



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Гастроэнтерология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	очная

Разработчик (и): кафедра пропедевтики внутренних болезней

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.А. Бутов	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	профессор, д.м.н., заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней
О.А. Маслова	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, к.м.н.

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.С. Якушин	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	профессор, д.м.н., заведующий кафедрой госпитальной терапии
Е.В. Филиппов	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	профессор, д.м.н., заведующий кафедрой поликлинической терапии, профилактическо й медицины и ОВП

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27__ .06 __.2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль успеваемости проводится в форме устного опроса.

Примеры вопросов для собеседования:

1. Назовите нормативные документы по организации гастроэнтерологической службы
2. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Критерии оценки при контроле успеваемости:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Рубежный контроль успеваемости проводится по окончании каждого раздела программы в форме тестового опроса.

Примеры тестов:

1. У больных с пищеводом Барретта фактором, снижающим риск развития аденокарциномы пищевода является
 - А. Диета, насыщенная овощами, фруктами, пищевыми волокнами, витаминами
 - Б. Наличие *Helicobacter pylori*
 - В. Прием НПВП
 - В. Прием гиполлипидемических препаратов (статинов)
 - Г. Прием ИПП
 - Д. Все перечисленное
2. Типичными симптомами ГЭРБ являются
 - А. Изжога и отрыжка
 - Б. Кислотная регургитация и отрыжка
 - В. Дисфагия и экстраэзофагеальные симптомы.
 - Г. Некардиальные боли в грудной клетке
 - Д. Все перечисленные симптомы
3. Для ГЭРБ характерно

- А. Понижение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм ртутного столба и ниже.
Б. Понижение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм водного столба и ниже.
В. Повышение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм водного столба и выше.
Г. Повышение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм ртутного столба и выше.

Д. Нормальное давление в зоне нижнего пищеводного сфинктера

4. Клинические симптомы стеноза пищевода (дисфагия) появляются при сужении просвета пищевода

А. до 0,5 см

Б. до 1 см

В. до 2 см

Г. до 2,5 см

Д. до 3 см

5. Согласно данным «Многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России»» симптомы ГЭРБ имеются у

А. ~13% россиян

Б. ~15% россиян

В. ~26% россиян

Г. ~33% россиян

Д. Всех россиян

Критерии оценки при контроле успеваемости:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 10 семестре – зачёт.

Процедура проведения и оценивания зачета

Заключительный зачёт проводится по тестам. Обучающемуся достаётся один из вариантов теста, содержащего 100 вопросов путем собственного случайного выбора и предоставляется 60 минут на подготовку.

Заключительный тест содержит 100 вопросов с пятью вариантами ответов на каждый вопрос.

Критерии сдачи зачета:

Зачтено выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Не зачтено выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций для промежуточной аттестации
по итогам освоения дисциплины**

ОПК-8

Шифр, наименование компетенции

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины ординатор должен:
ОПК-8. Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач.	<p><u>Знать:</u> принципы проведения фармакотерапии, физиотерапии, лечебного питания при функциональных заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта; клиническую фармакологию лекарственных средств, регулирующих секреторную и моторную функцию желудочно-кишечного тракта и печени, антимикробных и противовоспалительных лекарственных средств.</p> <p><u>Уметь:</u> применять лекарственные препараты для лечения функциональных заболеваний органов пищеварения.</p> <p><u>Владеть:</u> осуществлять рациональный выбор медикаментозной и немедикаментозной терапии с учётом их механизма действия, этиологии, патогенеза заболевания, возраста, сопутствующей патологии, психологических особенностей пациента.</p>

