 см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0.4-0.5 см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 41.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 42.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 43.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натошак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 44.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 45.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего

изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

10.6. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 3-го семестра

50. У больной 49 лет при ЭГДС выявлен полип на длинной ножке, произведена полипэктомия. При гистологическом исследовании обнаружена аденокарцинома без инвазии в ножку полипа. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению больной:

- а) оперативное лечение;
- б) дополнительная коагуляция места удаленной опухоли;
- в) наблюдение с периодическими эндоскопическими осмотрами;*
- г) лучевая терапия;
- д) химиотерапия.

51. Сужение анастомотического кольца чаще бывает обусловлено:

- а) дефектами оперативного вмешательства;*
- б) быстрым разрастанием рубцовой ткани;
- в) воспалительными изменениями анастомотического кольца;
- г) мигрирующими лигатурами;
- д) резидуальной опухолью.

52. Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются:

- а) в ее проксимальной части на передней стенке;*
- б) в ее средней части на любой стенке;
- в) в ее дистальной части на задней стенке;
- г) в ее дистальной части на передней стенке;
- д) в любом отделе луковицы.

53. "Удвоенный привратник" может быть обусловлен:

- а) пенетрацией препилорической язвы в луковицу ДПК;*
- б) пилоропластикой;
- в) послеоперационным свищом;
- г) опухолью привратника.

54. Симптом "манной крупы" характерен для:

- а) язвенной болезни;
- б) заболеваний панкреато-билиарной системы;*
- в) целиакии;
- г) лимфомы;
- д) рака.

55. Этиопатогенез глютенной энтеропатии:

- а) отсутствие фермента пептидазы;*
- б) блокада лимфооттока мукополисахаридными комплексами бактериального происхождения;
- в) пролиферация лимфоидной ткани тонкой кишки;
- г) дисбактериоз;
- д) атрофия эндокринного аппарата тонкой кишки.

56. Эндоскопическая характеристика болезни Уиппла:

- а) полиповидные разрастания слизистой оболочки тонкой кишки;
- б) атрофия складок слизистой оболочки тонкой кишки;
- в) резкое утолщение складок слизистой оболочки тонкой кишки;*
- г) диффузный дуоденит;
- д) множественные эрозии на слизистой оболочке тонкой кишки.

57. Морфологическая характеристика хронического энтерита:

- а) атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки;
- б) хроническое неспецифическое воспаление;*
- в) гиперплазия лимфоидной ткани;
- г) гиперплазия слизистой оболочки;
- д) обнаружение рас-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки.

58. Морфологическая характеристика общего переменного иммунодефицита:

- а) атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки;
- б) хроническое неспецифическое воспаление;
- в) гиперплазия лимфоидной ткани;*
- г) гиперплазия слизистой оболочки;
- д) обнаружение рас-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки.

59. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется:

- а) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка;
- б) ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом;
- в) выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке;*
- г) наличием желчи в желудке и зиянием привратника;
- д) зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом.

60. Морфологическим признаком специфичным для рефлюкс-гастрита является:

- а) атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка;
- б) кишечная метаплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка;
- в) дисплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка;*
- г) массивная лимфоплазмочитарная инфильтрация антрального отдела;
- д) наличие в инфильтрате эозинофилов.

61. Наиболее характерный эндоскопический признак гетеротопии ткани:

- а) положительный симптом "шатра";
- б) пупковидное вдавление в центре;*
- в) плотная консистенция;
- г) более яркая окраска;
- д) более бледная окраска.

62. Консистенция карциноида:

- а) мягкая;
- б) мягко-эластическая;
- в) плотная;*
- г) плотноэластическая;
- д) не отличается от окружающих тканей.

63. Оптимальным методом диагностики внутриампулярной аденомы большого дуоденального сосочка является:

- а) дуоденоскопия;
- б) дуоденоскопия с биопсией;
- в) дуоденоскопия и ЭРПХГ;
- г) дуоденоскопия, ЭРПХГ и ЭПТ;
- д) дуоденоскопия, ЭРПХГ, ЭПТ и биопсия.*

64. Запором называется задержка акта дефекации более чем на:

- а) 24 часа;
- б) 32 часа;*
- в) 40 часов;
- г) 48 часов;
- д) 72 часа.

65. Расстояние между складками в гипертоничной кишке вставляет:

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) более 2 см
- г) менее 2 см*
- д) не является критерием оценки тонуса.

66. Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны:

- а) усиление сосудистого рисунка;
- б) отек слизистой оболочки;*
- в) сосудистый рисунок не изменен;
- г) отсутствие слизи на стенках и в просвете кишки;
- д) наличие крови в просвете кишки.

67. К группе неспецифических колитов относятся:

- а) гранулематозный колит;*
- б) амебиаз;
- в) бактериальная дизентерия;

- г) иерсинеоз;
- д) глубокий кистозный колит.

68. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется:

- а) усилением сосудистого рисунка;
- б) наличием продольных трещин;
- в) сосудистый рисунок не изменяется;
- г) поверхностными афтоидными изъязвлениями;*
- д) глубокими язвенными дефектами.

69. Симптом "бульжной мостовой" характерен для:

- а) неспецифического язвенного колита;
- б) болезни Крона;*
- в) ишемического колита;
- г) кишечной формы болезни Бехчета;
- д) дизентерии.

70. Крайне редкое осложнение болезни Крона:

- а) внутренние свищи;
- б) наружные свищи;
- в) прикрытые перфорации;
- г) перфорация в свободную брюшную полость;*
- д) абсцесс брюшной полости.

71. При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита:

- а) сосудистый рисунок смазан;*
- б) сосудистый рисунок обеднен;
- в) сосудистый рисунок не изменен;
- г) сосудистый рисунок усилен;
- д) видны вены подслизистой основы.

72. При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита:

- а) контактная кровоточивость отсутствует;
- б) контактная кровоточивость слабая;
- в) контактная кровоточивость умеренная;*
- г) выраженная контактная кровоточивость;
- д) диффузное диапедезное кровотечение.

73. При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита:

- а) изъязвления поверхностные местами сливающиеся;
- б) изъязвления дискретные, одиночные;
- в) диффузная эрозированная поверхность слизистой;*
- г) изъязвления в виде продольных трещин;
- д) изъязвления отсутствуют.

74. Виды псевдополипов при неспецифическом язвенном колите:

- а) слизистые перемычки;
- б) "чемоданные ручки";
- в) гиперпластический полип;
- г) грануляционная ткань;*
- д) полип Пейтца – Егерса.

10.7. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 4-го семестра

ЗАДАЧА 46.

