Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра хирургии с курсами онкохирургии, эндоскопии, хирургической патологии, клинической трансплантологии и органного донорства

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.70 Эндоскопия

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1113 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.70 Эндоскопия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-эндоскопист».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.70 Эндоскопия составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.70 Эндоскопия выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.70 Эндоскопия, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-эндоскопист».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью 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);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

- готовностью 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:

- готовностью к применению эндоскопических методов диагностики и лечения (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

- готовностью 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:

- готовностью 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:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

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

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

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

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

1) в дне желудка;
2) в теле желудка;
3) в антральном отделе;
4) в 12-перстной кишке;
5) верно 1), 2) и 3).

2. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:

1) дисфагия;
2) регургитация;
3) рецидивирующие респираторные инфекции;
4) анорексия;
5) загрудинная боль.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.70 Эндоскопия.

Примеры контрольных вопросов:

1. Основные принципы медицинской обработки волоконных эндоскопов.

2. Методика диагностической ректоколоноскопии.

Примеры контрольных заданий:

1. Назовите методы остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Опишите способы забора материала для морфологической и цитологической диагностики при подозрении на центральный рак легкого.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

У больного 28 лет с жалобами на периодически возникающую изжогу при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка нижней трети пищевода белесоватая со стертым сосудистым рисунком и линейными участками красноватого цвета по вершинам складок. Кардия зияет, располагается на уровне ножек диафрагмы, миграция кардии в пределах 2 см. Во время рвотных движений отмечается незначительный пролапс неизмененной слизистой оболочки желудка в пищевод.

Задание 1: укажите один правильный ответ.

Эндоскопический диагноз:

А) рефлюкс-эзофагит, степень В;

Б) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени, рефлюкс-эзофагит в фазе ремиссии;

В) недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит в фазе ремиссии;

Г) недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит степень В;

Д) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени, рефлюкс-эзофагит степень В.

Задание 2: укажите все правильные ответы.

Оптимальные методы дополнительного обследования для уточнения диагноза:

А) УЗИ;

Б) рентгенография;

В) манометрия;

Г) pH-метрия;

Д) биопсия.

Задание 3: укажите один правильный ответ.

Оптимальная тактика:

А) соблюдение режима больного с аксиальной хиатальной грыжей;

Б) контрольное исследование при появлении изжоги;

В) консервативная антисекреторная терапия;

Г) оперативное лечение;

Д) эндоскопические методы коррекции зоны нижнего пищеводного сфинктера.

Ситуационная задача № 2.

У больного 42 лет с травматическим повреждением диафрагмы в анамнезе, с жалобами на периодические боли в левом подреберье, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 40 см от резцов, кардия не смыкается. При инверсионном осмотре определяется деформация свода желудка в виде дивертикулоподобного выпячивания до 3 см диаметром, слизистая оболочка в дивертикулоподобном выпячивании гиперемирована, отечна.

Задание 1: укажите один правильный ответ.

Ваш диагноз:

А) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени;

Б) дивертикул свода желудка;

В) дивертикулоподобная деформация свода желудка; Г) параэзофагеальная хиатальная грыжа;

Д) недостаточность кардии.

Задание 2: укажите один правильный ответ.

Оптимальная тактика ведения:

А) соблюдение режима больного с аксиальной хиатальной грыжей;

Б) соблюдение режима больного с аксиальной хиатальной грыжей и курс антисекретной терапии;

В) консервативная антисекреторная и противовоспалительная терапия;

Г) оперативное лечение;

Д) эндоскопические методы коррекции зоны нижнего пищеводного сфинктера.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

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

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Палевская С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 752 с. – ISBN 978-5-9704-5575-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455753.html

2. Федоров И. В. Эндоскопическая хирургия / Федоров И. В., Сигал Е. И., Славин Л. Е. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 544 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1114-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411148.html

3. Хрячков В. В. Эндоскопия. Базовый курс лекций: учебное пособие / Хрячков В. В., Федосов Ю. Н., Давыдов А. И. и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 160 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-2330-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423301.html

Дополнительная литература:

1. Разумовский А. Ю. Эндоскопическая хирургия в педиатрии / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-3622-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436226.html

2. Роговская С. И. Практическая кольпоскопия / Роговская С. И. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-3724-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437247.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.70 Эндоскопия

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Эндоскопия /40	**1. Острые изъязвления, развивающиеся после обширных операций, травм, шока, локализуются преимущественно:** 1) в дне желудка; 2) в теле желудка; 3) в антральном отделе; 4) в 12-перстной кишке; 5) верно 1), 2) и 3). **2. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:** 1) дисфагия; 2) регургитация; 3) рецидивирующие респираторные инфекции; 4) анорексия; 5) загрудинная боль. **3. Анатомической основой гастроэзофагеального сфинктера является:** 1) диафрагма; 2) диафрагмально-пищеводная связка; 3) угол Гисса; 4) кардия; 5) ни один из перечисленных выше. **4. Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме:** 1) боли в животе; 2) напряжения передней брюшной стенки; 3) усиленной перистальтики кишечника; 4) боли в надплечье; 5) рвоты. **5. О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:** 1) усиления боли; 2) ослабления боли; 3) иррадиации боли в спину; 4) болей по ночам; 5) изменения ритмичности болей. **6. Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой:** 1) язва 12-перстной кишки; 2) язва желудка; 3) скользящая диафрагмальная грыжа;

