

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Калинин Р.Е.
Должность: Ректор
Дата подписания: 07.08.2026 13:02:02
Уникальный программный ключ:
40e1d729392b27c8c3c5e4145020da90ba799b43



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

УТВЕРЖДЕН
учёным советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(протокол от 21.04.2026 N 9)

КОМПЛЕКТ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Бариатрическая хирургия

**ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА СПЕЦИАЛИТЕТА**

по специальности 31.05.01 Лечебное дело
направленность (профиль): Лечебное дело

Квалификация выпускника
Врач-лечебник

Форма обучения
очная

Разработчики: кафедра госпитальной хирургии

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Должность
Зайцев Олег Владимирович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры

Рецензенты:

Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Должность
Федосеев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой общей хирургии, травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
Юдин Владимир Александрович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
(протокол от 17.04.2026 N 5)

Одобрено учебно-методическим советом.
(протокол от 20.04.2026 N 5)

1. Паспорт комплекта оценочных материалов

1.1. Комплект оценочных материалов (далее – КОМ) предназначен для оценки планируемых результатов освоения рабочей программы дисциплины «Бариатрическая хирургия».

1.2. КОМ включает задания для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации.

Общее количество заданий и распределение заданий по типам и компетенциям:

Код и наименование компетенции	Количество заданий закрытого типа	Количество заданий открытого типа
ОПК-1	20	20
ОПК-4	20	20
ОПК-7	20	20
УК-1	20	20
УК-3	20	20
УК-6	20	20
ПК-2	20	20
Итого		

Код и наименование компетенции	№ п/п	Задание с инструкцией
ОПК-1, УК-1, УК-4, ПК-1		Задания закрытого типа
	1.	Бариатрические пациенты имеют высокий риск: а) Холелитиаз из-за избытка оксалатов и нефролитиаз из-за гиперхолестеринемии б) Холелитиаз из-за гиперхолестеринемии и нефролитиаз ввиду избытка оксалатов с) Холелитиаз из-за избытка фосфолипидов и оксалатов д) Риск литиаза незначителен
	2.	Пациенту после гастрэктомии (информация о выполненной операции отсутствует) назначена ЭРХПГ в экстренном порядке ввиду признаков механической желтухи. Двенадцатиперстная кишка и большой дуоденальный сосочек недоступны для осмотра. Пациенту могла быть выполнена любая из нижеперечисленных операций, кроме: а) Резекция по Бильрот I б) Резекция по Бильрот II с) Билиопанкреатическое шунтирование SADI
	3.	Печеночная недостаточность после бариатрической операции может означать: а) Пациент, вероятнее всего, перенес рестриктивную операцию б) Пациент, вероятнее всего, перенес операцию с мальабсорбтивным компонентом с) Пациент потребляет недостаточное количество пищи д) Пациент имеет проявления витаминно-минерального дефицита
	4.	Диарея после бариатрической операции, НЕ может быть связана с: а) Демпинг-синдром б) Синдром избыточного бактериального роста с) Непереносимостью лактозы д) Избыточным наполнением манжетки регулируемого бандажа
	5.	Послеоперационное кровотечение...: а) В сочетании с гемодинамической нестабильностью требует выполнения экстренного оперативного вмешательства в течение первых 6 часов б) Которое проявляется в течение более чем 48 часов после операции без изменения показателя гематокрита, также требует экстренной операции с) Требует продолжения терапии прямым антикоагулянтом ввиду высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений д) У бариатрических пациентов чаще всего происходит в зоне анастомоза, поэтому отсутствует потребность в исключении гемоперитонеума
	6.	Нарушение проходимости желудочного стебля после продольной резекции желудка НЕ может быть вызвано:

		a) Несостоятельностью линии аппаратного шва b) Наложением сшивающего аппарата слишком близко к углу желудка c) Асимметрией или перекручиванием линии степлерного шва d) Использованием 30-мм кассет к сшивающему аппарату
	7.	Какой фактор является определяющим при возникновении маргинальных язв: a) Курение b) Тип операции c) Мужской пол d) Лечение артериальной гипертензии ингибиторами АПФ
	8.	Выберите верное утверждение, касающееся пациентов с морбидным ожирением и маргинальной язвой: a) Лечение преимущественно хирургическое b) Клиническая симптоматика включает в себя боли в эпигастральной области, если есть сопутствующее кровотечение, следует проводить дифференциальную диагностику c) Лечение включает в себя прием ингибиторов протонной помпы d) У бариатрических пациентов высока частота выявления <i>Helicobacter pylori</i>
	9.	42-летний пациент поступил с жалобами на черный стул. В анамнезе лапароскопическое желудочное шунтирование по Ру: a) Показана экстренная хирургическая операция b) Показана экстренная эзофагогастроскопия c) В случае нормального уровня гемоглобина не следует предпринимать каких-либо мер d) Пациенты с морбидным ожирением отличаются высокой толерантностью к гиповолемии, поэтому можно отложить обследование
	10.	Пациент с морбидным ожирением, 36 лет, перенес желудочное шунтирование по Ру недель назад, доставлен в экстренном порядке с жалобами на рвоту, учатившуюся в течение последних 2 недель. Наиболее вероятным диагнозом является: a) Стеноз гастроеюноанастомоза b) Обострение хронического гастрита культи желудка c) Водно-электролитные нарушения d) Тонкокишечная непроходимость
	11.	Что требуется для быстрой постановки диагноза у пациента, который перенес желудочное шунтирование по Ру 2 года назад и в настоящее время госпитализирован в экстренном порядке с жалобами на боли, рвоту и вздутие живота? a) Лабораторный контроль, обзорный снимок брюшной полости, КТ органов брюшной полости b) Лабораторный контроль, обзорный снимок брюшной полости c) Лабораторный контроль, обзорный снимок брюшной полости, УЗИ брюшной полости d) Лабораторный контроль, контроль пассажа водорастворимого контраста по кишечнику

	12.	Какие из ниже представленных утверждений наилучшим образом описывают клиническую симптоматику кишечной непроходимости после желудочного шунтирования по Ру в сравнении с a) Абдоминальный дискомфорт b) Ранняя рвота, боли в животе, отсутствие кишечных уровней по результатам обзорного снимка брюшной полости c) Боли в животе, рвота и отсутствие стула и газов d) Отсутствие стула и газов, кишечные уровни по результатам обзорного снимка брюшной полости
	13.	Какой диагноз следует исключить у пациента после выполненного 3 года назад 15 желудочного шунтирования, которого на момент осмотра беспокоят боли в животе, а по результатам рентгенологического исследования обнаружен свободный газ в брюшной полости? a) Ущемленная внутренняя грыжа b) Несостоятельность линии аппаратного шва c) Перфорация язвы анастомоза d) Острый некротический панкреатит
	14.	Какие симптомы, имеющиеся у пациента после бариатрической операции, требуют исключения абдоминального сепсиса ввиду несостоятельности линии аппаратного шва или перфорации? a) Повышенное чувство голода b) Тахикардия, одышка, боль в левом плече c) Затруднение дыхания, хрипы и продуктивный кашель d) Лихорадка
	15.	Инфекция подкожного порта регулируемого бандажа желудка: a) Лечится назначением антибиотиков широкого спектра b) Возникает вследствие манипуляций с подкожным портом и лечится местно c) Требуется удаления бандажа d) Требуется исключения инфекционного перикардита, как причины инфицирования, с последующей антибиотикотерапией
	16.	Какие утверждения, касающиеся 5-го дня после установки регулируемого бандажа желудка, ВЕРНЫ? a) Регулируемое бандажирование желудка характеризуется наименьшим числом осложнений, учитывая отсутствие анастомоза и риска несостоятельности b) Диагностика и лечение пневмонии в послеоперационном периоде должны осуществляться так же, как при внебольничной пневмонии c) Во время формирования ретрогастрального туннеля, возможно ятрогенное повреждение стенки желудка, ее перфорация, которая может не быть диагностирована за время госпитализации d) При эрозии стенки желудка и дислокации регулируемого бандажа в его просвет, бандаж не следует удалять, поскольку он герметизирует перфорацию стенки желудка
	17.	Что может наиболее достоверно свидетельствовать о возникновении проскальзывания бандажа при