Пациентка Р. 45 поступила с жалобами на схваткообразными боли в животе (преимущественно в левых отделах), запоры и чувство не полного опорожнения. Так же пациентка отметит уменьшение болевого синдрома после дефекации. Болеет в течение 2 лет. Пациентке была выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке тонус высокий, складки выражены, определяются мешковидные выпячивания с чистым и заполненным содержимым дном, в количестве 2-3 штуки на гаустру, размерами устья до 4-6 мм в диаметре и глубиной до 3 мм. Слизистая оболочка в сигмовидной кишке розовая, блестящая и эластичная. Сосудистый рисунок четкий, не перестроен.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Виды осложнений данного заболевания. Причины развития

ЗАДАЧА 47.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на стул с примесью крови 1 раз в сутки, ложные позывы до 3-4 раз в сутки, боли в животе, перед дефекацией. колоноскопия: Колоноскоп CF-180-L проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки в правых отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. На слизистой оболочке правых отделов по всей окружности кишки определяются остаточные явления перенесенного ранее воспаления, характеризующиеся: атрофией, очаговой гиперемией, шероховатостью слизистой оболочки, налетами слизи. Сосудистый рисунок в этой зоне перестроен.

В слепой, сигмовидной и прямой кишке, по всей окружности кишки определяются остро воспалительные изменения слизистой оболочки, проявляющиеся: гиперемией, выраженным отеком, разрыхленностью, контактной ранимостью, наложениями слизи, микроабсцессами.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 48.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 49.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 50.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 51.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натошак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 52.

Пациент У. 75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37.5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1.3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 53.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки

диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 54.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями и наложениями фибрина.

При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 55.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего просвет кишки до 0.5 см в д образования, плотной, контактно кровоточивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0.3-0.4см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0.4-0.5см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 56.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 57.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 58.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 59.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не

изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 60.

Пациент К., 30 лет обратился с жалобами на чувство тяжести в желудке во время или после приема пищи, тошноту, временами рвоту, неприятный привкус во рту.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, на стенках много вязкой слизи, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью.

В желудке небольшое количество жидкости с примесью желчи, слизи, складки воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, виден заброс содержимого, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, имеются единичные лимфоидные фолликулы до 0,2 см, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, разрыхлена, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

10.8. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 4-го семестра

75. При кишечной форме болезни Бехчета изъязвления:

- а) множественные, поверхностные, не склонные к слиянию;*
- б) множественные, глубокие, не склонные к слиянию;
- в) множественные, поверхностны, местами сливающиеся;
- г) множественные, глубокие, местами сливающиеся;
- д) одиночные, глубокие, несклонные к слиянию.

76. Морфологический признак, характерный только для ишемического колита:

- а) саркоидные гранулемы;
- б) саркоидные гранулемы с казеозным некрозом;
- в) "крипт" – абсцессы;
- г) гемосидеринсодержащие макрофаги;*
- д) пасс - положительные макрофаги.

77. Специфическим морфологическим субстратом при туберкулезе толстой кишки является:

- а) саркоидная гранулема;
- б) выраженный фиброз и гиалиноз кишечной стенки;
- в) саркоидная гранулема с очагами казеозного некроза;*

- г) выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация глубоких слоев кишечной стенки;
- д) гемосидеринсодержащие макрофаги.

78. Для дивертикулеза толстой кишки характерен:

- а) нормотонус всей кишки;
- б) гипертонус всей кишки;
- в) гипотонус всей кишки;
- г) гипотонус сегмента кишки, где выявлены дивертикулы;
- д) гипертонус сегмента кишки, где выявлены дивертикулы.*

79. Эндоскопическая картина псевдомембранозного колита характеризуется:

- а) множественными сливающимися эрозиями на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой;
- б) множественными внутрислизистыми геморрагиями на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой;
- в) множественными белесовато-желтыми бляшками на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой;*
- г) множественными сливающимися глубокими язвами на фоне выраженного воспаления;
- д) одиночными эрозиями на фоне выраженного воспаления.

80. ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает:

- а) 0,5 см
- б) 1,0 см*
- в) 1,5 см
- г) 2,0 см
- д) более 2 см.

81. Укажите размеры полипов, при которых их цвет не отличается от цвета окружающей слизистой:

- а) более 0,5 см
- б) до 0,5 см*
- в) более 1,0 см
- г) до 1,0 см
- д) цвет полипа не зависит от его размеров.

82. Для аденоматозного полипа характерно:

- а) резкое преобладание стромы над железистым компонентом;
- б) наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме;
- в) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью;
- г) резкое преобладание железистой ткани над стромой;*
- д) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа.

83. К диффузным полипозам, для которых характерно преобладание процессов секреции, относятся:

- а) гамартомный полипоз;
- б) милиарный полипоз;
- в) ювенильный полипоз;*
- г) аденоматозный полипоз;
- д) аденопапилломатозный полипоз.

84. Ворсинчатые полипы наиболее часто локализуются в:

- а) прямой кишке и сигмовидной кишке;*
- б) сигмовидной кишке и нисходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке и восходящей кишке;
- г) восходящей кишке и сигмовидной кишке;
- д) слепой кишке и восходящей кишке.

85. Наиболее частая локализация полипов при синдроме Гарднера:

- а) прямая кишка;
- б) нисходящая кишка;
- в) селезеночный угол;*
- г) печеночный угол;
- д) слепая кишка.

86. Первая степень интенсивности воспаления характеризуется:

- а) отеком и умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов и слизистым секретом;*
- б) усилением сосудистого рисунка;
- в) деформацией хрящевых колец;
- г) гнойным секретом;
- д) устья сегментарных бронхов не дифференцируются.

87. Для эндоскопической картины гипертрофического бронхита характерно:

- а) слизистая оболочка бронхов гиперемирована;
- б) слизистая оболочка бронхов бледная;*
- в) сосудистый рисунок усилен;
- г) хрящевые кольца подчеркнуты;
- д) устья бронхов широкие.

88. Для диффузного бронхита характерно:

- а) верхнедолевые бронхи интактны;
- б) нижнедолевые бронхи интактны;
- в) воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева;
- г) воспаление распространяется на все эндоскопически видимые бронхи;*
- д) поражена одна сегментарная ветвь.

89. При бронхоскопии определяются следующие изменения, характерные для бронхоэктазов:

- а) мешотчатые или цилиндрические бронхоэктазы;

- б) признак Суля;*
- в) деформация главных бронхов;
- г) деформация долевых бронхов;
- д) изменений нет.

90. Синдром Зиверта-Картагенера – это:

- а) бронхоэктазы и пансинусит;
- б) пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов;
- в) бронхоэктазы, пансинусит и обратное расположение внутренних органов;*
- г) бронхоэктазы, поликистоз и обратное расположение внутренних органов;
- д) поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов.