		4) параэзофагеальная грыжа; 5) гастрит. **7. Изменения слизистой при болезни Крона похожи**: 1) на язвенный колит; 2) на амебиаз; 3) на шигеллез; 4) на полипоз; 5) на брюшной тиф. **8. При долихоколон больные жалуются:** 1) на боль в спине; 2) на частый стул; 3) на быстрое насыщение; 4) на вздутие живота; 5) на запоры начиная с рождения. **9. Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки:** 1) дилатация ампулы прямой кишки; 2) разрыхленность слизистой прямой кишки; 3) сегментарный спазм сигмовидной кишки; 4) поверхностные изъязвления; 5) инфильтрация слизистой. **10. Эндоскопическая картина шигеллеза похожа:** 1) на амебиаз; 2) на сальмонеллез; 3) на гранулематозный колит; 4) на неспецифический язвенный колит; 5) на дивертикулит. **11. Для псевдомембранозного колита характерно:** 1) высокая температура; 2) боли в животе; 3) понос; 4) стафилококк в мазке кала; 5) наличие специфических изменений при гистологическом исследовании слизистой прямой кишки. **12. Дивертикулез толстой кишки чаще поражает:** 1) прямую кишку; 2) сигмовидную кишку; 3) нисходящую кишку; 4) поперечную ободочную кишку; 5) слепую кишку. **13. Частыми симптомами при дивертикулезе ободочной кишки являются все перечисленные, кроме:** 1) запора; 2) болей в животе; 3) метеоризма; 4) диареи; 5) отсутствия болезненности при пальпации живота. **14. В вашем распоряжении имеются бактерицидные антибиотики: пенициллин, ампиокс, цефалоридин, кефзол, канамицин, гентамицин и бактериостатические препараты - эритромицин,**

		олеапромицин, доксициклин, метациклин, левомицетин. Какие антибиотики Вы будете комбинировать с уверенностью, что не возникнет антагонизм: 1) бактерицидные с бактерицидными; 2) бактерицидные с бактериостатическими или бактериостатические с бактериостатическими; 3) в любом случае антагонизма не будет; 4) при любой комбинации будет антагонизм. **15. Показаниями к плановой эзофагогастродуоденоскопии** **являются все перечисленные, кроме:** 1) для установления диагноза; 2) для оценки эффективности лечения; 3) для установления локализации процесса; 4) для определения источников кровотечения; 5) для проведения лечебных и поеративных манипуляций. **16. Специальная подготовка к гастроскопии требуется у больных:** 1) с язвой желудка; 2) со стенозом привратника; 3) с хроническим гастритом; 4) с эрозивным гастритом; 5) с полипами желудка. **17. При обработке и стерилизации фиброэндоскопов могут применяться все перечисленное, кроме:** 1) автоклавирования; 2) промывания в проточной воде; 3) газовой стерилизации; 4) стерилизации формальдегидом; 5) обработке 70° спиртом. **18. Для определения границы между телом и антральным отделом желудка используется:** 1) конго красный; 2) бриллиантовая зелень; 3) китайская тушь; 4) метиленовая синь; 5) фенолфталеин. **19. Показаниями к проведению дооперационного определения** **маркировки границ антрального отдела желудка являются все перечисленные, кроме:** 1) язвенной болезни желудка; 2) рака тела желудка; 3) язвенной болезни 12-перстной кишки; 4) сочетанной формы язвенной болезни; 5) рецидивы язвы после операции на желудке. **20. Противопоказаниями к эндоскопическому проведению зонда в тонкую кишку служит все перечисленное, исключая:** 1) несостоятельность анастомозов с явлениями

		перитонита; 2) повреждение стенки полого органа с явлениями перитонита; 3) повреждение стенки полого органа с развитием гнойного плеврита; 4) у больных после повторной лапаротомии по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза; 5) при тяжелом состоянии и абсолютной бесперспективности лечения больного, обусловленных основным заболеванием. **21. В отношении эндоскопического исследования толстой кишки правильно все перечисленное, кроме:** 1) колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки; 2) колоноскопия является самостоятельным методом исследования; 3) колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки; 4) колоноскопия выполняется после проведения ирригоскопии; 5) колоноскопия выполняется после проведения ректороманоскопии. **22. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен:** 1) при неспецифическом язвенном колите; 2) при болезни Крона; 3) при диффузном полипозе толстой кишки; 4) при неустановленном источнике кишечного кровотечения; 5) при всех перечисленных заболеваниях. **23. Показаниями к ургентной колоноскопии являются:** 1) толстокишечная непроходимость; 2) кишечное кровотечение; 3) подозрение на перфорацию толстой кишки; 4) дивертикулез толстой кишки с явлениями периколита; 5) правильно 1) и 2). **24. При экстренном обследовании больных с толстокишечным кровотечением могут быть использованы все перечисленные методы, кроме:** 1) ректороманоскопии; 2) ирригоскопии; 3) селективной ангиографии; 4) диагностической колоноскопии; 5) интраоперационной колоноскопии. **25. Показаниями к выполнению селективной эндоскопической контрастографии являются все перечисленные, за исключением:** 1) выяснения природы сужения толстой кишки; 2) уточнения протяженности сужения; 3) изучения тонко-толстокишечных анастомозов;