1. **ОПК-8.** У больных с пищеводом Барретта фактором, снижающим риск развития аденокарциномы пищевода является
 - А. Диета, насыщенная овощами, фруктами, пищевыми волокнами, витаминами
 - Б. Наличие *Helicobacter pylori*
 - В. Приём НПВП
 - В. Приём гиполипидемических препаратов (статинов)
 - Г. Приём ИПП
 - Д. Всё перечисленное
2. **ОПК-8.** Типичными симптомами ГЭРБ являются
 - А. Изжога и отрыжка
 - Б. Кислотная регургитация и отрыжка
 - В. Дисфагия и экстраэзофагеальные симптомы:
 - Г. Некардиальные боли в грудной клетке
 - Д. Все перечисленные симптомы
3. **ОПК-8.** Для ГЭРБ характерно
 - А. Понижение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм ртутного столба и ниже.
 - Б. Понижение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм водного столба и ниже.
 - В. Повышение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм водного столба и выше.
 - Г. Повышение давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера до 9 мм ртутного столба и выше.
 - Д. Нормальное давление в зоне нижнего пищеводного сфинктера
4. **ОПК-8.** Клинические симптомы стеноза пищевода (дисфагия) появляются при сужении просвета пищевода
 - А. до 0,5 см
 - Б. до 1 см

- В. до 2 см
 - Г. до 2,5 см
 - Д. до 3 см
5. **ОПК-8.** Согласно данным «Многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России»» симптомы ГЭРБ имеются у
- А. ~13% россиян
 - Б. ~15% россиян
 - В. ~26% россиян
 - Г. ~33% россиян
 - Д. Всех россиян
6. **ОПК-8.** Частота проявлений ГЭРБ ассоциирована с
- А. ИБС
 - Б. Запорами
 - В. Поносами
 - Г. ЦВБ
 - Д. Всеми перечисленными состояниями
7. **ОПК-8.** Если у больного ГЭРБ типичные симптомы устраняются приёмом ИПП,
- А. Можно продолжить терапию, согласившись с диагнозом ГЭРБ
 - Б. Следует провести эндоскопию пищевода
 - В. Следует провести рН-метрию пищевода
 - Г. Следует провести рН-импедансометрию пищевода
 - Д. Следует искать альтернативный диагноз
8. **ОПК-8.** Если у больного с ГЭРБ рН-импедансометрия пищевода выявила аномальный АЕТ, то у больного имеется
- А. Функциональная изжога
 - Б. рН-позитивная НЭРБ
 - В. Гиперсенситивный пищевод
 - Г. рН-негативная ГЭРБ
 - Д. Что угодно, только не ГЭРБ
9. **ОПК-8.** При лечении больных с НЭРБ можно использовать
- А. Альгинаты (возможна монотерапия)
 - Б. Антациды
 - В. Прокинетики
 - Г. Психофармакокоррекция
 - Д. Все перечисленные препараты в монотерапии и в комбинациях
10. **ОПК-8.** Инновационным медицинским изделием с доказанным эзофагопротективным потенциалом является медицинское изделие
- А. Альфазокс
 - Б. Гевискон
 - В. Пантопразол
 - Г. Омепразол
 - Д. Итоприда гидрохлорид
11. **ОПК-8.** Хирургическое лечение больных с ГЭРБ
- А. Не эффективно
 - Б. Мало эффективно
 - В. Эффективно также как и лекарственная терапия
 - Г. Эффективно только в сочетании с лекарственной терапией
 - Д. Эффективнее лекарственной терапии
12. **ОПК-8.** Диагноз «гастрит» может быть установлен только по результатам
- А. Расспроса больного
 - Б. Эндоскопического исследования больного
 - В. Гистологического исследования больного

- Г. Интрагастральной рН-метрии
Д. Бактериологического исследования больного
13. **ОПК-8.** Функциональная диспепсия
А. Это самостоятельное страдание
Б. Может присутствовать при органических заболеваниях желудка
В. Может быть как вторичное состояние
Г. Бывает после пищевой токсикоинфекции
Д. Всё перечисленное верно
14. **ОПК-8.** В этиологии функциональной диспепсии большую роль играют
А. Наследственные факторы
Б. Курение
В. Пищевые токсикоинфекции
Г. Психосоциальные факторы
Д. Все перечисленные факторы
15. **ОПК-8.** Патогенетическими звеньями функциональной диспепсии являются
А. нарушения секреции соляной кислоты
Б. расстройство моторики желудка
В. изменение висцеральной чувствительности желудка и ДПК
Г. А, Б, В
Д. Б, В
16. **ОПК-8.** При лечении больных функциональной диспепсией прием антацидов показал их эффективность равную
А. Плацебо
Б. ИПП
В. H₂-блокаторам
Г. Диете
В. Прокинетикам
17. **ОПК-8.** На фармакологическом рынке ИПП основное место занимает
А. Омепразол
Б. Лансопразол
В. Пантопразол
Г. Рабепразол
Д. Эзомепразол
18. **ОПК-8.** Из всех ИПП наименьшим взаимодействием с другими лекарственными препаратами обладает
А. Омепразол
Б. Лансопразол
В. Пантопразол
Г. Рабепразол
Д. Эзомепразол
19. **ОПК-8.** Наиболее длительно ингибирует секрецию HCl по сравнению с другими ИПП
А. Омепразол
Б. Лансопразол
В. Пантопразол
Г. Рабепразол
Д. Эзомепразол
20. **ОПК-8.** Кошки - носители «желудочных» представителей рода *Helicobacter*
А. *H. bizzozeronii*,
Б. *H. canis*, *H. felis*,
В. *H. heilmannii*,
Г. *H. pylori*