91. При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляются:

- а) частично диффузный или строго ограниченный бронхит II ст. интенсивности воспаления;
- б) выраженный трахеобронхит;
- в) частично диффузный или строго ограниченный бронхит I ст. интенсивности воспаления;*
- г) диффузный бронхит II ст. интенсивности воспаления;
- д) диффузный бронхит III ст. интенсивности воспаления.

92. Бронхоскопическая картина при дренирующемся остром абсцессе характеризуется:

- а) диффузным односторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления;
- б) диффузным односторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления;
- в) диффузным односторонним бронхитом III ст. интенсивности воспаления;
- г) зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха;*
- д) устье дренирующего бронха хорошо дифференцируется.

93. Излюбленная локализация кист легких:

- а) верхняя доля справа;
- б) верхняя доля слева;
- в) нижняя доля справа;
- г) нижняя доля слева;
- д) все доли поражаются одинаково*

94. Эндоскопическая картина полипов бронха выявляет:

- а) гладкую поверхность;*
- б) бугристую поверхность;
- в) воспаление слизистой вокруг;
- г) мягкую консистенцию;
- д) дольчатое строение.

95. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии:

- а) бугристая опухоль;

- б) тонкая ножка;
- в) инфильтрация слизистой вокруг опухоли;
- г) мягкая консистенция опухоли;
- д) выраженная контактная кровоточивость.*

96. К косвенным анатомическим признакам рака легкого относятся:

- а) устья бронхов подвижны, передаточная пульсация сохранена;
- б) устья бронхов неподвижны, передаточная пульсация сохранена;
- в) передаточная пульсация отсутствует, устья бронхов подвижны;
- г) передаточная пульсация отсутствует, устья бронхов неподвижны.*

97. Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является:

- а) расширение сосудов слизистой оболочки и выбухание медиальных стенок главных бронхов;*
- б) утолщение складок слизистой бронхов;
- в) смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки;
- г) острая карина;
- д) смазанность рисунка бронхиальных колец.

98. По этиологическому признаку выделяют видов пневмокониозов:

- а) два;
- б) три;
- в) четыре;*
- г) пять;
- д) шесть.

99. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется:

- а) восходящим двусторонним диффузным бронхитом;
- б) восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом;
- в) нисходящим двусторонним диффузным атрофическим трахеобронхитом;*
- г) строго ограниченным двусторонним бронхитом;
- д) строго ограниченным односторонним бронхитом.

100. Эндоскопическая картина мезентериальной окклюзии стадии ишемии:

- а) в брюшной полости геморрагическая жидкость, стенка кишки красная вследствие сливных кровоизлияний;
- б) в брюшной полости серозный выпот, цвет кишок сероватый;
- в) выпота в брюшной полости нет окраска петель кишечника бледно-розовая с цианотическим оттенком и точечными кровоизлияниями;*
- г) в брюшной полости много геморрагического выпота, цвет кишок сероватый;
- д) в брюшной полости мутный геморрагический петли кишечника раздуты, покрыты фибрином, грязно-серого цвета.

11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

11.1. Основная литература:

1. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки / В.Н. Сотников, А.А. Разживина, В.В. Веселов, А.И. Кузьмин. - М.: Экстрапринт, 2006. – 280с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
2. Практическая колоноскопия / Гвидо Шахшаль. – М.: МедПресс-информ, 2012. – 192 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
3. Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки. Атлас / Под ред. В.Д. Федоров. - М.: Медицина, 1978 – 182с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
4. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. А.С. Балалыкин. – М.: Медицина, 1985. – 544с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
5. Эндоскопическая хирургия / Под ред. В.С. Савельев. – М.: ГЭОТАР, 1998. – 350 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)

11.2. Дополнительная литература:

1. Атлас видеоэндоскопических внутрипросветных операций в клинической онкологии / В.В. Соколов под ред. А.Х. Трахтенберг, А.Д. Каприн, В.И. Чиссов. – М.: Практическая медицина, 2015. – 152с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
2. Атлас цифровой гастроинтестинальной эндоскопии / В.Д. Креймер, В.П. Тюрин, Е.А. Коган. - М.: Бином, 2011. – 256с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
3. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия / В.И. Стручков, Э.В. Луцевич, И.Н. Белов. - М.: Медицина, 1977. – 271с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
4. Полипы и диффузный полипоз прямой и толстой кишок / В.Л. Ривкин, И.М. Иноятов, Ю.М. Славин. - 1969. – 207с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
5. Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под ред. В.Д. Федоров. - Санкт-Петербург, 2004. – 215 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
6. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котлобовский. - М.: ГЭОТАР, 2002. – 440 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
7. Эндоскопия органов брюшной полости / В.С. Савельев, В.М. Буянов, А.С. Балалыкин. - М.: Медицина, 1977. – 247с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)

11.3. Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека)

Электронные библиотеки (ЭБС), обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) с Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, договор №42/11 от «18» ноября 2017г. по «18» ноября 2018г., договор № 54/11 от 18.11.2018г. до 18.11.2019г.

использованием ее электронного каталога «Российская медицина» , поставщик

12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ)

12.1. Лицензионное программное обеспечение

Системное ПО: Windows 10 pro (Контракт №147А/18-44)

Общее ПО: Microsoft Office Professional 2016 (Контракт №147А/18-44), обозреватель IE (включен в пакет Windows 10 pro, 1С: Предприятие 8 (сублицензионный договор № 059/271118/003).

12.2 Современные профессиональные базы данных и информационно-справочные системы

1. Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет ELIBRARY.RU, включающий базу данных «Российский индекс научного цитирования», информационно-аналитическую систему SCIENCE INDEX, поставщик ООО «НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА», договор №SIO-14931/2019 от 13.03.2019г до 13.03.2020г.

Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет SCOPUS, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №SCOPUS/218 от 10.05.2018г., до 31.12.2018г.

2. Сервис по обнаружению и профилактике заимствований «Антиплагиат. Эксперт 3.3», поставщик АО «Антиплагиат», договор №471 от 26.07.2018, до 26.07.2019г.

3. Модуль поиска текстовых заимствований по коллекции «Медицина», «Патенты», поставщик АО «Антиплагиат», договор №472 от 27.07.2018, до 27.07.2019г.

4. База данных Web of Science, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №WoS/218 от 02.04.2018г., до 31.12.2018г.