		4) уточнения характера ранее выполненной операции на толстой кишке; 5) фистулографии. **26. Форму треугольника с закругленными углами и слегка выпуклыми сторонами имеет:** 1) слепая кишка; 2) восходящая кишка; 3) поперечно-ободочная кишка; 4) нисходящая кишка; 5) сигмовидная кишка. **27. При бронхоскопии возможно диагностировать:** 1) бронхоэктатическую болезнь; 2) интерстициальную пневмонию; 3) неосложненную кисту легкого; 4) центральный рак легкого; 5) недренирующийся абсцесс легкого. **28. Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофиброскопии является:** 1) отек слизистой оболочки бронха; 2) гнойный секрет в устье бронха; 3) гемангиома; 4) центральный рак легкого; 5) инородное тело бронха. **29. Ургентная лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением:** 1) мезентериального тромбоза; 2) субкапсулярных гематом печени; 3) острого панкреатита; 4) острого холецистита; 5) механической желтухи. **30. Для наложения пневмоперитонеума пункционная игла в брюшную полость может быть проведена через:** 1) над лобком по белой линии живота; 2) в правой подвздошной области; 3) в левой подвздошной области; 4) ниже пупка по белой линии живота; 5) выше пупка по белой линии живота. **31. При подозрении на прикрытую перфорацию желудка при лапароскопии следует применить все перечисленное, за исключением:** 1) ввести в желудок больного воздух; 2) дать выпить метиленовый синий; 3) приподнять край печени, сместить большой и малый сальники; 4) совершить скользящее движение пальпатором от кардии к привратнику, прижимая его к передней стенки желудка; 5) выполнять выше перечисленные манипуляции нельзя. **32. Критерием глубины погружения иглы в просвет желчного пузыря при его пунктировании через печень является:**

		1) деления на пункционной игле; 2) расстояние, равное диаметру желчного пузыря; 3) расстояние, равное половине диаметра желчного пузыря; 4) толщина края печени над желчным пузырем; 5) расстояние от дна желчного пузыря до париетальной брюшины брюшной стенки. **33. Для торакоцентеза типичная точка расположена:** 1) в VIII межреберье по заднеподмышечной линии; 2) во II межреберье по среднеключичной линии; 3) в IV межреберье кпереди от среднеподмышечной линии; 4) в IX межреберье по лопаточной линии; 5) в VI межреберье по переднеподмышечной линии. **34. Для выполнения медиастиноскопии существуют:** 1) один анатомический ориентир; 2) два анатомических ориентира; 3) три анатомических ориентира; 4) четыре анатомических ориентира; 5) пять анатомических ориентиров. **35. При операционной холедохоскопии возможно все перечисленное, за исключением:** 1) перфорации стенки интрамуральной части холедоха; 2) взятия биопсии из слизистой желчного пузыря; 3) взятия биопсии из слизистой внутрипеченочных желчных протоков; 4) выявления стриктуры желчных протоков; 5) выполнения эксцизии полипов желчных протоков. **36. При гистероскопии могут быть выполнены все следующие манипуляции, исключая:** 1) удаление полипов и подслизистых опухолей; 2) пересечение перегородок и синехий в полости матки; 3) бужирование маточных труб; 4) электрокоагуляцию эндометриоидных ходов; 5) удаление субсерозных маточных узлов. **37. Эндоскопическими критериями эзофагита являются все перечисленные, исключая:** 1) гиперемию слизистой оболочки пищевода; 2) эрозии и язвы; 3) лейкоплакии; 4) полипы; 5) утолщение складок слизистой оболочки пищевода. **38. Клинические проявления язв пилорического канала включают все перечисленное, за исключением:** 1) локализации болей в правом участке эпигастрия; 2) отсутствия сезонности болевого синдрома; 3) интенсивные боли; 4) иррадиации боли в поясничную область; 5) ночные боли. **39. Противопоказаниями к эндоскопическому способу остановки кровотечения из верхних отделов**

		желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме: 1) агонального состояния больного; 2) невозможности увидеть источник кровотечения (деформация, стеноз); 3) массивного поступления крови, заливающей источник кровотечения и смотровое окно эндоскопа; 4) кровотечения из злокачественной опухоли; 5) рецидивного кровотечения из дна глубокой язвы 12-перстной кишки. **40. Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме:** 1) всех случаев проглатывания остроконечных предметов; 2) застревания инородных тел в области физиологических сужений пищевода; 3) инородных тел более 1.5-2 см; 4) инородных тел округлой формы диаметром 1-1.5 см; 5) отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского

		персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится все, кроме** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его

	/5	соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации; 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза) 3) витаминизация основных и дополнительных пайков 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с диверсионной целью **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают** 1) оперативную обстановку 2) время года 3) наличие пригодной для использования воды 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки 5) все верно **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф** 1) природных 2) техногенных 3) антропогенных 4) социальных **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются** 1) таблетки Пантоцид 2) таблетки Аквасепт 3) таблетки Рапосепт **5. Способы хлорирования воды** 1) хлорирование нормальными дозами 2) гиперхлорирование 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются** 1) рост бактерий в организме человека или животных 2) рост на синтетических средах 3) культивирование при низких температурах 4) рост на средах, содержащих количество углеводов **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют** 1) метод диффузии в агар с применением дисков 2) метод серийных разведений в жидкой питательной