- Д. Всех перечисленных
21. **ОПК-8.** Положение о том, что *Helicobacter pylori* является проканцерогеном справедливо в отношении
- А. Рака желудка
 - Б. Рака толстой кишки
 - В. Рака печени
 - Г. А и Б
 - Д. А, Б, В
22. **ОПК-8.** Резистентность *Helicobacter pylori* максимальна в отношении
- А. Ампициллина
 - Б. Кларитромицина
 - В. Метронидазола
 - Г. Висмута трикалия дицитрата
 - Д. Всех перечисленных препаратов
23. **ОПК-8.** При очень высокой способности *Helicobacter pylori* вырабатывать резистентность к антибактериальным препаратам, пока не зарегистрировано штаммов НР, устойчивых к
- А. Левофлоксацину
 - Б. Кларитромицину
 - В. Метронидазолу
 - Г. Висмута трикалия дицитрату
 - Д. Ципрофлоксацину
24. **ОПК-8.** Для повышения эффективности стандартной тройной эрадикационной терапии согласно гайдлайну «Маастрихт-5» рекомендуют
- А. Прием ИПП в дозе, удвоенной по сравнению со стандартной
 - Б. Продолжительность стандартной тройной терапии до 14 дней
 - В. Добавление к тройной терапии висмута трикалия дицитрата
 - Г. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств
 - Д. Всё перечисленное верно
25. **ОПК-8.** Для повышения эффективности стандартной эрадикационной терапии хеликобактериоза Клинические рекомендации РГА допускают добавление к лечению
- А. Пробиотика
 - Б. Ребамипида
 - В. Лактитола
 - Г. А и Б
 - Д. А, Б, В
26. **ОПК-8.** Тройная эрадикационная терапия хеликобактериоза с левофлоксацином может быть назначена только
- А. Участковым терапевтом/педиатром
 - Б. Семейным врачом/ВОП
 - В. Гастроэнтерологом
 - Г. Гастроэнтерологом по строгим показаниям
 - Д. Клиническим фармакологом
27. **ОПК-8.** Эрадикационная терапия хеликобактериоза 3-ей линии основывается на
- А. Определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам, лучше – методом ПЦР
 - Б. Тщательном изучении анамнеза заболевания
 - В. Тщательном изучении семейного анамнеза пациента
 - Г. Наличии доступных врачу препаратов
 - Д. Желании пациента
28. **ОПК-8.** Контроль эффективности эрадикации *H. pylori* следует проводить