		рентгеноскопии? a) Смещение от центра и дилатация «маленького желудочка». Угол ϕ равен 30° b) Горизонтальное расположение бандажа, каскадный желудок c) Бандаж может быть смещен от центра, располагаться горизонтально, угол ϕ равен 0°, «маленький желудочек» дилатирован d) Смещение бандажа от горизонтальной оси, ускоренное опорожнение «маленького желудочка»
	18.	Лабораторные обследования пациента в раннем периоде после бариатрической б операции, поступившего в экстренном порядке с болями в животе и дисфагией, могут демонстрировать: a) Выраженный дефицит витаминов и микроэлементов b) Повышение креатинфосфокиназы, тропонина c) Повышение уровня мочевой кислоты d) Повышение СРБ, альфа-амилазы, лейкоцитов
	19.	Пациент после перенесенного 2 года назад билиопанкреатического шунтирования с исключением двенадцатиперстной кишки экстренно госпитализирован в стационар ввиду рвоты и схваткообразных болей в животе в течение последних 6 часов. ИМТ на 4 момент осмотра равен 26 кг/м При объективном осмотре перитонеальные симптомы отрицательные, отмечается вздутие живота. Какое состояние необходимо исключить в первую очередь? a) Язва дуоденоилеоанастомоза b) Стеноз дуодено-илеоанастомоза c) Кишечную непроходимость ввиду внутренней грыжи d) Погрешности в диете
	20.	Пациент после продольной резекции желудка, выполненной 10 дней назад, экстренно госпитализирован в стационар ввиду дисфагии и болей в верхних отделах живота. При объективном осмотре живот пальпаторно болезненен в верхних отделах, перитонеальные симптомы не вызываются, АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин., гипертермия. Какое состояние необходимо исключить в первую очередь? a) Несостоятельность линии аппаратного шва b) Непроходимость энтероэнтероанастомоза c) Попадание инородного тела (например, недостаточно прожеванной пищи) d) Рефлюкс-эзофагит
		Задания открытого типа
	1.	Пациент с морбидным ожирением, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа перенес 10 дней назад билиопанкреатическое шунтирование в модификации Scopinaro. Госпитализирован в экстренном порядке ввиду выраженной тошноты. АД 90/50 мм рт.ст., ЧСС 105 уд/мин, анурия в течение 6 часов. При катетеризации мочевого пузыря получено 50 мл мочи. Пациента не беспокоят боли в животе, не лихорадит, питание per os переносит хорошо. Чем объяснить ухудшение состояния пациента?
	2.	В какие сроки наиболее часто беспокоит рвота после установки внутрижелудочного баллона?

	3.	Опишите особенности метаболизма алкоголя у бариатрических пациентов
	4.	К Вам в экстренном порядке поступил пациент после желудочного шунтирования по Ру, который предъявляет жалобы на двустороннее онемение ног. Что требуется исключить?
	5.	Какое обследование необходимо для диагностики ТЭЛА у пациента после бариатрической операции с низкой вероятностью венозных тромбоэмболических осложнений?
	6.	Пациент с наличием синдрома обструктивного апноэ сна имеет более высокий риск следующих осложнений, каких?
	7.	Когда показано повторное хирургическое вмешательство после бариатрической операции с мальабсорбтивным компонентом? * Имеются выраженные проявления мальнутриции Пациент не доволен косметическим результатом первой операции Отмечены первые признаки набора веса Пациент считает снижение веса слишком медленным
	8.	Тактика при литиазе внепеченочных желчных путей после шунтирующей бариатрической операции?
	9.	Что является основным в терапии пациента с признаками мальнутриции и тяжелой диареи?
	10.	С чем может быть связана диарея после бариатрической операции?
	11.	С чем связано нарушение проходимости желудочного стебля после продольной резекции желудка?
	12.	Пациент после желудочного шунтирования по Ру, выполненного 1 год назад, экстренно госпитализирован в стационар с внезапно возникшей дисфагией, гиперсаливацией после плотного приема пищи. При объективном осмотре перитонеальные симптомы отрицательные, АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 90 уд/мин. Какое состояние необходимо исключить в первую очередь?
	13.	После какой операции чаще возникает гастроэзофагеальный рефлюкс:
	14.	Какие состояния развиваются вследствие дефицита витамина В12, витамина В1, меди?
	15.	К Вам в экстренном порядке поступил пациент после желудочного шунтирования по Ру, который предъявляет жалобы на двустороннее онемение ног. Что требуется исключить?
	16.	Какая витаминная или микроэлементная недостаточность может развиться менее чем за 3 недели, вызвав неврологическую симптоматику?
	17.	24-летняя пациентка, перенесшая продольную резекцию желудка 3 месяца назад, хочет забеременеть. Есть ли противопоказания?
	18.	В какие сроки развивается рвота после установки внутрижелудочного баллона?
	19.	Печеночная недостаточность после бариатрической операции может означать?
	20.	В связи с чем бариатрические пациенты имеют высокий риск холелитиаза?
ОПК-4, УК-7,		Задания закрытого типа