		среде 3) метод серийных разведений в плотной питательной среде 4) ускоренный метод с кровью 5) ускоренный метод с ТТХ **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии** 1) ветвящиеся тонкие нити 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом 4) грамотрицательные диплококки 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме** 1) Streptococcus гр. А 2) Klebsiella 3) St. Pneumoniae 4) Acinetobacter **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге холеры, кроме** 1) интерферон 2) тетрациклин 3) эритромицин 4) доксициклин 5) левомицетин
6.	Фтизиатрия /20	**1. Что является наиболее важным в постановке диагноза туберкулеза у взрослых:** 1) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза; 2) биохимический анализ крови; 3) проба Манту; 4) общий анализ крови и мочи; 5) перкуссия и аускультация грудной клетки. **2. В диагностике очагового туберкулеза ведущее значение имеет:** 1) анамнез; 2) данные объективного обследования; 3) лабораторные данные; 4) рентгенологическое исследование; 5) туберкулиновая проба Коха. **3. Что является характерной морфологической особенностью при инфильтративном туберкулезе легких:** 1) экссудат в легочной ткани; 2) очаги разной интенсивности; 3) перифокальное воспаление вокруг центрально расположенного очага; 4) продуктивное воспаление; 5) фиброз, склероз. **4. Какой неблагоприятный исход инфильтративного туберкулеза легких:** 1) трансформация в очаговый туберкулез;

		2) трансформация в кавернозный туберкулез; 3) трансформация в фиброзно-кавернозный туберкулез; 4) трансформация в цирротический туберкулез; 5) трансформация в туберкулему. **5. Больному установлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада МБТ+. Выберите для него категорию лечения:** 1) основными препаратами по 1 категории; 2) основными препаратами по 2 категории; 3) основными препаратами по 3 категории; 4) основными препаратами по 4 категории; 5) резервными препаратами. **6. Каково основное морфологическое отличие казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза легких:** 1) склонность к бронхогенной диссеминации; 2) поражение крупных бронхов; 3) значительное преобладание казеозного некроза; 4) большой объем поражения; 5) продуктивный тип воспаления. **7. Укажите основной путь распространения инфекции из каверны, приводящий к прогрессированию туберкулеза:** 1) лимфогенный; 2) гематогенный; 3) контактный; 4) бронхогенный; 5) смешанный. **8. Очаги бронхогенного засева характеризуются расположением:** 1) в нижних отделах легких с распадом; 2) в вышележащих отделах легких с распадом; 3) латерально от распада; 4) медиально от распада; 5) центрально от распада. **9. Фаза распада - это:** 1) расплавление очага с прорывом в бронх; 2) расплавление очага с прорывом в каверну; 3) расплавление очага с прорывом в плевру; 4) расплавление очага с прорывом в средостение; 5) казеозное расплавление ткани. **10. Какое исследование подтверждает наличие спонтанного пневмоторакса:** 1) туберкулиновая проба Манту; 2) бронхоскопия; 3) физикальные данные; 4) обзорная рентгенография легких; 5) томография через корень. **11. Понятие о первичной лекарственной устойчивости, это устойчивость:** 1) у ранее не леченных больных; 2) у хронических больных туберкулезом;

		3) у нарушителя режима лечения; 4) у многократно леченных больных; 5) повторно леченных. **12. Наиболее характерный признак туберкулезного поражения при биопсии плевры и цитологическом ее исследовании:** 1) гигантские клетки Пирогова-Лангханса; 2) эпителиоидные клетки; 3) лимфоциты; 4) казеозный некроз; 5) макрофагально-гистиоцитарные элементы. **13. При возникновении у больного клапанного (напряженного) пневмоторакса временное облегчение состояния больного может быть достигнуто:** 1) полусидящим положением больного; 2) введением в плевральную полость толстой иглы; 3) наложением тугой повязки на грудную клетку; 4) введением обезболивающих средств; 5) назначением противокашлевых средств. **14. Какие препараты являются наиболее гепатотоксичными?** 1) изониазид, рифампицин, пиразинамид; 2) изониазид, канамицин, стрептомицин; 3) пиразинамид, канамицин, циклосерин; 4) стрептомицин, ампициллин, ПАСК; 5) этамбутол, канамицин, амоксиклав. **15. Туберкулин содержит:** 1) L-формы туберкулеза; 2) все антигенные компоненты МБТ; 3) отдельные антигенные компоненты возбудителя туберкулеза; 4) убитые bovis; 5) антитела к МБТ. **16. Какой из эпидемиологических показателей характеризует резервуар туберкулезной инфекции:** 1) смертность; 2) потенциальный очаг; 3) заболеваемость; 4) инфицированность; 5) болезненность. **17. Больному показано проведение бронхологического обследования. Врач должен при беседе получить:** 1) согласие больного; 2) отказ больного; 3) оценку исследования; 4) оценку результата бронхоскопии; 5) оценку промывных вод бронхов. **18. Укажите вид ответственности за нарушение законодательства в области предупреждения распространения туберкулеза:** 1) дисциплинарная, уголовная ответственность в соответствии с законодательством РФ;