- А. На следующий день после эрадикации
 - Б. Через 7 дней после эрадикации
 - В. Через 14 дней после эрадикации
 - Г. Через 21 день после эрадикации
 - Д. Через 28 дней после эрадикации
29. **ОПК-8.** Для оценки эффективности эрадикации *H. pylori* следует использовать
- А. Уреазный дыхательный тест
 - Б. Определение антигена в кале
 - В. Морфологические тесты
 - Г. Иммунологические тесты
 - Д. А и Б
30. **ОПК-8.** Согласно «Маастрихт-5» рекомендованы режимы эрадикации *H. pylori*
- А. Стандартная тройная терапия
 - Б. Квадротерапия с висмутом
 - В. Последовательная терапия
 - Г. Гибридная терапия с пробиотиком
 - Д. А и Б
31. **ОПК-8.** Эффективность прокинетиков в лечении функциональной диспепсии
- А. Превысила эффективность плацебо
 - Б. Аналогична эффективности плацебо
 - В. Ниже эффективности ИПП
 - Г. Ниже эффективности H₂-блокаторов
 - Д. Не изучалась
32. **ОПК-8.** Больным с постпрандиальным дистресс-синдромом рекомендован приём
- А. Итоприда гидрохлорида и иберогаста
 - Б. Прежде всего, ИПП
 - В. Эсциталопрама
 - Г. Амитриптилина
 - Д. Гевискона
33. **ОПК-8.** По данным УЗИ у больных после холецистэктомии ширина общего желчного протока составляет
- А. От 1 до 5 мм
 - Б. От 4 до 10 мм
 - В. От 2 до 7 мм
 - Г. От 3 до 12 мм
 - Д. От 5 до 15 мм
34. **ОПК-8.** Двигательная реакция желчного пузыря и сфинктера Одди находится в прямой зависимости от
- А. Количества и качества пищи
 - Б. От эмоционального состояния человека
 - В. От времени приёма пищи
 - Г. А и Б
 - Д. А, Б, В
35. **ОПК-8.** Умеренное раздражение блуждающего нерва вызывает
- А. Координированную активность желчного пузыря и сфинктеров
 - Б. Спастическое сокращение сфинктеров с задержкой эвакуации желчи
 - В. Расслабление желчного пузыря
 - Г. А и В
 - Д. А и Б
36. **ОПК-8.** В основе диагноза «постхолецистэктомический синдром» лежит
- А. Дисфункция сфинктера Одди
 - Б. Дуоденальная гипертония

- В. Дисфункция желчного пузыря
Г. Дисфункция сфинктера Люткенса
Д. Все перечисленные причины
37. **ОПК-8.** В современном понимании Римским критериям диагностики функциональных заболеваний отвечает
А. Первичная илиарная дискинезия
Б. Вторичная билиарная дискинезия
В. Хронический некалькулезный холецистит
Г. Идиопатический рецидивирующий панкреатит
Д. Все перечисленные состояния
38. **ОПК-8.** Снижение сократительной функции желчного пузыря у больных с первичными билиарными дисфункциями связано с
А. Уменьшением его мышечной массы,
Б. Снижением чувствительности рецепторного аппарата к нейрогуморальной стимуляции
В. Погрешностями в диете
Г. А и Б
Д. А, Б, В
39. **ОПК-8.** Вторичные билиарные дисфункции могут быть при
А. Гормональных расстройствах, предменструальном синдроме, беременности
Б. Лечении соматостатином,
В. Системных заболеваниях, диабете, гепатите, циррозе печени, еуностомии,
Г. Воспалении и камнях в желчном пузыре
Д. Всех перечисленных состояниях
39. **ОПК-8.** К скрининговым методам обследования больных с билиарными дисфункциями относятся
А. Функциональные пробы печени, панкреатические ферменты в крови и моче.
Б. УЗИ органов брюшной полости.
В. ЭГДС с прицельным осмотром фатерова сосочка
Г. А, Б, В
Д. А, Б
40. **ОПК-8.** При функциональном расстройстве сфинктера Одди билиарного типа после приступа боли в крови у больного может быть выявлено
А. Преходящее повышение уровня билирубина
Б. Преходящее повышение активности АсАТ, АлАТ
В. Преходящее повышение активности амилазы и липазы
Г. А и Б
Д. А, Б, В
68. **ОПК-8.** При функциональном расстройстве СО панкреатического типа после приступа боли в крови у больного может быть выявлено
А. Преходящее повышение уровня билирубина
Б. Преходящее повышение активности АсАТ, АлАТ
В. Преходящее повышение активности амилазы и липазы
Г. А и Б
Д. А, Б, В
41. **ОПК-8.** Из всей группы уточняющих лабораторно - инструментальных методов диагностики билиарных дисфункций наиболее информативным является
А. УЗИ билиарного тракта
Б. МРТ билиарного тракта
В. Хроматическое дуоденальное зондирование по В.А. Максимову
Г. КТ билиарного тракта
Д. Доденоскопия с осмотром дуоденального сосочка