5. EastView Медицина и здравоохранение в России - <https://dlib.eastview.com/>

6. PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

7. ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА - <http://feml.scsml.rssi.ru/feml/>

8. Consilium-Medicum - <http://con-med.ru/>

9. MDTube: Медицинский видеопортал - <http://mdtube.ru/>

10. Русский медицинский журнал (РМЖ) - <https://www.rmj.ru/>

11. ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>

12. ЭБС «Букап» <https://www.books-up.ru/>

13. ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» <http://www.bibliocomplectator.ru>

14. ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru» <https://ibooks.ru/>

15. Платформа Springer Link (журналы и книги 2005-2017)- <https://rd.springer.com/>

16. Платформа Nature - <https://www.nature.com/>

17. База данных Springer Materials - <https://materials.springer.com/>

18. База данных Springer Protocols - <https://experiments.springernature.com/springer-protocols-closure>

19. База данных Nano - <https://nano.nature.com/>

20. Cambridge University Press – журналы - <https://www.cambridge.org/core>

21. НЭИКОН поиск по архивам научных журналов <http://archive.neicon.ru/xmlui/>

13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

<p>Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения Лекционный класс (каб. 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -шкафы -учебная доска магнитно-маркерная поворотная -ноутбук, проектор, экран. -муляж толстой кишки -модель толстой кишки с патологиями 4 секции
<p>Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения Конференц-зал</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -ноутбук, проектор, экран. -флипчарт -муляж видов стом -плакаты анатомии толстой кишки
<p>Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой Симуляционный класс (каб. 9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -виртуальный симулятор пальпации -симулятор эндоскопии ЭНСИМ-С ГАС 01
<p>Помещение для самостоятельной работы обучающихся Библиотека</p>	<ul style="list-style-type: none"> -столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ в электронную информационно-образовательную среду
<p>Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам Кабинет гибкой эндоскопии</p>	<ul style="list-style-type: none"> -гастродуоденоскоп, -дуоденоскоп, (с боковой оптикой) -колоноскоп (педиатрический), -фибробронхоскоп (педиатрический), -источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, -эндоскопическая телевизионная система, -эндоскопический стол, -тележка для эндоскопии, -установка для мойки эндоскопов, -ультразвуковой очиститель, -эндоскопический отсасывающий насос, -видеоэндоскопический комплекс, -видеодуоденоскоп, -видеогастроскоп, -эндоскопический отсасыватель, -энтероскоп, -набор для эндоскопической резекции слизистой, -баллонный дилататор, -видеоэндоскопический комплекс, -видеогастроскоп операционный, -видеогастроскоп педиатрический, -видеоколоноскоп операционный,

	<ul style="list-style-type: none">-видеоколоноскоп педиатрический,-видеоколоноскоп диагностический,-баллонный дилататор,-расходные материалы
--	---

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
(ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.70 «Эндоскопия»
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач-эндоскопист
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач. единицах)</i>	9
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	324

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования 31.08.70 Эндоскопия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 года № 1113

Программа производственной практики основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры 31.08.70 Эндоскопия одобрена на заседании Ученого совета ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

«__» _____ 2018 года протокол № __

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

Разработчик:

Заместитель директора по научной работе
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
д.м.н.

С.А. Фролов

Руководитель научно-образовательного отдела
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России,
к.м.н.

А.И. Москалёв

СОДЕРЖАНИЕ

Оглавление

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.....	4
2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ.....	4
3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.....	4
4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	4
5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ	4
6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.....	17
8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.....	11
9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.....	12
10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ	15
11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ "ИНТЕРНЕТ", НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	27
12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ).....	27
13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.....	27

1. ЦЕЛИ ПРАКТИКИ.

Цель прохождения практики: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.70 «Эндоскопия», развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-эндоскописта, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач, выработку практических навыков и комплексное формирование универсальных и профессиональных компетенций обучающихся.

2. ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ

Задачи прохождения практики по специальности «Эндоскопия»:

- расширение и углубление комплекса профессиональных компетенций;
- овладеть методами клинического подхода, современного клинического обследования и комплексного лечения больных с колопроктологической и гастроэнтерологической патологией;
- овладеть методикой постановки диагноза, на основании полученных данных, тактикой ведения, выбором оптимального метода лечения больных с колопроктологической и гастроэнтерологической патологией ;
- овладеть практическими действиями по выявлению и коррекции возможных осложнений у больных с колопроктологической и гастроэнтерологической патологией

3. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика относится к вариативной части Блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.70 «Эндоскопия» очной формы обучения.

4. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ.

Практика проводится в следующей форме:
дискретно:

- по периодам проведения практик – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. ВРЕМЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

В соответствии с учебным планом практика проводится на втором курсе.

Место проведения – отдел эндоскопической диагностики и хирургии, консультативно-диагностическое отделение федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения	Оценочные средства
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	<u>Знать:</u> группы риска развития заболеваний (генетические, профессиональные, влияние факторов окружающей среды и др.); основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	
		<u>Уметь:</u> давать оценку причин и условий возникновения заболеваний у человека; оценивать природные и социальные факторы среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительскую работу с населением и больными	
		<u>Владеть:</u> методами выявления причин и условий возникновения, развития заболеваний; методами выявления и коррекции факторов риска развития заболеваний; методами ранней диагностики заболеваний; методами формирования здорового образа жизни	
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	<u>Знать:</u> Нормативные документы, регламентирующие проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации. Сроки и объем диспансеризации взрослого населения.	<i>Тесты №№ 17-20 Задачи №№ 9-10</i>

		<p>Уметь: осуществлять профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения. Определять сроки и объем диспансеризации взрослого населения.</p>	
		<p>Владеть: методами проведения профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p>	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: перечень проведения противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	<p><i>Тесты №№ 21-24</i> <i>Задачи №№ 10-11</i></p>
		<p>Уметь: организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	
		<p>Владеть: понятием о качестве эффективности противоэпидемических мероприятий, по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p>	
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-	<p>Знать: методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и</p>	<p><i>Тесты №№ 25-28</i> <i>Задачи №№ 12-13,36</i></p>

	статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	восстановления; методики сбора статистической информации и анализа информации о здоровье взрослого населения и подростков.	
		Уметь: анализировать значение и объяснять влияние различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека	
		Владеть: методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: проявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<i>Тесты №№ 29-32 Задачи №№ 14-15,35</i>
		Уметь: определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
		Владеть: методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
ПК-6	Готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	Знать: основные принципы применения эндоскопических методов диагностики, целесообразность их использования при лечении пациентов	<i>Тесты №№ 33-36 Задачи №№ 16-17,34</i>
		Уметь: уметь определять показания и целесообразность использования различных	