		2) аналитическая, исполнительская; 3) организационная, дисциплинарная; 4) административная, контрольная; 5) гражданско-правовая, исполнительская. **19. У больных с начальными проявлениями туберкулеза легких при осмотре обычно отмечают:** 1) дистрофические изменения кожи; 2) расширенные межреберные промежутки; 3) крыловидные лопатки; 4) отсутствие каких-либо видимых патологических изменений; 5) дефицит массы тела. **20. Укажите основной критерий эффективности лечения больных с деструктивными формами туберкулеза легких:** 1) закрытие полости распада; 2) прекращение бактериовыделения; 3) исчезновение симптомов интоксикации; 4) восстановление трудоспособности; 5) нормализация ФВД.
7.	Сосудистая хирургия /10	**1. Особенностями коарктации аорты являются:** 1) преимущественная локализация дистальнее левой подключичной артерии; 2) разность в АД на верхних и нижних конечностях; 3) гипертрофия левого желудочка; 4) всё перечисленное. **2. Аускультация сосудов важна:** 1) при болезни Рейно; 2) при артериальном стенозе; 3) при варикозном расширении вен; 4) при посттромбофлебитическом синдроме. **3. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится:** 1) склероз артериол; 2) петлистый артериальный тромбоз; 3) развитие синдрома Лериша; 4) тромбоз бедренной артерии. **4. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:** 1) лицевых вен; 2) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза; 3) глубоких вен верхних конечностей; 4) поверхностных вен нижних конечностей. **5. Пилефлебит - это тромбофлебит:** 1) селезеночной вены; 2) нижней брыжеечной вены; 3) вен брыжейки чревообразного отростка; 4) воротной вены. **6. Операция Троянова - Тренделенберга заключается:** 1) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника;

		2) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; 3) в удалении подкожных вен зондом; 4) в перевязке коммуникантных вен над фасцией. **7. Маршевая проба проводится с целью выявления:** 1) несостоятельных коммуникативных вен; 2) проходимости глубоких вен нижних конечностей; 3) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях; 4) тромбоза подколенной артерии. **8. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является:** 1) рассыпной тип поражения; 2) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы; 3) рецидив после оперативного лечения; 4) непроходимость глубоких вен. **9. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме:** 1) назначения гепарина; 2) назначения дезагрегантов; 3) лечебной физкультуры; 4) длительного постельного режима. **10. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что:** 1) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии; 2) приведут к варикозному расширению подкожных вен; 3) вызовут гангрену стопы; 4) могут послужить причиной эмболии сосудов мозга.
8.	Хирургия /10	**1. Какие из указанных групп включает общий хирургический инструментарий:** 1) инструменты для извлечения тканей; 2) инструменты для разъединения тканей; 3) инструменты для остановки кровотечений; 4) специальные инструменты; 5) инструменты для соединения тканей. **2. В чем заключается неотложная помощь при открытом пневмотораксе:** 1) в наложении асептической повязки на рану; 2) в промывании раны раствором антисептика; 3) в наложении герметической повязки на рану; 4) в удалении воздуха из плевральной полости. **3. Как называется операция вскрытия брюшной полости:** 1) перитонеотомия; 2) лапаротомия; 3) вентеротомия; 4) люмботомия. **4. На какие группы подразделяются оперативные доступы к органам брюшной полости по направлению разреза:** 1) одномоментные;

		2) продольные; 3) ступенчатые; 4) косые; 5) комбинированные. **5. С каким отделом холедоха накладывается холедоходуоденоанастомоз:** 1) ретродуоденальным; 2) панкреатическим; 3) супрадуоденальным; 4) интрамуральным. **6. Каковы границы брюшной полости таза:** 1) вход в малый таз и брюшина; 2) тазовая фасция и вход в малый таз; 3) гребень подвздошной кости, лонное сочленение и брюшина; 4) фасция, покрывающая мышцу, поднимающую задний проход, и брюшина; 5) верхний край симфиза, мыс крестца и брюшина. **7. В каком положении больного производится пункция плевральной полости при разлитом процессе:** 1) лежа на боку; 2) лежа на животе; 3) в положении сидя с согнутым туловищем; 4) в полусидячем положении; 5) положение больного не имеет значения. **8. В отделении плановой хирургии поступил пациент 52 лет с диагнозом язвенная болезнь, каллезная язва желудка. Из анамнеза болеет около 12 лет, язвенные кровотечения и мало эффективная терапия явились показанием к оперативному лечению. При эндоскопическом исследовании язва по малой кривизне желудка размерами 3х3 см, без признаков кровотечения. Данные гистологического исследования – хроническая язва. Какая тактика показана у данного больного:** 1) гастрэктомия; 2) субтотальная резекция желудка; 3) обходной гастроэнтероанастомоз; 4) отказ от операции, начать противоязвенную терапию; 5) резекция 2/3 желудка. **9. Пациент Л., 20 лет, поступил с клиникой острого аппендицита. Из анамнеза: болеет в течение 4-х суток, за медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал таблетки обезболивающих. В динамике сохранялись боли в животе в правой подвздошной области, в связи, с чем обратился в стационар. При объективном осмотре отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга, Бартомье-Михельсона и Образцова. Лейкоциты крови - 10,4. Больной оперирован. При ревизии в брюшной полости обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат. Укажите, как должна быть закончена операция:**