42. **ОПК-8.** К обязательным исследованиям при подозрении на дискинезию СО Клинические рекомендации РГА относят
- А. УЗИ органов брюшной полости
 - Б. ЭГДС с осмотром большого сосочка ДПК
 - В. Магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ)
 - Г. А и Б
 - Д. А, Б, В
43. **ОПК-8.** К специальным, уточняющим, исследованиям при дискинезиях желчных путей Клинические рекомендации РГА относят
- А. УЗ-холецистографию,
 - Б. МРХПГ,
 - В. Эндоскопическое УЗИ (эндоУЗИ) панкреатобилиарной зоны,
 - Г. Билиосцинтиграфию с ^{99m}Tc
 - Д. Все перечисленные методы
44. **ОПК-8.** Факторами риска развития СРК являются
- А. Социальные факторы
 - Б. Биологические факторы
 - В. Психологические факторы
 - Г. А, Б, В
 - Д. А и В
45. **ОПК-8.** Укажите верные утверждения в отношении больных с СРК
- А. Наличие СРК не сопровождается повышением риска развития колоректального рака
 - Б. Наличие СРК не сопровождается повышением риска развития воспалительных заболеваний кишечника,
 - В. Наличие СРК не сопровождается увеличением смертности.
 - Г. А, Б, В
 - Д. А и Б
46. **ОПК-8.** Главным признаком СРК в отличие от иных функциональных заболеваний кишечника является наличие
- А. Боли в животе
 - Б. Изменение частоты дефекаций
 - В. Изменение качества кала
 - Г. Наличие примеси слизи в кале
 - Д. Наличие примеси гноя в кале
47. **ОПК-8.** Отличительной особенностью болевого синдрома при СРК считается
- А. Отсутствие боли в ночные часы
 - Б. Отсутствие боли после приёма пищи
 - В. Отсутствие боли, связанной с актом дефекации
 - Г. Отсутствие боли, натошак
 - Д. Отсутствие боли в дневное время
48. **ОПК-8.** У больных с СРК в кале часто отмечается наличие
- А. Не переваренных пищевых компонентов
 - Б. Примеси слизи
 - В. Патогенной микрофлоры
 - Г. Гельминтов
 - Д. Капель жира
49. **ОПК-8.** При обследовании больных с СРК обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и
- А. Медленным снижением индекса массы тела
 - Б. Удовлетворительным общим состоянием больного
 - В. Отсутствием поведенческих нарушений

- Г. Сохранением трудоспособности
 - Д. Высокой социальной активностью
50. **ОПК-8.** Глютен содержится в
- А. Гречихе, горохе, ячмене
 - Б. Овсе, ячмене, полбе
 - В. Пшенице, ржи, ячмене
 - Г. Рисе, пшене, чечевице
 - Д. Всём перечисленном
51. **ОПК-8.** В настоящее время считают наиболее стабильным симптомом целиакии
- А. Нарушения стула
 - Б. Анемию
 - В. Отставание ребёнка в физическом развитии
 - Г. А и В
 - Д. Б и В
52. **ОПК-8.** «Золотым стандартом» лечения больных СРК является
- А. Психотерапия
 - Б. Антибактериальная терапия
 - В. Спазмолитическая терапия
 - Г. Фитотерапия
 - Д. Не существует такового
53. **ОПК-8.** Для больных с СРК неблагоприятен прогноз
- А. Развития заболевания
 - Б. Развития осложнений
 - В. Жизни
 - Г. Индивидуальный прогноз пациента
 - Д. Развития рака кишечника
54. **ОПК-8.** Лечение больных с СРК следует начинать с
- А. Формирования общего для врача и пациента взгляда на природу симптомов заболевания и диагноз
 - Б. Соглашения с больным в отношении лечебной стратегии
 - В. Соглашения с больным в отношении прогноза – границ терапевтических ресурсов
 - Г. Соглашения с больным в отношении оплаты лечения
 - Д. Формирования близких с врачом межличностных отношений
55. **ОПК-8.** При формировании диеты больным СРК рекомендуют
- А. Уменьшение суточного калоража пищи
 - Б. Ведение «пищевого дневника»
 - В. Ограничение физической активности
 - Г. Переход на вегетарианское питание
 - Д. Исключение из рациона растительной клетчатки
56. **ОПК-8.** Больным с СРК с преобладанием запоров рекомендуют диету
- А. 1
 - Б. 2
 - В. 3
 - Г. 4
 - Д. 5
57. **ОПК-8.** Больным с СРК с преобладанием поносов рекомендуют диету
- А. 1
 - Б. 2
 - В. 3
 - Г. 4
 - Д. 5