ПК-2	1.	Максимальная емкость остающейся части желудка после продольной резекции не должна превышать а) 50 мл б) 100 мл в) 200 мл г) 300 мл д) 500 мл
	2.	Какой вид рефлюкса наиболее характерен для пациентов с ГЭРБ и ожирением: а) кислый б) щелочной в) смешанный
	3.	Каким образом наличие неалкогольной жировой болезни печени влияет на кардиометаболические риски: а) понижает б) повышает в) не влияет
	4.	Поражение поджелудочной железы при метаболическом синдроме называется: а) хронический панкреатит б) стеатоз поджелудочной железы в) рак поджелудочной железы
	5.	Гастроэнтерологическим кластером метаболического синдрома является: а) неалкогольная жировая болезнь печени б) неспецифический язвенный колит в) язвенная болезнь
	6.	Основным признаком метаболического синдрома является: а) абдоминальное ожирение б) артериальная гипертензия в) неалкогольная жировая болезнь печени
	7.	Какой из нижеизложенных пунктов нельзя считать противопоказанием к бариатрической операции: а) отсутствие попыток комплексного консервативного лечения ожирения до операции б) отсутствие дисциплины и возможности участия в длительном послеоперационном наблюдении в) сахарный диабет 1 типа г) неспецифический язвенный колит

	8.	Какой процент операционной летальности в соответствии с мировой статистикой встречается при бариатрических операциях: a) 0,1% b) 1% c) 1,1% d) 11%
	9.	Какая бариатрическая операция приводит к наибольшему снижению массы тела и самой высокой частоте ремиссии СД2: a) бандажирование желудка b) продольная резекция желудка c) гастрощунтирование d) билиопанкреотическое шунтирование
	10.	Показаниями к бариатрической хирургии являются: a) ИМТ > 30 кг/м ² , при наличии тяжелых заболеваний, ассоциированных с ожирением b) ИМТ > 35 кг/м ² , при наличии тяжелых заболеваний, ассоциированных с ожирением c) ИМТ > 35 кг/м ² , при наличии тяжелых заболеваний, ассоциированных с ожирением и ИМТ > 40 кг/м ² , независимо от наличия сопутствующих заболеваний ИМТ > 40 кг/м ² независимо от наличия сопутствующих заболеваний
	11.	Под морбидным ожирением в соответствии с определением ВОЗ понимают: a) ИМТ > 30 кг/м ² , сопровождающийся клинической симптоматикой b) ИМТ > 35 кг/м ² c) ИМТ > 40 кг/м ² d) ИМТ > 45 кг/м ²
	12.	При лечении ожирения применяют препараты a. антибактериальные b. анорексигенные c. глюкокортикостероиды d. цитостатики
	13.	Диета с потреблением малого количества углеводов и большого количества жиров носит название a) диета Миллера b) диета Барри Сeara

	c) диета Орниша d) диета Аткинса
14.	Как рассчитывается индекс массы тела (индекс Кетле)? a) масса тела (кг)/рост (м²) b) масса тела (кг)/рост (м) c) рост (м)/масса тела (кг) d) масса тела (кг²)/рост (м)
15.	Риск летального исхода при проведении вертикальной гастропластики, бандажирования желудка и шунтирования желудка по Ру составляет a) 5% b) 10% c) менее 1% d) 2-5%
16.	Нарушение герметичности системы бандажа клинически проявляется a) отеком, гиперемией в области регулировочного порта b) болями в животе c) гипертермией d) бессимптомным увеличением массы тела e) рвотой после приема пищи
17.	Первую регулировку бандажа выполняют a) во время операции b) через сутки после операции c) через неделю после операции d) через месяц после операции e) через два месяца после операции
18.	Регулировочный порт бандажа имплантируется a) под кожу b) на апоневроз c) во влагалище прямой мышцы живота d) предбрюшинно e) интраперитонеально