		1) разделением инфильтрата, аппендэктомией; 2) дренированием отграничивающими тампонами и трубкой; 3) дренирование микроирригатором; 4) дренированием резиновым выпускником; ушиванием раны, проведением антибактериальной и физиотерапии. **10. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. Клинически и рентгенологически выявлен перелом костей таза. Обращает на себя внимание выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева тимпанит. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Лечебные мероприятия включают:** 1) немедленную торакотомию; 2) лапароскопию; 3) торакоскопия; 4) применение различных видов новокаиновых блокад; 5) наблюдение и симптоматическое лечение, включая наркотики.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные 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 ургентной 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. Физеологические 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 симтомокомплекс, 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. Осложненния неспецифического язвенного колита.
53. Меодики трансбронхиальной биопсии и катетеризации под рентненотелевизионным 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. Бронхологичекая 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. Хромоэзофагогастроскопия- 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 диагоностика 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. Осложненния ретроградной холангиопанкреатографии.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Назовите методы остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Опишите способы забора материала для морфологической и цитологической диагностики при подозрении на центральный рак легкого.

3. Опишите последовательность действий врача и медицинского персонала при оказании помощи пациенту при ларингоспазме.

4. Перечислите показания и противопоказания для проведения биопсии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Каковы особенности методики эзофагогастродуоденоскопии при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение.

6. Перечислите препараты для санационной бронхоскопии.

7. Опишите схему подготовки к колоноскопии.

8. Опишите методы остановки неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

9. Опишите способы забора материала для морфологической и цитологической диагностики хеликобактериоза.

10. Перечислите показания и противопоказания к проведению экстренной колоноскопии.

11. Опишите методику наложения пневмоперитонеума и особенности её при проведении лапароскопии у пациентов с асцитом.

12. Перечислите показания и противопоказания к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии

13. Опишите методику стентирования пищевода саморасширяющимися стентами под рентгенологическим контролем.

14. Опишите методику трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого, показания и противопоказания к её применению.

15. Перечислите основные показания к медиастиноскопии, опишите методику выполнения данного исследования.

16. Опишите методику эндоскопического удаления полипов на широком основании из желудка.

17. Перечислите показания к проведению расширенной биопсии и опишите методику выполнения данной манипуляции.

18. Опишите последовательность действий при санационной бронхоскопии

19. Опишите методику окраски слизистой оболочки пищевода раствором Люголя. В каких случаях применяется данная методика?

20. Опишите алгоритм действий врача-эндоскописта при подозрении на инородное тело пищевода.

21. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: обморок; эпилептический припадок; эпилептический статус.

22. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острое нарушение мозгового кровообращения.

23. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: паническая атака; гипертонический криз.

24. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: инфаркт миокарда; тромбоэмболия легочной артерии.

25. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: кома (в том числе проведение дифференциального диагноза между церебральной и соматической комой).

26. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: миастенический криз, холинергический криз.

27. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острые аллергические реакции.

28. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: черепно-мозговая и спинальная травма.

29. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острый болевой синдром.

30. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острая интоксикация алкоголем и его суррогатами, психотропными препаратами.

31. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: психомоторное возбуждение различного генеза.

32. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: депрессивный статус.

33. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: клиническая смерть.

34. Заполнение и ведение разделов клинической истории болезни.

35. Выписка из истории болезни.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

У больного 28 лет с жалобами на периодически возникающую изжогу при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка нижней трети пищевода белесоватая со стертым сосудистым рисунком и линейными участками красноватого цвета по вершинам складок. Кардия зияет, располагается на уровне ножек диафрагмы, миграция кардии в пределах 2 см. Во время рвотных движений отмечается незначительный пролапс неизмененной слизистой оболочки желудка в пищевод.

Задание 1: укажите один правильный ответ.
Эндоскопический диагноз:
А) рефлюкс-эзофагит, степень В;
Б) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени, рефлюкс-эзофагит в фазе ремиссии;
В) недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит в фазе ремиссии;
Г) недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит степень В;
Д) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени, рефлюкс-эзофагит степень В.

Задание 2: укажите все правильные ответы.
Оптимальные методы дополнительного обследования для уточнения диагноза:
А) УЗИ;
Б) рентгенография;
В) манометрия;
Г) pH-метрия;
Д) биопсия.

Задание 3: укажите один правильный ответ.
Оптимальная тактика:
А) соблюдение режима больного с аксиальной хиатальной грыжей;
Б) контрольное исследование при появлении изжоги;
В) консервативная антисекреторная терапия;
Г) оперативное лечение;
Д) эндоскопические методы коррекции зоны нижнего пищеводного сфинктера.

Задача 2.

У больного 42 лет с травматическим повреждением диафрагмы в анамнезе, с жалобами на периодические боли в левом подреберье, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 40 см от резцов, кардия не смыкается. При инверсионном осмотре определяется деформация свода желудка в виде дивертикулоподобного выпячивания до 3 см диаметром, слизистая оболочка в дивертикулоподобном выпячивании гиперемирована, отечна.

Задание 1: укажите один правильный ответ.

Ваш диагноз:

А) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени;

Б) дивертикул свода желудка;

В) дивертикулоподобная деформация свода желудка; Г) параэзофагеальная хиатальная грыжа;

Д) недостаточность кардии.

Задание 2: укажите один правильный ответ.