58. **ОПК-8.** Укажите, в каком пищевом продукте содержится максимальное количество пищевых волокон
- А. Фасоль
 - Б. Миндаль
 - В. Соевые бобы
 - Г. Пшеничные отруби
 - Д. Овсяные хлопья
59. **ОПК-8.** Из диеты больных с СРК с поносами полностью исключают блюда, содержащие
- А. 1, 3,7-триметилксантин
 - Б. Не жирную рыбу
 - В. Говядину
 - Г. 2-дневный кефир
 - Д. Танин
60. **ОПК-8.** Для лечения абдоминальной боли у больных с СРК рекомендованы
- А. Гиосцина бутилбромид
 - Б. Пинаверия бромид
 - В. Мебеверина гидрохлорид
 - Г. А и Б
 - Д. А, Б, В
61. **ОПК-8.** К осмотическим слабительным средствам относятся
- А. ПЭГ
 - Б. Лактулоза
 - В. Бисакодил
 - Г. А и Б
 - Д. А, Б, В
62. **ОПК-8.** Энтерокинетиком является
- А. Прукалоприд
 - Б. Бисакодил
 - В. Трансулоза
 - Г. Макрогол-4000
 - Д. Тримебутина малеат
63. **ОПК-8.** Препарат STW 5, рекомендуемый для лечения больных с СРК используется для
- А. Спазмолитической терапии
 - Б. Обезболивающего эффекта
 - В. Прокинетического эффекта
 - Г. Подавления воспаления в кишке
 - Д. Многоцелевого воздействия
64. **ОПК-8.** При лечении больных с СРК с диареей может использоваться препарат
- А. Рифаксимин
 - Б. Псилиум
 - В. Лактитол
 - Г. Сорбитол
 - Д. Полиэтиленгликоль
65. **ОПК-8.** Для уменьшения выраженности боли в животе у больных с СРК можно использовать
- А. Тримебутина малеат
 - Б. Антидепрессанты
 - В. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
 - Г. А, Б, В
 - Д. А и В

66. **ОПК-8.** К антипсихотикам 1-го поколения относится
- А. Алимемазин
 - Б. Оланзапин
 - В. Кветиапин
 - Г. Арипипразол
 - Д. Рисперидон
67. **ОПК-8.** Суммарная доза алимемазина, необходимая для уменьшения чувства тревоги и выраженности симптомов вегетативной дисфункции, составляет
- А. 2,5 мг/сут
 - Б. 5 мг/сут
 - В. 10 мг/сут
 - Г. 15 мг/сут
 - Д. 30 мг/сут
68. **ОПК-8.** Наиболее эффективным методом при лечении больных с СРК оказалась
- А. Когнитивная поведенческая терапия
 - Б. Гипнотерапия
 - В. Проведение психотерапии по телефону
 - Г. Мультикомпонентная психотерапия
 - Д. Все методы имеют низкую эффективность
69. **ОПК-8.** Специфическими мерами профилактики развития СРК является
- А. Рациональное питание
 - Б. Занятие физической культурой
 - В. Соблюдение режима труда и отдыха
 - Г. Всё перечисленное
 - Д. Нет таковых
70. **ОПК-8.** К фактору, оказывающему негативное влияние на прогноз заболевания СРК, относится
- А. Нежелание пациента получать лечение
 - Б. Высокая цена лечения
 - В. Низкая доступность медицинской помощи
 - Г. Опасность хирургического вмешательства при неэффективности фармакотерапии
 - Д. Опасность осложнений от медикаментозной терапии
71. **ОПК-8.** Мукозная флора кишечника более стабильна и представлена, главным образом,
- А. Эшерихиями
 - Б. Энтерококками
 - В. Бифидо- и лактобактериями
 - Г. Клебсиелами
 - Д. Клостридиями
72. **ОПК-8.** Препаратами патогенетического действия при лечении больных с СРК являются
- А. Колофорт
 - Б. STV-5
 - В. Мебеверина гидрохлорид
 - Г. А и Б
 - Д. Б и В

