



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » 04 2019 г.

## **ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры  
по специальности 31.08.70 Эндоскопия**

**Трудоемкость: 3 зе**

Санкт-Петербург  
2019 г.

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.70 Эндоскопия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.70 Эндоскопия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.70 Эндоскопия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## **2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

### ***Универсальные компетенции (УК):***

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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, 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 (УК-3).

### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- лечебная деятельность:
- готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### 3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые выносятся на итоговую государственную аттестацию.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную научную и учебную литературу. Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами консультации по вопросам включающие программу государственного экзамена. Содержание ответа ординатора на государственных экзаменах должен соответствовать требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.70. Эндоскопия. Ординатор должен продемонстрировать уровень формирования универсальных и профессиональных компетенции, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности. Материалы по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурированно и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов

##### **5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

1. Основные принципы медицинской обработки волоконных эндоскопов.
2. Методика диагностической ректоколоноскопии.
3. Бронхологическая диагностика диссеминированных заболеваний легких.
4. Лейкоплакии пищевода и их связь с раком.
5. Эндоскопическая диагностика острой язвы желудка.
6. Виды обезболивания при бронхоскопии.

7. Эндоскопическая диагностика хронической язвы желудка.
8. Эндоскопическая диагностика стенозирующего рака толстой кишки.
9. Осложнения при бронхоскопии, обусловленные применением местной анестезии.
10. Эндоскопические характеристики хронической язвы желудка и 12-ти перстной кишки в периоде обострения.
11. Эндоскопическая семиотика воспалительных изменений толстой кишки.
12. Перфорация шейного отдела пищевода- клиника, диагностика.
13. Дифференциальная диагностика рака пищевода.
14. Эрозии желудка и их эндоскопическая диагностика.
15. Санационная бронхоскопия. Показания, условия выполнения.
16. Рак кардии- особенности клиники и эндоскопической диагностики.
17. Эндоскопические критерии заживления хронической язвы желудка и 12-ти перстной кишки.
18. Методика ретроградной холангиопанкреатографии.
19. Показания к urgentной лапароскопии.
20. Дифференциальная диагностика болезни Крона толстой кишки.
21. Виды хромоэндоскопии.
22. Эзофагит- классификация, клиника, эндоскопическая диагностика.
23. Выраженный рак желудка и его эндоскопическая диагностика.
24. Физиологические сфинктеры толстой кишки и условные границы ее отделов.
25. Методика хромоэндоскопии с конго-рот.
26. Осложнения эндоскопической полипэктомии в толстой кишке.
27. Эндоскопическая диагностика периферического рака легкого.
28. Методика бронхоскопии с помощью волоконного бронхоскопа.
29. Эндоскопическая диагностика скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
30. Рак толстой кишки- классификация, клиника.
31. Признаки малигнизации хронической язвы желудка.
32. Показания и противопоказания к ригидной эзофагоскопии.
33. Осложнения фиброколоноскопии, их профилактика.
34. Особенности заживления острых и хронических язв желудка.
35. Международная классификация опухолей толстой кишки.
36. Виды эндобронхиальной биопсии под визуальным контролем.
37. Хронический гастрит как предраковое заболевание.
38. Рак пищевода- клиника и диагностика ранних форм.
39. Эндоскопическая оценка воспалительных изменений слизистой оболочки трахеи и бронхов.
40. Классификация гастритов.
41. Клинико- эндоскопические признаки пенетрации язвы желудка и 12-ти перстной кишки.
42. Подготовка больного к бронхоскопии.
43. Основные принципы организации неотложной эндоскопической помощи.
44. Эндоскопические критерии болезни Крана толстой кишки.
45. Особенности эндоскопической диагностики хронической язвы кардиального отдела желудка.
46. Особенности эндоскопического обследования больного после операции на желудке.
47. Эндоскопический симптомокомплекс, характерный для бронхиальной астмы.
48. Эндоскопическая диагностика опухолей 12-ти перстной кишки.
49. Показания и противопоказания к ректоколоноскопии.
50. Методики лечебной эндоскопии при хронической язве 12-ти перстной кишки.
51. Дифференциальная диагностика хронической язвы и язвенного рака желудка при эндоскопическом исследовании.
52. Осложнения неспецифического язвенного колита.
53. Методики трансbronхиальной биопсии и катетеризации под рентгенотелевизионным контролем.
54. Эндоскопические критерии хронической и острой язвы желудка.

55. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита и болезни Крона толстой кишки.
56. Осложнения ригидной бронхоскопии.
57. Опухоли большого дуоденального соска- диагностика, дифференциальная диагностика.
58. Эзофагогастродуоденоскопия по экстренным показаниям.
59. Методика удаления доброкачественных опухолей желудка через эндоскоп.
60. Хронический гастрит как предраковое заболевание.
61. Рак прямой кишки- диагностика, дифференциальная диагностика.
62. Эндоскопический симптомокомплекс, наиболее часто встречающийся при бронхоэктатической болезни.
63. Организация эндоскопического отделения городской больницы.
64. Эндоскопическая диагностика рубцово- язвенного стеноза привратника.
65. Эндоскопический симптомокомплекс хронического бронхита.
66. Основные директивные документы определяющие деятельность мед учреждений по специальности « эндоскопия».
67. Методика эзофагоскопии, выполняемой с помощью волоконно- оптического аппарата.
68. Бронхологическая диагностика центрального рака легкого.
69. Оснащение и организация работы кабинета для ректоколоноскопии.
70. Тактика врача- эндоскописта при фиксированном в пищеводе инородного тела.
71. Бронхологическая диагностика периферического рака легкого.
72. Виды и техника биопсии, применяемые в желудочно- кишечной эндоскопии.
73. Предраковые заболевания желудка.
74. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита.
75. «Недостаточность» кардии.
76. Осложненный рак толстой кишки.
77. Хромозофагагастроскопия- показания, методика.
78. Классификация ранних форм рака желудка.
79. Эндоскопическая диагностика ишемического колита.
80. Эндоскопическая диагностика острой затяжной пневмонии.
81. История развития желудочно- кишечной эндоскопии.
82. Эндоскопическая диагностика доброкачественных опухолей желудка.
83. Осложнения бронхоскопии, меры их профилактики.
84. Эндоскопическая диагностика хронической язвы 12-ти перстной кишки.
85. Показания к экстренной лапароскопии.
86. Техника эндоскопической полипэктомии в толстой кишке.
87. Подготовка больного к лапароскопии.
88. Хронический гастрит- классификация, эндоскопическая характеристика.
89. Признаки малигнизации полипа.
90. Показания и противопоказания к бронхоскопии.
91. Техника извлечения инородных тел пищевода при эндоскопическом исследовании.
92. Ранние формы рака желудка.
93. Основы организации эндоскопической помощи населению.
94. Дивертикулы пищевода.
95. Осложнения эндоскопической полипэктомии в толстой кишке и меры их профилактики.
96. Оснащение и организация работы бронхологического кабинета.
97. Методика дуоденоскопии.
98. Эндоскопическая диагностика полипов толстой кишки.
99. Оснащение и организация работы эндоскопической операционной.
100. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных изъязвлений желудка при эндоскопическом исследовании.
101. Лечебная эндоскопия при кровотечении из варикозно- расширенных вен пищевода.
102. Безоары желудка.
103. Диффузный полипоз толстой кишки.
104. Осложнения ретроградной холангиопанкреатографии.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У больного 45 лет множественный полипоз желудка аденоматозного характера.  
Тактика эндоскописта:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Субтотальная резекция желудка
- 3 - Эндоскопическое удаление полипов в несколько этапов
- 4 - Лапоротомия, гастротомия и иссечение полипов

2. У больного 47 лет при фиброгастроскопии обнаружен дольчатый полип 2 см в диаметре на длинной ножке, при гистологическом исследовании одного из биоптатов - аденокарцинома. Тактика эндоскописта:

- 1 - Субтотальная резекция желудка
- 2 - Лапоротомия, гастротомия, иссечение полипа
- 3 - Направить к онкологу
- 4 - Эндоскопическая полипэктомия, наблюдение

3. У больного 70 лет после удаления аденом. полипа на ножке, располагавшегося в антральном отделе желудка, при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в верхушке полипа. Тактика эндоскописта:

- 1 - Направить для оперативного лечения
- 2 - Наблюдение
- 3 - Диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Иссечение ложа полипа

4. У больного 80 лет после эндоскопического удаления полипа на широком основании 2 см. в диаметре при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в полипе без инвазии подслизистого слоя. Тактика эндоскописта:

- 1 - Направить на хирургическое лечение
- 2 - Наблюдение
- 3 - Повторная диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Иссечение

5. У больного 55 лет после электроэксцизии полипа на короткой широкой ножке гистологически обнаружен очаг рака с инвазией в ножку полипа. Тактика:

- 1 - Направить к хирургу-онкологу для хирургического лечения
- 2 - Наблюдение с выполнением биопсии
- 3 - Диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Лазерокоагуляция через эндоскоп

6. У больного после эндоскопической полипэктомии через 7 месяцев возник рецидив полипа. Гистология: аденокарцинома. Тактика:

- 1 - Эндоскопическая электроэксцизия
- 2 - Наблюдение с повторной биопсией
- 3 - Направить к хирургу для оперативного лечения
- 4 - Удаление биопсийными щипцами

7. У больного множественный полипоз желудка, гистологически при биопсии из крупного полипа /2,5 см/ в теле желудка: аденома. Тактика:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Электроэксцизия одного крупного полипа
- 4 - Поэтапная эндоскопическая полипэктомия

8. У больного 60 лет при гастропаноскопии обнаружен изъязвленный полип 1 см в диаметре на ножке с выраженным артериальным кровотечением. Тактика:

- 1 - Вызвать хирурга для оперативного лечения
- 2 - Электрокоагуляция через эндоскоп
- 3 - Эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Орошение аминокaproновой кислотой

9. У больного диффузный полипоз желудка, гистологическое заключение после биопсии лимфоидный полип. Тактика:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Многоэтапная эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Диатермокоагуляция

10. У больного 65 лет обнаружен ворсинчатый полип 3,5 см в диаметре антрального отдела желудка с обтурацией привратника, что сопровождается рвотой. Тактика:

- 1 - Эндоскопическое удаление полипа по частям
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Гастроэнтероанастомоз
- 4 - Электрокоагуляция

11. У больного 70 лет шаровидный полип 2 см в диаметре в препилорическом отделе желудка, обтурирующий периодически привратник, приводящий к нарушению эвакуации из желудка, рвоте. Ваша тактика:

- 1 - Резекция желудка
- 2 - Эндоскопическая полипэктомия
- 3 - Операция - наложение переднего гастроэнтероанастомоза
- 4 - Удаление биопсийными щипцами

12. У больного 75 лет ворсинчатый полип на широком основании 3 см в диаметре; гистология - аденоматозный пролиферирующий полип. Выполнена эндоскопическая полипэктомия, гистология удаленного полипа: очаг рака/аденокарцинома/ в основа

- 1 - Электрокоагуляция ложа удаленного полипа
- 2 - Наблюдение
- 3 - Резекция желудка
- 4 - Иссечение ложа полипа

13. У больного 40 лет рецидив полипа в антральном отделе желудка размерами 1 см. в диаметре на широком основании, гистологическое исследование биоптата: Аденома. Ваша тактика:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Эндоскопическое удаление



- 3 - Операция
- 4 - Электрокоагуляция

14. При обследовании больного, оперированного на желудке, для врача-эндоскописта до исследования важно знать:

- 1 - Сроки перенесенной ранее операции
- 2 - Объем операции
- 3 - Перенесенные послеоперационные осложнения
- 4 - Результаты гистологического изучения удаленного препарата

15. В культе желудка по малой кривизне обнаружена грубая продольная складка слизистой. Наиболее вероятно, что это:

- 1 - Полип культи желудка
- 2 - Опухоль культи желудка
- 3 - Инородное тело в стенке культи
- 4 - Дубликатура малой кривизны, сформированная во время операции

16. В позднем послеоперационном периоде после резекции желудка по поводу язвенной болезни развивается перестройка слизистой культи желудка по типу:

- 1 - Гипертрофии
- 2 - Диффузной атрофии
- 3 - Очаговой дисплазии
- 4 - Гиперплазии

17. При пальцевом исследовании обнаружен рак средне-пмпулярного отдела прямой кишки. Следующим диагностическим приемом должен быть:

- 1 - Колоноскопия с биопсией
- 2 - Ректороманоскопия
- 3 - Ирригоскопия
- 4 - Исследование кала на скрытую кровь

18. Как Вы будите удалять крупный полип на длинной ножке, если петлю не провести через его крупную головку?