19.	Объем желудка над бандажом должен быть не более a) 10 мл b) 20 мл c) 30 мл d) 40 мл e) 50 мл
20.	Отметьте основные типы бариатрических операций a) рестриктивные b) комбинированные, рестриктивно-мальабсорбтивные c) реконструктивные d) восстановительные
	Задания открытого типа
1.	Укажите операцию, при которой резекция желудка производится в продольном направлении с удалением его большей кривизны и сохранением привратника, а подвздошная кишка анастомозируется с начальным отделом двенадцатиперстной кишки в 3-4 см ниже привратника
2.	Операция Santoro включает
3.	Перечислите механизмы действия операции инвагинационной гастропластики
4.	Перечислите механизмы действия операции продольной резекции желудка
5.	Перечислите механизмы действия операции минигастрошунтирования
6.	Перечислите механизмы действия операции билиопанкреатического шунтирования
7.	Для какой операции характерно появление демпинг-синдрома в послеоперационном периоде
8.	Наиболее распространенная бариатрическая операция у пациентов с морбидным ожирением и СД 2 типа
9.	Грелин в основном синтезируется
10.	Длина шунтирующей тонкокишечной петли при операции Минигастрошунтирования составляет

	11.	Операция Rutledge является модификацией
	12.	Операция SADI включает
	13.	Расширение желудочного рукава клинически проявляется
	14.	В случае расширения желудочного «рукава» и восстановления веса показано
	15.	После продольной резекции желудка в отдаленном послеоперационном периоде наиболее часто наблюдается
	16.	После продольной резекции желудка наиболее вероятно развитие недостаточности витамина
	17.	Мобилизацию желудка по большой кривизне выполняют
	18.	Рекомендуемое расстояние от дистальной границы продольной резекции желудка до пилорического жома, проксимальной границы до пищевода?
	19.	Диаметр калибровочного желудочного зонда для продольной резекции желудка составляет
	20.	Показаниями для продольной резекции желудка являются
		Ситуационные задачи
	1.	Больной А. 58 лет, работает водителем на грузовом автомобиле, женат, двое детей (2 и 7 лет). Ожирение стало развиваться после армии, с 20 лет. Самостоятельно увеличивал физическую нагрузку, соблюдал низкокалорийные диеты, в том числе применял в течение 6 месяцев редуксин по 100 мг – все без эффекта. На настоящий момент вес составляет 180 кг, при росте 186 см. В течение 15 лет страдает артериальной гипертензией 2 ст, 2 ст, риск 2. В течение 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Другие хронические заболевания отрицает. Ранее операций не было. 1. Определите план предоперационного обследования. 2. Диагноз? 3. Тактика лечения?
	2.	Больная Н. 28 лет. Жалобы избыточную массу тела, отсутствие menses в течение 5 лет. Консультирована врачом акушер-гинекологом – поликистоз яичников, рекомендовано снижение массы тела. Самостоятельно увеличивала физическую нагрузку, соблюдала низкокалорийные диеты, в том числе применяла редуксин по 100 мг – все без эффекта. На настоящий момент вес составляет 140 кг (максимальный вес 145 кг 2 года назад на изнуряющих диетах), при росте 166 см. В течение 7 лет страдает артериальной гипертензией 2 ст, 2 ст, риск 2. Другие хронические заболевания отрицает. Из перенесенных операций – в возрасте 5 лет выполнена аппендэктомия по поводу острого аппендицита. 1. Определите план предоперационного обследования. 2. Диагноз?

		3. Тактика лечения?
	3.	Больная Н. 48 лет. Жалобы повторный набор массы тела в течение последнего года. Восемь лет тому назад пациентке выполнена операция лапароскопического регулируемого бандажирования желудка. После операции в течение 1,5 лет масса тела снизилась с 130 до 76 кг (рост 172 см). В настоящий момент пациентка потеряла связь с оперирующим ее хирургом. В настоящий момент вес составляет 92 кг. 1. Диагноз? 2. Тактика лечения?