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ПК-6

Шифр, наименование компетенции

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины ординатор должен:
ПК-6. Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	<p><u>Знать:</u> клиническую симптоматику, особенности течения, прогноз при функциональных заболеваниях органов пищеварения</p> <p><u>Уметь:</u> проводить дифференциальный диагноз заболеваний желудочно-кишечного тракта</p> <p>формулировать диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра</p> <p><u>Владеть:</u> методиками физикального исследования больного.</p>

1. **ПК-6.** Нормативным документом для врача, ведущего пациента с функциональным заболеванием органов пищеварения является
 - А. Соглашение «Рим-4»
 - Б. Соглашение «Маастрихт-5»
 - В. Национальные клинические рекомендации
 - Г. Приказ МЗ РФ №415н от 02.08.2010 г.
 - Д. Рекомендации Киотского соглашения
2. **ПК-6.** Курацию больных функциональными заболеваниями регламентирует
 - А. Соглашение «Рим-4»
 - Б. Соглашение «Маастрихт-5»
 - В. Национальные клинические рекомендации
 - Г. Приказ МЗ РФ №415н от 02.08.2010 г.
 - Д. Рекомендации Киотского соглашения
3. **ПК-6.** Курацию больных функциональными заболеваниями обеспечивают
 - А. Врачи общей практики/участковые терапевты/педиатры
 - Б. Гастроэнтерологи поликлиник
 - В. Гастроэнтерологи стационаров
 - Г. Хирурги поликлиник
 - Д. Врачи-лечебники любого профиля
4. **ПК-6.** В желудке клетки, продуцирующие соляную кислоту, находятся, в основном, в
 - А. В кардиальном отделе
 - Б. В корпусе
 - В. В пилорическом отделе
 - Г. В пилорическом канале
 - Д. Любом отделе
5. **ПК-6.** В желудке клетки, продуцирующие бикарбонаты, находятся, в основном, в
 - А. В кардиальном отделе
 - Б. В корпусе
 - В. В пилорическом отделе
 - Г. В пилорическом канале
 - Д. Любом отделе
6. **ПК-6.** Впервые интрагастральная рН-метрия была проведена
 - А. Einhorn M., 1909 г.
 - Б. Loyon B., 1919 г.
 - В. McCleon, 1915 г.
 - Г. Горшковым М.А., 1921 г.

- Д. Собакиным М.А., 1956 г.
7. **ПК-6.** Впервые дуоденальное зондирование было проведено
- А. Einhorn M., 1909 г.
 - Б. Loyon B., 1919 г.
 - В. McCleon, 1915 г.
 - Г. Горшковым М.А., 1921 г.
 - Д. Собакиным М.А., 1956 г.
8. **ПК-6.** Обозначения А, В, С для порций полученной желчи ввёл
- А. Einhorn M., 1909 г.
 - Б. Loyon B., 1919 г.
 - В. McCleon, 1915 г.
 - Г. Горшков М.А., 1921 г.
 - Д. Собакин М.А., 1956 г.
9. **ПК-6.** Прибор, позволяющий регистрировать биотоки желудка с передней брюшной стенки без зондирования внедрен в клиническую практику
- А. Einhorn M., 1909 г.
 - Б. Loyon B., 1919 г.
 - В. McCleon, 1915 г.
 - Г. Горшковым М.А., 1921 г.
 - Д. Собакиным М.А., 1956 г.
10. **ПК-6.** Многоканальная рН-импедансометрия пищевода позволяет регистрировать рефлюксы
- А. Кислые
 - Б. Щелочные
 - В. Газовые
 - Г. Нейтральные
 - Д. Любые
11. **ПК-6.** Для беззондового исследования желудочной секреции можно использовать
- А. Ацидотест
 - Б. Фортранс
 - В. Гастроскан
 - Г. Эспумизан
 - Д. Метиленовый синий
12. **ПК-6.** При подготовке больного к ректороманоскопии лучше всего использовать
- А. Фортранс
 - Б. Форлак
 - В. Микролак
 - Г. Лактитол
 - Д. Тенотен
13. **ПК-6.** При подготовке больного к колоноскопии лучше всего использовать
- А. Фортранс
 - Б. Форлак
 - В. Микролак
 - Г. Лактитол
 - Д. Тенотен
14. **ПК-6.** «Золотым стандартом» диагностики хеликобактериоза в настоящее время считаются тесты
- А. Микробиологические
 - Б. Морфологические
 - В. Дыхательные тесты с мочевиной, меченной изотопами C^{13}
 - Г. Иммунологические (ИФА)
 - Д. Молекулярные (ПЦР)