- 1 - По частям
- 2 - Показана только хирургическая операция
- 3 - Накинуть петлю на дубликатуру ножки
- 4 - Инъецировать в головку спирт для некроза

19. У больного 70 лет, с наличием гипертонической болезни 3 ст. при фиброгастроскопии обнаружена ворсинчатая аденома 3,5 см в диаметре. Тактика эндоскописта:

- 1 - Резекция желудка
- 2 - Наблюдение
- 3 - Эндоскопическая электроэксцизия полипа по частям
- 4 - Одномоментная полипэктомия

20. у больного 55 лет БСДК увеличен в размерах, слизистая его гладкая, просвет его широко зияет, виден налет фибрина, окрашенного желчью у устья сосочка - характерна для:

- 1 - Холедохолитиаза

- 2 - Рака БСДК
- 3 - Стеноза БСДК
- 4 - Доброкачественной аденомы БСДК

21. Больной 50 лет, показано РХПГ с применением селективной катетеризации, что чаще контрастируются:

- 1 - Желчные протоки
- 2 - Проток поджелудочной железы
- 3 - Оба притока (ГПП и холедох) одновременно
- 4 - Санторинев проток

22. ЭПСТ у больных с механической желтухой должна выполняться:

- 1 - Сразу после поступления больных в стационар
- 2 - После минимального клинического обследования
- 3 - После ультразвукового исследования брюшной полости
- 4 - Только после контрастного исследования желчных путей

23. Пациент 60 лет, после эндоскопического удаления полипа на длинной ножке возникло струйное кровотече. Тактика:

- 1 - Склерозирующая терапия
- 2 - Электрокоагуляция точечным электродом или щипцами для горячей биопсии
- 3 - Орошение 0,5% р-ром азотнокислого серебра
- 4 - Лапаротомия, гастротомия, прошивание сосуда

24. Пациенту при ФГДС выполнено биопсия, при гистологическом исследовании биоптата полипа 2,5 см в диаметре обнаружен фиброзный полип. Тактика:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Эндоскопическая полипэктомия
- 3 - Лапаротомия, гастротомия, иссечение полипа
- 4 - Механическое срезание

25. Пациенту 50 лет, выполнено ФКС, при котором диагностирован НЯК. Какое из осложнений НЯК требует неотложного хирургического лечения?

- 1 - Токсическая дилатация толстой кишки
- 2 - Кровотечение
- 3 - Перфорация
- 4 - Выраженная интоксикация

26. Пациенту 45 лет, при ФГДС в культе желудка по малой кривизне обнаружена грубая продольная складка слизистой. Наиболее вероятно, что это:

- 1 - Полип культи желудка
- 2 - Опухоль культи желудка
- 3 - Инородное тело в стенке культи
- 4 - Дубликатура малой кривизны, сформированная во время операции

27. У больного 70 лет при гастрофиброскопии обнаружен изъязвленный полип 1,5 см в диаметре на ножке с выраженным артериальным кровотечением. Тактика:

- 1 - Вызвать хирурга для оперативного лечения
- 2 - Электрокоагуляция через эндоскоп
- 3 - Эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Орошение аминокaproновой кислотой

28. Пациент 60 лет, показано ФКС, что осложняет проведение колоноскопии при различных вариантах мегаколон?

- 1 - Дилатация и гипотония кишки
- 2 - Удлинение толстой кишки
- 3 - Выраженные изгибы
- 4 - Фиксация спайками

29. Пациент 50 лет, на ФГДС обнаружен крупный полип на длинной ножке. Как Вы будете удалять крупный полип на длинной ножке, если петлю не провести через его крупную головку?

- 1 - По частям
- 2 - Показана только хирургическая операция
- 3 - Накинуть петлю на дубликатуру ножки
- 4 - Инъецировать в головку спирт для некроза

30. Пациенту 50 лет при удалении полипа из толстой кишки возникло кровотечение. Какая тактика наиболее рациональна при кровотечении после полипэктомии из толстой кишки?

- 1 - Немедленная операция
- 2 - Консервативные мероприятия по гемостазу
- 3 - Попытки эндоскопического гемостаза
- 4 - Попытка эндоскопического гемостаза + консервативное лечение + динамическое наблюдение

31. Пациент 65 лет постоянный жалобы на черный стул, при пальцевом исследовании обнаружен рак средне-пмпулярного отдела прямой кишки. Следующим диагностическим приемом должен быть:

- 1 - Колоноскопия с биопсией
- 2 - Ректороманоскопия
- 3 - Ирригоскопия
- 4 - Исследование кала на скрытую кровь

32. У больного 70 лет, с наличием гипертонической болезни 3 ст. при фиброгастроскопии обнаружена ворсинчатая аденома 3,5 см в диаметре. Тактика эндоскописта:

- 1 - Резекция желудка
- 2 - Наблюдение
- 3 - Эндоскопическая электроэксцизия полипа по частям
- 4 - Одномоментная полипэктомия

33. У больного 70 диффузный полипоз желудка, гистологическое заключение после биопсии лимфоидный полип. Тактика:

- 1 - Наблюдение

- 2 - Резекция желудка
- 3 - Многоэтапная эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Диатермокоагуляция

34. У больного после эндоскопической полипэктомии через 7 месяцев возник рецидив гполипа. Гистология: аденокарцинома. Тактика:

- 1 - Эндоскопическая электроэксцизия
- 2 - Наблюдение с повторной биопсией
- 3 - Направить к хирургу для оперативного лечения

35. У больного множественный 48 лет полипоз желудка, гистологически при биопсии из крупного полипа /2,5 см/ в теле желудка: аденома. Тактика:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Электроэксцизия одного крупного полипа
- 4 - Поэтапная эндоскопическая полипэктомия
- 5 - Удаление биопсийными щипцами

36. Пациенту 48 лет при ФБС - Симптомы интоксикации при местной анестезии 2% р-ром лидокаина в случае передозировки или повышенной чувствительности к анестетику:

- 1. бледность кожных покровов
- 2. общая слабость и головокружение
- 3. брадикардия
- 4. все перечисленные симптомы

37. У больного 57 лет при гастродиброскопии обнаружен изъязвленный полип 1,5 см в диаметре на ножке с выраженным артериальным кровотечением. Тактика:

- 1 - Вызвать хирурга для оперативного лечения
- 2 - Электрокоагуляция через эндоскоп
- 3 - Эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Орошение аминокапроновой кислотой

38. У больного 80 лет после эндоскопического удаления полипа на широком основании 2см. в диаметре при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в полипе без инвазии подслизистого слоя. Тактика эндоскописта:

- 1 - Направить на хирургическое лечение
- 2 - Наблюдение
- 3 - Повторная диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Иссечение

39. У больного 78 лет множественный полипоз желудка, гистологически при биопсии из крупного полипа /2,5 см/ в теле желудка: аденома. Тактика:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Электроэксцизия одного крупного полипа
- 4 - Поэтапная эндоскопическая полипэктомия

40. У больного 59 лет после электроэксцизии полипа на короткой широкой

ножке гисто-логически обнаружен очаг рака с инвазией в ножку полипа.  
Тактика:

- 1 - Направить к хирургу-онкологу для хирургического лечения
- 2 - Наблюдение с выполнением биопсии
- 3 - Диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Лазерокоагуляция через эндоскоп

41. У больного 82 года после эндоскопической полипэктомии в желудке через 7 месяцев возник рецидив полипа. Гистология: аденокарцинома. Тактика:

- 1 - Эндоскопическая электроэксцизия
- 2 - Наблюдение с повторной биопсией
- 3 - Направить к хирургу для оперативного лечения
- 4 - резекция желудка

42. У больного 70 лет шаровидный полип 2 см в диаметре в препилорическом отделе желудка, обтурирующий периодически привратник, приводящий к нарушению эвакуации из желудка, рвоте. Ваша тактика:

- 1 - Резекция желудка
- 2 - Эндоскопическая полпэктомия
- 3 - Операция - наложение переднего гастроэнтероанастомоза
- 4 - Удаление биопсийными щипцами

43. Больному 50 лет, показано ЭПСТ, что необходимо делать:

- 1 - Рассекать только сам сосочек
- 2 - Выполнять разрез длиной 2-3 см.
- 3 - Выполнять разрез длиной 3-4 см.
- 4 - Рассекать всю продольную складку 12п. кишки

44. Пациент 60 лет, множественный полип в желудке, после эндоскопического удаления 1-го полипа на длинной ножке возникло струйное кровотечение. Тактика:

- 1 - Склерозирующая терапия
- 2 - Электрокоагуляция точечным электродом или щипцами для горячей биопсии
- 3 - Орошение 0,5% р-ром азотнокислого серебра
- 4 - Лапаротомия, гастротомия, прошивание сосуда

45. У больного 70 лет при гастрофиброскопии обнаружен изъязвленный полип 1,5 см в диаметре на ножке с выраженным артериальным кровотечением. Тактика:

- 1 - Вызвать хирурга для оперативного лечения
- 2 - Электрокоагуляция через эндоскоп
- 3 - Эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Орошение аминокaproновой кислотой