		лечебных и диагностических вмешательств при лечении	
		Владеть: навыками для выполнения лечебных и диагностических вмешательств при лечении пациентов	
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, алгоритм медицинской эвакуации	<i>Тесты №№ 37-40 Задачи №№ 18-19,33</i>
		Уметь: оказать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, выполнять лечебно-эвакуационные мероприятия по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	
		Владеть: способами оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать: показания, противопоказания и современные возможности применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<i>Тесты №№ 41-44 Задачи №№ 20-21,32</i>
		Уметь: применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в	

		<p>медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеть: методологией применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	
ПК-9	<p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Знать: принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь: разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела;</p> <p>Владеть: методами формирования у населения мотивации направленной на сохранение и укрепление своего здоровья</p>	<p><i>Тесты №№ 45-48</i> <i>Задачи №№ 22-23,31</i></p>
ПК-10	<p>готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере</p>	<p>Знать: законы и нормативные правовые акты РФ в сфере охраны здоровья граждан;</p>	<p><i>Тесты №№ 49-50, 1,7</i> <i>Задачи №№ 23-24,30</i></p>

	<p>охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций; порядок взаимодействия с другими врачами-специалистами, службами, организациями, в том числе профессиональными сообществами врачей, страховыми компаниями, обществами больных и другими ведомствами</p>	
		<p>Уметь: организовывать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала</p>	
		<p>Владеть: принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	
<p>ПК-11</p>	<p>готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>Знать: критерии оценки качества медицинской помощи; основные медико-статистические показатели; методы оценки качества медицинской помощи</p>	<p><i>Тесты №№ 1-3,11</i> <i>Задачи №№ 25,26,29</i></p>
		<p>Уметь: оценить качество оказания медицинской помощи; применять полученные данные для совершенствования качества оказания медицинской помощи</p>	
		<p>Владеть: методами оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-</p>	

		статистических показателей	
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<p>Знать: этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации</p> <p>Уметь: эффективно организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации</p> <p>Владеть: способностью и готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации</p>	<p>Тесты №№ 9-12</p> <p>Задачи №№ 26,27,28</p>

7. ОБЪЕМ ПРАКТИКИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ.

№	Виды профессиональной деятельности	Трудоемкость, ЗЕТ	Трудоемкость, час
4 семестр			
1.	Самостоятельное ведение и лечение больного с гастроэнтерологической и колопроктологической патологией в отделе эндоскопической диагностики и хирургии под руководством руководителя практики	9	324
Промежуточная аттестация: зачет			
Всего ЗЕТ: 9			
Всего часов: 324			

8. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ.

№	Виды профессиональной деятельности	Место работы	Трудоемкость, час	Формируемые компетенции	Форма контроля
Промежуточная аттестация: зачет					
4 семестр					
1.	Самостоятельное ведение и лечение больного с гастроэнтерологической патологией в отделе эндоскопической диагностики и хирургии под руководством руководителя практики	Отдел по изучению воспалительных и функциональных заболеваний	324	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Тесты, задачи

	гической и колопроктологической патологией в отделе эндоскопической диагностики и хирургии под руководством руководителя практики	льных заболеваний кишечника		ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
Промежуточная аттестация: зачет					
Всего часов: 324					

8.1. Индивидуальные задания, предусмотренные программой практики (4 семестр):

1. Самостоятельная курация больного с гастроэнтерологической и колопроктологической патологией и оформление медицинской документации под контролем руководителя.
2. Самостоятельное назначение лечебных и диагностических мероприятий больным гастроэнтерологического и колопроктологического профиля под контролем руководителя.
3. Подготовка докладов лекций для выступления на конференциях, семинарах и мастер-классах, организованных Центром.

9. ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ ПО ПРАКТИКЕ.

Для руководства практикой, проводимой в Центре, назначается руководитель (руководители) практики от Центра из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Центра.

Для руководства практикой, проводимой в профильной организации, назначаются руководитель (руководители) практики из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, организующей проведение практики (далее - руководитель практики от организации), и руководитель (руководители) практики из числа работников профильной организации (далее - руководитель практики от профильной организации).

Руководитель практики от Центра:

- составляет рабочий график (план) проведения практики;
- разрабатывает индивидуальные задания для обучающихся, выполняемые в период практики;
- участвует в распределении обучающихся по рабочим местам и видам работ в Центре;
- осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения практики и соответствием ее содержания требованиям, установленным ОПОП ВО;
- оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий, а также при сборе материалов к выпускной квалификационной работе в ходе преддипломной практики;
- оценивает результаты прохождения практики обучающимися.

Руководитель практики от профильной организации:

- согласовывает индивидуальные задания, содержание и планируемые результаты практики;
- предоставляет рабочие места обучающимся;
- обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда;
- проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка.

При проведении практики в профильной организации руководителем от Центра и руководителем практики от профильной организации составляется совместный рабочий график (план) проведения практики.

В качестве основной формы отчетности устанавливается дневник практики и письменный отчет.

Для проведения промежуточной аттестации Центром созданы оценочные средства. Оценочные средства включают: задачи и тесты, для проведения промежуточной аттестации. Оценочные средства разрабатываются преподавателями профильных научных отделов (руководителей отделов/научных руководителей) и утверждаются на заседании Ученого совета Центра по представлению руководителя научно-образовательного отдела.

Результаты прохождения практики оцениваются и учитываются в порядке, установленном Центром.

Результаты прохождения практики оцениваются посредством проведения промежуточной аттестации. Неудовлетворительные результаты промежуточной аттестации по практике или непрохождение промежуточной аттестации по практике при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета с оценкой: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»; результаты промежуточной аттестации практики вносятся в индивидуальный план ординатора и в зачетно-аттестационную ведомость.

9.1 Критерии оценки результатов прохождения практики:

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или низкой уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать наличие знаний при решении заданий, которые были представлены преподавателем вместе с образцом их решения, отсутствие самостоятельности в применении умения к использованию методов, освоенных при прохождении программы практики по	Если обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована, но ее уровень недостаточно	Способность обучающегося продемонстрировать самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных тем, которые представлял преподаватель при формировании компетенции, подтверждает наличие сформированной компетенции, причем на более высоком	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности (допускаются консультации с преподавателем по сопутствующим вопросам) в выборе способа решения неизвестных или нестандартных заданий в рамках поставленной задачи с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе

<p>специальности «Колопроктология» и неспособность самостоятельно проявить навык повторения решения поставленной задачи по стандартному образцу свидетельствуют об отсутствии сформированной компетенции. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах прохождения практики по специальности «Эндоскопия». Уровень освоения программы практики, при котором у обучающегося не сформировано более 50% компетенций, требуемых в объеме на данном этапе обучения.</p>	<p>высок. Поскольку выявлено наличие сформированной компетенции, ее следует оценивать положительно, но на низком уровне</p>	<p>уровне. Наличие сформированной компетенции, на повышенном уровне самостоятельности со стороны обучающегося при ее практической демонстрации в ходе решения аналогичных заданий следует оценивать как положительное и устойчиво закрепленное в практическом навыке. Для определения уровня освоения программы практики на оценку «хорошо» обучающийся должен продемонстрировать наличие 80% сформированных компетенций, из которых не менее 1/3 оценены отметкой «хорошо».</p>	<p>освоения программы практики, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию, сформированной на высоком уровне. Присутствие сформированной компетенции на высоком уровне, способность к ее дальнейшему саморазвитию и высокой адаптивности практического применения к изменяющимся условиям профессиональной задачи</p>
--	---	--	---

9.2 Критерии оценки ответа обучающегося по результатам прохождения практики:

Критерии оценивания	Шкала оценивания
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах специальности, изложен профессиональным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Необходимые практические навыки работы в рамках программы практики сформированы. Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы в полном объеме.</p>	<p>5</p>
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной специальности и междисциплинарных связей. Ответ изложен профессиональным языком в терминах специальности. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные</p>	<p>4</p>

<p>обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя. Необходимые практические навыки работы в основном сформированы. Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», в основном сформированы.</p>	
<p>Дан не достаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказать на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Необходимые практические навыки работы в основном сформированы. Необходимые компетенции, предусмотренные освоением программы практики по специальности «Колопроктология», сформированы не в полном объеме.</p>	3
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами специальности. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы специальности Необходимые практические навыки работы не сформированы. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий. Необходимые компетенции, предусмотренные освоение программы практики по специальности «Колопроктология», не сформированы.</p>	2

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

№	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Оценочные средства
<i>Второй учебный год, 4 семестр</i>			
1	Самостоятельная курация больного с гастроэнтерологической и колопроктологической патологией и оформление медицинской документации под контролем руководителя.	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74

		ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	
2.	Самостоятельное назначение лечебных и диагностических мероприятий больным гастроэнтерологического и колопроктологического профиля под контролем руководителя.	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74
3.	Подготовка докладов лекций для выступления на конференциях, семинарах и мастер-классах, организованных Центром.	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Тесты №№ 46-51 Задачи №№ 59-74

10.1. Фонд оценочных средств (задачи) для проведения промежуточной аттестации, обучающихся по окончании 4-го семестра

ЗАДАЧА 1.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-

п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 2.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 3.

Пациент У. 75 лет поступила с жалобами на частый жидкий стул до 8 раз в сутки, с кровью, повышение температуры тела до 37.5 С, снижение массы тела на 3 кг, в течение последнего месяца.

Колоноскопия: колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет осмотренных отделов кишки существенно не изменен, тонус кишки снижен, складчатость в левых отделах кишки имеет продольную направленность. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечно ободочной кишки розовая, сосудистый рисунок четкий. На отдельных участках кишки – содержимое. Слизистая оболочка нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, содержит мелкие множественные эрозии и микроабсцессы, контактная ранимость умеренная. В дистальной части сигмовидной кишки имеется псевдополип на ножке размером до 1.3 см в Д.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 4.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцово-воспалительная стриктура, провести аппарат за

которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 5.

Пациент П. 48 лет поступил с жалобами на сильные боли в животе, вздутие, повышение температуры тела до 38,7 С, слабость. Из анамнеза известно что пациента в течение 3 лет периодически беспокоили боли в левых отделах живота, уменьшающиеся после дефекации, периодически возникали запоры. В анализе крови определяется лейкоцитоз.

Выполнена колоноскопия: в сигмовидной кишке определяются дивертикулы 2-3 на гаустру, размерами устья от 5 до 9 мм, с чистым и заполненным содержимым дном, так же определяется очаг гиперемированной, отечной инфильтрированной слизистой оболочки с мелкоточечными кровоизлияниями и наложениями фибрина.

При морфологическом исследовании отмечается выраженная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, соответствующая острому воспалению.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития. Лечение

ЗАДАЧА 6.

Пациентка 63 лет поступила с жалобами на боли в нижних отделах живота преимущественно слева, неустойчивый стул, тошноту, рвоту, общую слабость, за последний месяц больная похудела на 11 кг. Колоноскопия: колоноскоп проведен в сигмовидную кишку на 33 см до дистального края эндофитного циркулярно, стенозирующего просвет кишки до 0.5 см в д образования, плотной, контактно кровоточивой. Дистальнее сигмовидной кишки определяется до 5 полипов 0.3-0.4см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью. В верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется 3 полипа и 0.4-0.5см в диаметре на широких основаниях с неизменной поверхностью.

1. Назовите предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 7.

Пациент 40 лет, при осмотре предъявляет жалобы на учащение стула до 5-6 раз в сутки, стул жидкий или кашицеобразный, иногда с примесью крови; подъем температуры до 38 С в вечернее время, потерю массы тела (-15 кг за 6 недель).

Колоноскопия: Колоноскоп проведен предположительно в область левого изгиба ободочной кишки где имеется рубцововоспалительная стриктура, провести аппарат за которую не удалось. Дистальнее участка сужения определяется продольная обширная язва, занимающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки, распространяющаяся до мышечного слоя, протяженность язвы до 10 см. Слизистая оболочка вокруг язвы имеет характер мелких островков, отечна и разрыхлена. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки

диффузно отечна и разрыхлена, имеются продольные щелевидные язвы размером до 1 см по длиннику.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 8.

Пациентка П., 31 года обратилась с жалобами на режущие боли в области солнечного сплетения, отрыжку, временами рвота с примесью желчи.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается.

В желудке большое количество жидкости, желчи, складки спазмированы, воздухом расправляются, слизистая розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, луковица 12-п.к-ки не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна в выходном отделе, 12-п.к-ка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 9.

Пациент М, 28 лет обратился с жалобами на приступообразные боли после еды и натощак, тошноту, чувство жжения за грудиной. Выше описанные жалобы беспокоят около 2 месяцев. При обследовании.

ФЭГДС Гастроскоп проведен за глоточное кольцо, пищевод проходим, слизистая его розовая, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, кардия смыкается не полностью, слизистая розовая (осмотр на ретроверзии).

В желудке небольшое количество жидкости, складки воздухом расправляются, слизистая истончена, местами незначительно гиперемирована, на большой кривизне в теле имеется эрозия 0,2x0,5 см на приподнятом основании, с приподнятыми краями, эластичной консистенции, проксимальнее видны три поверхностных эрозии 0,2-0,3 см с налетом фибрина, в области угла желудка имеется поверхностная эрозия 0,5 см с налетом фибрина, сосудистый рисунок не изменен, перистальтика прослеживается, вялая, неглубокая, привратник расположен центрально, смыкается не полностью, видны две утолщенные складки, луковица 12-п.кишки не деформирована, слизистая розовая, 12-п.кишка осмотрена до нижнего изгиба – рельеф и просвет не деформированы, слизистая розовая, область фатерова соска не изменена.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

ЗАДАЧА 10.