Оптимальная тактика ведения:

А) соблюдение режима больного с аксиальной хиатальной грыжей;

Б) соблюдение режима больного с аксиальной хиатальной грыжей и курс антисекретной терапии;

В) консервативная антисекреторная и противовоспалительная терапия;

Г) оперативное лечение;

Д) эндоскопические методы коррекции зоны нижнего пищеводного сфинктера.

Задача 3.

Больной 42 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на повторные рвоты с кровью и мелену. Кровотечения возникают на фоне относительного благополучия. В анамнезе вирусный гепатит. При поступлении в стационар состояние больного было расценено как удовлетворительное. Пульс 84 в минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. ЧД – 22 в минуту.

В анализе крови Hb-100 г/л, лейк. – 11,2 х 10^9/л. Печень по краю реберной дуги, край её закруглен, плотный. Селезенка увеличена в размерах. На передней поверхности живота расширены подкожные вены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования помогут Вам в подтверждении диагноза?
3. Лечебная тактика?
4. Объясните увеличение селезенки?
5. Какие нарушения гомеостаза наблюдаются у данной категории больных?
6. Каков прогноз у больного?

Задача 4.

Больной 44 лет поступил в стационар по скорой помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная рвота с примесью крови и резкая слабость. Из анамнеза известно, что пациент много лет злоупотреблял алкоголем.

При обследовании обнаружена увеличенная и плотная селезенка, печень не пальпируется.

Вопросы:

1. Ваше мнение относительно источника кровотечения?
2. Какие исследования наиболее показаны для подтверждения диагноза?
3. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения Вы знаете?
4. Какие методы диагностики помогут окончательно подтвердить диагноз?
5. Ваша тактика в лечении?
6. Каков прогноз у больного?

Задача 5.

Больной 45 лет в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет приступы бронхиальной астмы. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное – больной сидит, тело

покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – жестко, рассеянные басовые сухие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс – 100 в минуту. АД – 85/60 мм рт.ст. Печеночная тупость не определяется.

Вопросы:

1. Какое осложнение произошло?
2. Какие еще заболевания могут служить причиной развития такого состояния?
3. Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение АД?
4. Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
5. Тактика неотложной помощи?
6. Что следует предпринять дальше?
7. Какие современные методы лечения применяют в подобных случаях?

Задача 6.

Больная М., 51 г. оперирована по поводу левосторонней бедренной грыжи 3 года назад. Около 1,5 месяцев назад отметила появление округлого образования в области операции, Образование свободно погружается в брюшную полость. При обследовании установлено наличие грыжевого выпячивания до 5 см в диаметре, дефект определяется чуть выше паховой связки.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваша тактика?

Задача 7.

Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-2-3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании – глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке, ближе к малой кривизне антрального отдела желудка.

Вопросы:

1. Почему изменился характер болей?
2. Как следует лечить больного?

Задача 8.

Больной К. 70 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, слабость, недомогание, похудание, снижение аппетита. Указанные нарушения отмечает в течение последних трех месяцев. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена язва малой кривизны желудка диаметром 3,5 см, неправильной формы, с нечеткими, изъеденными контурами и грязно-серым налетом в дне. Гемоглобин 95 г/л, анализ кала на скрытую кровь положительный.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для определения лечебной тактики?

Задача 9.

Больной К. 65 лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, госпитализирован в экстренном порядке через 2,5 часа от начала заболевания с жалобами

на выраженную слабость, головокружение, неоднократную рвоту темно-вишневой кровью. При осмотре: состояние тяжелое, кожа и слизистые иктеричные, бледные, пульс 110 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст., живот увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный, перкуторно печень бугристая, увеличена в размерах, определяется притупление звука в отлогих местах живота, при ректальном исследовании – дегтеобразный кал. Hb 98 г/л, L 10,8x10^9/л, общий билирубин 58,6 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите два наиболее вероятных источника кровотечения.
3. Определите тактику лечения.

Задача 10.

У больного эзофагогастродуоденоскопии выявлено 6 полипов желудка диаметром 1.5-2 см на ножке шириной 4-5 мм. Слизистая оболочка полипов яркая, покрыта мелкими эрозиями. По результатам биопсии признаков малигнизации нет.

Вопросы:

1. Какова дальнейшая тактика врача-эндоскописта?

Задача 11.

Задание: поясните гастроскопическую картину.



Задача 12.

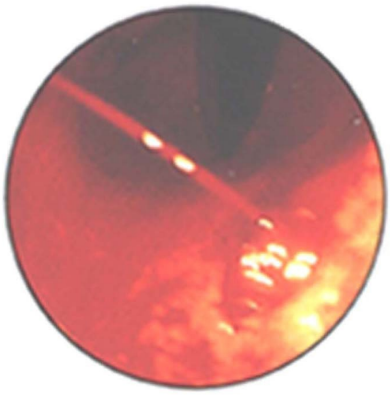
Вы составляете рабочую инструкцию по предстерилизационной очистке эндоскопов, состоящих из металла и стекла, исходя из требований Приказа МЗ и ПМ РФ № 222.

Используете 2% раствор моющего средства. Следует указать, сколько минут нужно на:

1. Замачивание изделий в растворе.
2. Мойку каждого изделия.
3. Ополаскивание проточной питьевой водой.
4. Ополаскивание дистиллированной водой.
5. Пробы на эффективность предстерилизационной очистки.

Задача 13.