15. **ПК-6.** Если больной получает антисекреторные препараты, и их прием нельзя прекратить, то для диагностики хеликобактериоза следует использовать методы.
- А. Микробиологические
 - Б. Морфологические
 - В. Дыхательные тесты с мочевиной, меченной изотопами C^{13}
 - Г. Иммунологические (ИФА)
 - Д. Молекулярные (ПЦР)
16. **ПК-6.** В режиме реального времени для выявления резистентности *Helicobacter pylori* к антибиотикам используют методы
- А. Микробиологические
 - Б. Морфологические
 - В. Дыхательные тесты с мочевиной, меченной изотопами C^{13}
 - Г. Иммунологические (ИФА)
 - Д. Молекулярные (ПЦР)
17. **ПК-6.** При аутолизе поджелудочной железы активность панкреатических ферментов (амилазы и липазы) значительно повышается, но не более чем на
- А. 10-12 часов
 - Б. 12-24 часа
 - В. 24-48 часов
 - Г. 48-72 часа
 - Д. 10-72 часа
18. **ПК-6.** Наиболее чувствительный маркер экзокринной недостаточности ПЖ - определение
- А. Эластазы–1 в кале
 - Б. Липидограммы кала
 - В. Белков в кале
 - Г. Зёрен крахмала в кале
 - Д. Суточной массы кала
19. **ПК-6.** В соответствии с Бристольской шкалой типов кала у здорового человека выявляется тип кала
- А. 1-2
 - Б. 2-3
 - В. 3-4
 - Г. 4-5
 - Д. 6-7
20. **ПК-6.** Для определения скорости продвижения химуса по кишечнику используют тест с
- А. Активированным углем
 - Б. Метиленовым синим
 - В. Диагнескблау
 - Г. Гидрокортизоном
 - Д. Молоком
21. **ПК-6.** Основным симптомом ГЭРБ является жалоба на
- А. Изжогу
 - Б. Дисфагию
 - В. Одинофагию
 - Г. Боль
 - Д. Регургитацию
22. **ПК-6.** У больных с ГЭРБ имеющиеся ГЭР по характеру могут быть
- А. Кислые
 - Б. Нейтральные

- В. Щелочные
 - Г. Воздушные
 - Д. Любые
23. **ПК-6.** Для больных функциональной изжогой характерно
- А. Жжение за грудиной и/или ретростеральная боль
 - Б. Отсутствие позитивной клинической динамики при проведении оптимальной антисекреторной терапии.
 - В. Отсутствие эозинофильного эзофагита
 - Г. Отсутствие больших эзофагеальных моторных расстройств
 - Д. Наличие всех перечисленных симптомов
24. **ПК-6.** Важнейшими диагностическими методами при ГЭРБ являются
- А. рН-метрия пищевода и рН-импедансометрия пищевода
 - Б. УЗИ и МРТ брюшной полости
 - В. Интрагастральная рН-метрия и УЗИ желудка
 - Г. Диагностика хеликобактериоза и дуоденальное зондирование
 - Д. Интрагастральная рН-метрия и дуоденальное зондирование
25. **ПК-6.** Отсутствие эзофагита и АЕТ(acid exposure time) <4% времени суток говорит о
- А. Патологической ГЭРБ
 - Б. Отсутствии патологической ГЭРБ
 - В. Неопределённости диагноза ГЭРБ
 - Г. Гиперчувствительность к рефлюксу
 - Д. Пищевод Барретта
26. **ПК-6.** К факторам риска развития пищевода Барретта относится
- А. Европеоидная раса, мужской пол
 - Б. Центральная тип ожирения
 - В. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - Г. Метаболический синдром, синдром обструктивного апноэ сна
 - Д. Всё перечисленное