Пациент В. 46 лет, при осмотре предъявляет жалобы на отсутствие стула до 4 дней, боль в правой и левой подвздошных областях, вздутие живота, ощущение жжения на лице.

Колоноскопия: колоноскоп проведен до купола слепой кишки. Илеоцекальный клапан плоский, ориентирован в купол слепой кишки. Устье сомкнуто, округлой формы. Просвет ободочной кишки во всех отделах не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки

обычных размеров, кишечная стенка эластична. Слизистая оболочка слепой, восходящей, поперечной ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки розового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью. Сосудистый рисунок четкий. Просвет прямой кишки не изменен, стенки эластичные. Слизистая оболочка розового цвета. Сосудистый рисунок четкий.

1. Какой предположительный диагноз.
2. Причины развития заболевания. Дифференциальная диагностика.

10.2. Фонд оценочных средств (тесты) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по окончании 4-го семестра

1. Периодичность аттестации и перееаттестации медицинских кадров составляет:

- а) 2 года;
- б) 4 года;
- в) 5 лет;*
- г) 6 лет;
- д) 7 лет.

2. При расчете ставок медицинских сестер эндоскопического подразделения лечебных учреждений учитываются:

- а) врачебные ставки лечебно-профилактических учреждений;
- б) врачебные ставки эндоскопического подразделения;*
- в) количество работающих эндоскопистов;
- г) количество коек в лечебно-профилактическом учреждении;
- д) количество эндоскопических исследований.

3. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают:

- а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости;
- б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения;
- в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением;*
- г) экстраполяцию и прогнозирование;
- д) анализ деятельности ЛПУ.

4. Многослойный плоский неороговевающий эпителий выстилает:

- а) поверхность кожи;
- б) мочеточник и мочевой пузырь;
- в) полость рта и пищевода;*
- г) кровеносные и лимфатические сосуды;
- д) воздухоносные пути;
- е) плевру, брюшину, сердечную сумку;
- ж) желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы;
- з) почечные канальцы.

5. Гипертрофия характеризуется:

- а) уменьшением размеров;

- б) увеличением размеров;*
- в) увеличением в числе;
- г) озлокачествлением;
- д) структурной перестройкой;
- е) заменой одного вида на другой родственный вид;
- ж) увеличением слоев.

6. Атрофия характеризуется:

- а) уменьшением размеров;*
- б) увеличением размеров;
- в) увеличением в числе;
- г) озлокачествлением;
- д) структурной перестройкой;
- е) заменой одного вида на другой родственный вид;
- ж) увеличением слоев.

7. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют:

- а) нейтрофильные лейкоциты;
- б) лимфоциты и плазмоциты;*
- в) эритроциты;
- г) эозинофилы;
- д) базофилы.

8. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков:

- а) 1,0-2,5 мм
- б) 2,5-5,0 мм
- в) 5-10 мм*
- г) 10-15 мм
- д) 15-20 мм

9. Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дистальных изменений бронхиального дерева нужны:

- а) рентгенография;
- б) томография;
- в) бронхоскопия;
- г) бронхография.*

10. При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид:

- а) ровного четкого овала;
- б) полулунного дефекта наполнения;*
- в) "писчего пера";
- г) полулунного депо;
- д) "когтя".

11. При раке большого дуоденального сосочка терминальный дол общего желчного протока приобретает форму:

- а) ровного четкого овала;
- б) полулунного дефекта наполнения;
- в) "писчего пера";
- г) полулунной ниши;
- д) "когтя".*

12. Диаметр главного панкреатического протока в области головки составляет:

- а) 1 мм
- б) 2 мм
- в) 3 мм
- г) 4 мм*
- д) 5 мм

13. Полный сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через:

- а) 1-2 минуты;*
- б) 3-4 минуты;
- в) 5-6 минут;
- г) 6-7 минут;
- д) 16-20 минут.

14. Все тени не видны в:

- а) слепой кишке;
- б) восходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке;
- г) нисходящей кишке;
- д) сигмовидной кишке.*

15. Плотные морщинистые складки характерны для:

- а) слепой кишки;
- б) восходящей кишки;*
- в) поперечно-ободочной кишки;
- г) нисходящей кишки;
- д) сигмовидной кишки.

16. Двенадцать – двадцать четыре складки определяются в:

- а) слепой кишке;
- б) восходящей кишке;
- в) поперечно-ободочной кишке;*
- г) нисходящей кишке;
- д) сигмовидной кишке.

17. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке:

- а) 0,1 м/час*
- б) 0,5 м/час
- в) 1,0 м/час
- г) 1,5 м/час
- д) 2,0 м/час

18. Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются:

- а) большая опухоль брюшной полости;
- б) непереносимость местных анестетиков (новокаин, лидокаин);
- в) полостная операция в анамнезе;
- г) крайне тяжелое состояние больного;*
- д) ожирение III степени.

19. Общими противопоказаниями к лапароскопии по поводу острых заболеваний брюшной полости, угрожающих жизни больного, являются:

- а) крайне тяжелое состояние больного;*
- б) нарушение свертывающей системы крови;
- в) инфаркт миокарда;
- г) нарушение мозгового кровообращения;
- д) желтуха неясного генеза.

20. Показаниями к общему обезболиванию при лапароскопии являются:

- а) тупая травма живота в сочетании с переломом ребер;
- б) неадекватное поведение больного (психические заболевания, алкогольное опьянение);*
- в) предполагаемая биопсия большого сальника;
- г) внематочная беременность;
- д) предполагаемое дренирование брюшной полости.

21. Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать:

- а) воздух;
- б) кислород;
- в) закись азота;
- г) CO₂;*
- д) водород.

22. При наложении пневмоперитонеума признаками попадания воздуха в свободную брюшную полость служат:

- а) боль в области иглы для наложения пневмоперитонеума;
- б) появление умеренных болей в животе;
- в) появление крепитации передней брюшной стенки в области введения иглы;
- г) отсутствие увеличения объема живота;
- д) исчезновение печеночной тупости.*

23. Для осмотра желчного пузыря больному придается положение:

- а) Фовлера на левом боку;*
- б) Фовлера на правом боку;

- в) Тренделенбурга на спине;
- г) Дюранта;
- д) Тренделенбурга на левом боку.