Задание: поясните гастроскопическую картину.



Задача 14.

Вы выполнили колоноскопию. Вам предстоит описать эндоскопическую картину анатомических отделов ободочной кишки. Для этого Вам следует помнить:

1. Анатомические отделы ободочной кишки.
2. Какая часть подвздошной кишки должна быть отражена в описании.
3. Какие сфинктеры имеет ободочная кишка,
4. Состояние рисунка какой сети следует описать.
5. Отношение отделов ободочной кишки к брюшной полости.

Задача 15.

Задание: поясните колоноскопическую картину.



Задача 16.

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул.; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Задание:

1. Определите возможность и способ эндоскопической операции.

Задача 17.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная,

определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 х 10^9/л, Эр – 3,4 х 10^{12}/л, СОЭ 24 мм/ч.

Задание:

1. Определите возможность и способ эндоскопической операции.

Задача 18.

У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6^0 С, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 х 10^9/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

Задание:

1. Определите возможность и способ эндоскопической операции.

Задача 19.

У больного 45 лет множественный полипоз желудка аденоматозного характера.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:
- наблюдение;
- субтотальная резекция желудка;
- эндоскопическое удаление полипов в несколько этапов;
- лапоротомия, гастротомия и иссечение полипов.

Задача 20.

У больного 47 лет при фиброгастроскопиии обнаружен дольчатый полип 2 см в диаметре на длинной ножке, при гистологическом исследование одного из биоптатоваденокарцинома.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:
- субтотальная резекция желудка;
- лапаротомия, гастротомия, иссечение полипа;
- направить к онкологу;
- эндоскопическая полипэктомия, наблюдение.

Задача 21.

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.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:
- направить на хирургическое лечение;
- наблюдение;
- повторная диатермокоагуляция ложа полипа;
- иссечение.

Задача 22.

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

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:

- эндоскопичечкое удаление полипа по частям;
- резекция желудка;
- гастроэнтероанастомоз;
- электрокоагуляция.

Задача 23.

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

- полип культи желудка;
- опухоль культи желудка;
- инородное тело в стенке культи;
- дубликатура малой кривизны, сформированная во время операции

Обоснуйте свой выбор.

Задача 24.

ЭПСТ у больных с механической желтухой должна выполняться:

- сразу после поступления больных в стационар;
- после минимального клинического обследования;
- после ультразвукового исследования брюшной полости;
- только после контрастного исследования желчных путей.

Обоснуйте свой выбор.

Задача 25.

Пациент 60 лет после эндоскопического удаления полипа на длинной ножке возникло струйное кровотечение.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:

- склерозирующая терапия;
- электрокоагуляция точечным электродом или щипцами для горячей биопсии;
- орошение 0,5 0/0 р-ром азотнокислого серебра
- лапаротомия, гастротомия, прошивание сосуда.

Задача 26.

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

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:

- наблюдение;
- эндоскопическая полипэктомия;
- лапаротомия, гастротомия, иссечение полипа;
- механическое срезание.

Задача 27.

Пациенту 50 лет выполнено ФКС, при котором диагностирован МК.

Вопросы:

1. Какое из осложнений НЯК требует неотложного хирургического лечения:

- токсическая дилатация толстой кишки;
- кровотечение;

- перфорация;
- выраженная интоксикация.

Задача 28.

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

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:
- вызвать хирурга для оперативного лечения;
- электрокоагуляция через эндоскоп;
- эндоскопическая полипэктомия;
- орошение аминокапроновой кислотой.

Задача 29.

Пациенту 50 лет при удалении полипа из толстой кишки возникло кровотечение.

Вопросы:

1. Какая тактика наиболее рациональна при кровотечении после полипэктомии из толстой кишки?
- немедленная операция;
- консервативные мероприятия по гемостазу;
- попытки эндоскопического гемостаза;
- попытка эндоскопического гемостаза + консервативное лечение + динамическое наблюдение.

Задача 30.

Пациент 65 лет постоянный жалобы на черный стул, при пальцевом исследовании обнаружен рак средне-пмпулярного отдела прямой кишки. Следующим диагностическим приемом должен быть:
- колоноскопия с биопсией;
- ректороманоскопия;
- ирригоскопия;
- исследование кала на скрытую кровь.

Задача 31.

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

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:
- резекция желудка;
- наблюдение;
- эндоскопическая электроэксцизия полипа по частям;
- одномоментная полипэктомия.

Задача 32.

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.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:
- направить на хирургическое лечение;
- наблюдение;
- повторная диатермокоагуляция ложа полипа;

- иссечение.

Задача 33.

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.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:

- направить на хирургическое лечение;
- наблюдение;
- повторная диатермокоагуляция ложа полипа;
- иссечение.

Задача 34.

Пациент 65 лет постоянный жалобы на черный стул, при пальцевом исследовании на высоте пальца чувствуются бугристое образование, следующим диагностическим приемом должен быть:

- колоноскопия с биопсией;
- ректороманоскопия;
- ирригоскопия;
- исследование кала на скрытую кровь.

Задача 35.

У больного 58 лет диффузный полипоз желудка. Гистологическое заключение после биопсии – лимфоидный полип.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте тактику врача-эндоскописта:

- наблюдение;
- резекция желудка;
- многоэтапная эндоскопическая полипэктомия;
- диатермокоагуляуция.