46. У больного 70 лет после эндоскопического удаления полипа на широком основании 1,5 см. в диаметре при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в полипе без инвазии подслизистого слоя. Тактика эндоскописта:

- 1 - Направить на хирургическое лечение

- 2 - Наблюдение
- 3 - Повторная диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Иссечение

47. У больного 58 лет диффузный полипоз желудка, гистологическое заключение после Биопсии лимфодный полип. Тактика врача эндоскописта:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Многоэтапная эндоскопическая полипэктомия
- 4 - Диатермокоагуляция

48. У больного 70 лет после удаления полипа на ножке, при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в верхушке полипа. Тактика эндоскописта:

- 1 - Направить для оперативного лечения
- 2 - Наблюдение
- 3 - Диатермокоагуляция ложа полипа
- 4 - Иссечение ложа полипа

49. Пациент 65 лет постоянный жалобы на черный стул, при пальцевом исследовании на высоте пальца чувствуются бугристые образования, следующим диагностическим приемом должен быть:

- 1 - Колоноскопия с биопсией
- 2 - Ректороманоскопия
- 3 - Ирригоскопия
- 4 - Исследование кала на скрытую кровь

50. У больного 48 лет полипоз желудка, гистологически при биопсии из крупного полипа /2,5 см/ в теле желудка: аденома. Тактика врача эндоскописта:

- 1 - Наблюдение
- 2 - Резекция желудка
- 3 - Электроэксцизия одного крупного полипа
- 4 - Поэтапная эндоскопическая полипэктомия
- 5 - Удаление биопсийными щипцами

### 5.3. Рекомендуемая литература

- Кровотечения портального генеза/ А.Е. Борисов и др. – СПб.: НИИ химии СПб ГУООП, 2001. – 128с.
- Эндоскопия пищеварительного тракта/ В.Е. Назаров и др. – М.: Триада-фарм, 2002.-176с.
- Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта: методические рекомендации/ Б.Х. Самедов и др. – СПб.: Компания «IPSEN». Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга. Военно-медицинская академия, 2006. – 178с.
- Ивашкин В.Т. Болезни пищевода/ В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. – М.: Триада, 2000. – 179с.
- Давыдов М.И. Рак пищевода/ М.И. Давыдов, И.С. Стилиди, М.: РОНУ, 2007. – 392с.

- Никифоров П.А. Осложнения диагностической и лечебной гастроинтестинальной эндоскопии./ П.А. Никифоров, М.А. Иванцова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. - №3. – С. 6-13.
- Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки / В.Н. Сотников и др. – М.: Экстрапринт, 2005. – 356с.
- Гастроинтестинальная эндоскопия в поликлинической практике/ А.Т. Арутюнов и др. – М.: ЗАО «Принт-Ателье», 2008. – 104с.
- А.А Будзинский. Ошибки, опасности и неудачи эндоскопических исследований. / А.А. Будзинский // Клиническая эндоскопия. – 2006. №3. – С.3-5.
- Л.Н. Иншаков. История развития эндоскопии в Санкт-Петербурге/ Л.Н. Иншаков, М.И. Кузьмин-Крутецкий, Г.Ф. Паламарчук // Клиническая эндоскопия. – 2005. - №1 – С.26-29.
- Эндоскопическая диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи / М.А. Русаков и др.// Клиническая эндоскопия. – 2006. – №2. – С. 26-35
- В.А. Герасин. Оценка воспалительных изменений бронхов у больных с бронхиальной астмой по данным бронхоскопии и диагностического бронхоальвеолярного лаважа / В.А. Герасин, Г.Ф. Паламарчук, А.П. Кизела // Болезни органов дыхания. – 2006. №1. – С. 24-33.
- Г.М. Манихас. Основы организации эндоскопического отделения в онкологическом диспансере. / Г.М. Манихас, Л.Н. Иншаков, Г.Ф. Паламарчук: - СПб.: Аграф, 2006. – 80с.
- Б.К. Поддубный. Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей./ Б.К. Поддубный, Н.В. Белоусова, Г.В. Унгладзе. – М.: Практическая медицина, 2006. – 256с.
- А.М. Шулутко. Эндоскопическая торакальная хирургия: руководство для врачей/ А.М. Шулутко, А.А. Овчинников, О.О. Ясногородский – М.: Медицина, 2006. – 560с.
- А.А. Овчинников. Диагностические и лечебные возможности современной бронхоскопии/ А.А. Овчинников// Русский мед. журнал. - №12. – С. 515-523.