24. Частым осложнением лапароскопии является:

- а) выраженное кровотечение из передней брюшной стенки;
- б) травматическое повреждение органов брюшной полости;
- в) предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника;*
- г) воздушная эмболия;
- д) сердечно-легочная недостаточность.

11. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

11.1. Основная литература:

1. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки / В.Н. Сотников, А.А. Разживина, В.В. Веселов, А.И. Кузьмин. - М.:Экстрапринт, 2006. – 280с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
2. Практическая колоноскопия / Гвидо Шахшаль. – М.:МедПресс-информ, 2012. – 192 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
3. Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки. Атлас / Под ред. В.Д. Федоров. - М.:Медицина, 1978 – 182с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
4. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. А.С. Балалыкин. – М.:Медицина, 1985. – 544с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
5. Эндоскопическая хирургия / Под ред. В.С. Савельев. – М.: ГЭОТАР, 1998. – 350 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)

11.2. Дополнительная литература:

1. Атлас видеоэндоскопических внутрипросветных операций в клинической онкологии / В.В. Соколов под ред. А.Х. Трахтенберг, А.Д. Каприн, В.И. Чиссов. – М.:Практическая медицина, 2015. – 152с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
2. Атлас цифровой гастроинтестинальной эндоскопии / В.Д. Креймер, В.П. Тюрин, Е.А. Коган. - М.:Бином, 2011. – 256с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
3. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия / В.И. Стручков, Э.В. Луцевич, И.Н. Белов. - М.:Медицина, 1977. – 271с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
4. Полипы и диффузный полипоз прямой и толстой кишок / В.Л. Ривкин, И.М. Иноятов, Ю.М. Славин. - 1969. – 207с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
5. Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под ред. В.Д. Федоров. - Санкт-Петербург, 2004. – 215 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
6. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котлобовский. - М.: ГЭОТАР, 2002. – 440 с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)
7. Эндоскопия органов брюшной полости / В.С. Савельев, В.М. Буянов, А.С. Балалыкин. - М.:Медицина, 1977. – 247с. (ЭБС Консультант врача, ЦНМБ)

11.3. Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека)

Электронные библиотеки (ЭБС), обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (ЦНМБ) с Федеральное

государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, договор №42/11 от «18» ноября 2017г. по «18» ноября 2018г., договор № 54/11 от 18.11.2018г. до 18.11.2019г. использованием ее электронного каталога «Российская медицина» , поставщик

12. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРАКТИКИ, ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СПРАВОЧНЫХ СИСТЕМ (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ)

12.1. Лицензионное программное обеспечение

Системное ПО: Windows 10 pro (Контракт №147А/18-44)

Общее ПО: Microsoft Office Professional 2016 (Контракт №147А/18-44), обозреватель IE (включен в пакет Windows 10 pro, 1С: Предприятие 8 (сублицензионный договор № 059/271118/003).

12.2 Современные профессиональные базы данных и информационно-справочные системы

1. Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет ELIBRARY.RU, включающий базу данных «Российский индекс научного цитирования», информационно-аналитическую систему SCIENCE INDEX, поставщик ООО «НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА», договор №SIO-14931/2019 от 13. 03.2019г до 13.03.2020г.

Интегрированный научный информационный ресурс в сети Интернет SCOPUS, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №SCOPUS/218 от 10.05.2018г., до 31.12.2018г.

2. Сервис по обнаружению и профилактике заимствований «Антиплагиат. Эксперт 3.3», поставщик АО «Антиплагиат», договор №471 от 26.07.2018, до 26.07.2019г.

3. Модуль поиска текстовых заимствований по коллекции «Медицина», «Патенты», поставщик АО «Антиплагиат», договор №472 от 27.07.2018, до 27.07.2019г.

4. База данных Web of Science, поставщик Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственная публичная научно-техническая библиотека России», договор №WoS/218 от 02.04.2018г., до 31.12.2018г.

5. EastView Медицина и здравоохранение в России - <https://dlib.eastview.com/>

6. PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

7. ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА - <http://feml.scsml.rssi.ru/feml/>

8. Consilium-Medicum - <http://con-med.ru/>

9.MDTube: Медицинский видеопортал - <http://mdtube.ru/>

10.Русский медицинский журнал (РМЖ) - <https://www.rmj.ru/>

11.ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>

12. ЭБС «Букап» <https://www.books-up.ru/>

13.ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» <http://www.bibliocomplectator.ru>

14.ЭБС «Айбукс.py/ibooks.ru» <https://ibooks.ru/>

15.Платформа Springer Link (журналы и книги 2005-2017)- <https://rd.springer.com/>

16.Платформа Nature - <https://www.nature.com/>

17.База данных Springer Materials - <https://materials.springer.com/>

18.База данных Springer Protocols - <https://experiments.springernature.com/springer-protocols-closure>

19.База данных Nano - <https://nano.nature.com/>

20. Cambridge University Press – журналы - <https://www.cambridge.org/core>

21. НЭИКОН поиск по архивам научных журналов <http://archive.neicon.ru/xmlui/>

13. ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения Лекционный класс (каб. 5)	-столы -стулья -шкафы -учебная доска магнитно-маркерная поворотная -ноутбук, проектор, экран. -муляж толстой кишки -модель толстой кишки с патологиями 4 секции
Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения Конференц-зал	-столы -стулья -ноутбук, проектор, экран. -флипчарт -муляж видов стом -плакаты анатомии толстой кишки
Аудитория, оборудованная фантомной и симуляционной техникой Симуляционный класс (каб. 9)	-столы -стулья -виртуальный симулятор пальпации -симулятор эндоскопии ЭНСИМ-С ГАС 01
Помещение для самостоятельной работы обучающихся Библиотека	-столы -стулья -компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" -Доступ в электронную информационно-образовательную среду
Помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам Кабинет гибкой эндоскопии	-гастродуоденоскоп, -дуоденоскоп, (с боковой оптикой) -колоноскоп (педиатрический), -фибробронхоскоп (педиатрический), -источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, -эндоскопическая телевизионная система, -эндоскопический стол, -тележка для эндоскопии, -установка для мойки эндоскопов, -ультразвуковой очиститель, -эндоскопический отсасывающий насос, -видеоэндоскопический комплекс, -видеодуоденоскоп, -видеогастроскоп, -эндоскопический отсасыватель, -энтероскоп, -набор для эндоскопической резекции слизистой, -баллонный дилататор, -видеоэндоскопический комплекс,

	<ul style="list-style-type: none">-видеогастроскоп операционный,-видеогастроскоп педиатрический,-видеоколоноскоп операционный,-видеоколоноскоп педиатрический,-видеоколоноскоп диагностический,-баллонный дилататор,-расходные материалы
--	--

