

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Эндоскопия»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.70 «Эндоскопия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Новик Г.А. (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Минина С.Н. (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
название кафедры

« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующая кафедрой	Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО название кафедры	
Д.м.н., профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Новик Г.А. (расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования -
программы ординатуры по специальности 31.08.70 «Эндоскопия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1.Б.1.1. Основы эндоскопического метода исследования, эндоскопическая диагностическая аппаратура	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1.Б.1.2. Диагностическая эндоскопия	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1.Б.1.3 Лечебная и оперативная эндоскопия	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1.Б.1.4. Основы социальной гигиены и организация эндоскопической службы в России	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Эндоскопия»

Номер / индекс компетенции	Содержание компетенции (или её части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть

И				
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за	общие принципы обследования хирургических больных	оценивать функциональные состояния хирургических больных, определить необходимость специальных методов	расспроса больного, сбора анамнестических сведений, наблюдения за пациентом; анализа получаемой информации

	здоровыми и хроническими больными		исследования, организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты	
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Доброкачественные и онкологические заболевания органов ЖКТ	получить информацию о заболевании, проводить дифференциальный диагноз, работать со специальными медицинскими регистрами	Использованием диагностических и оценочных шкал, применяемых в хирургии; диагностикой и конкретными хирургических заболеваний
ПК-6	готовность к применению эндоскопических методов диагностики и лечения	основы предоперационной подготовки, анестезиологического обеспечения операции и послеоперационную интенсивную терапию -осложнения послеоперационного периода у пациентов и их лечение	оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния; - определить объем и последовательность диагностических и хирургических мероприятий - обосновать схему, план и тактику ведения больного	подбором адекватной терапии конкретных хирургических заболеваний; распознаванием и лечением неотложных состояний в торакальной хирургии;
ПК-8	способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма	обосновать схему, план и тактику ведения больного	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации

	информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения			
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	законодательство Российской Федерации по вопросам организации хирургической помощи населению	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	составления различных отчетов, подготовки организационно-распорядительных документов; - оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	анализировать проделанную работу для достижения лучших результатов	анализом получаемой информации

**1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Эндоскопия»
1, 2, 3-ий семестр**

1-семестр:

№	Индекс	Наименование контрольных мероприятий
---	--------	--------------------------------------

	компетенции	Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-1338	1-60	1-30	1-10
2.	ПК-1	1-1338	3-60	1-30	1-10
4.	ПК-2	25-500	5-30		1-10
5.	ПК-5	250-1000	3-30	1-30	1-10
6.	ПК-6	150-500	3-60	20-25	1-10
7.	ПК-8	1-50	1-3		
8.	ПК-10	1-25	1-3	1-20	
9.	ПК-11	1-60	1-3	1-25	

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-1338	1-60	1-30	1-10
2.	ПК-1	1-1338	3-60	1-30	1-10
4.	ПК-2	25-500	5-30		1-10
5.	ПК-5	250-1000	3-30	1-30	1-10
6.	ПК-6	150-500	3-60	20-25	1-10
7.	ПК-8	1-50	1-3		
8.	ПК-10	1-25	1-3	1-20	
9.	ПК-11	1-60	1-3	1-25	

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-1338	1-60	1-30	1-10
2.	ПК-1	1-1338	3-60	1-30	1-10

4.	ПК-2	25-500	5-30		1-10
5.	ПК-5	250-1000	3-30	1-30	1-10
6.	ПК-6	150-500	3-60	20-25	1-10
7.	ПК-8	1-50	1-3		
8.	ПК-10	1-25	1-3	1-20	
9.	ПК-11	1-60	1-3	1-25	

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1.Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2.Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3.Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм

проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1) Организация эндоскопической службы России

01.01. Периодичность аттестации и перееаттестации медицинских кадров составляет

А) 2 года

Б) 4 года

В) 5 лет

Г) 6 лет

Д) 7 лет

01.02. Поликлиническая эндоскопическая служба организуется при минимальном числе населения, обслуживаемого поликлиникой, равном

А) 200.000 Б) 100.000 В) 50.000

Г) 25.000

Д) 10.000

01.03. Минимальное количество врачебных эндоскопических ставок, позволяющее организовать эндоскопическое отделение, равно

А) 3 Б) 4 В) 5 Г) 6 Д) 7

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

А) врачебные ставки лечебно-профилактических учреждений

Б) врачебные ставки эндоскопического подразделения

В) количество работающих эндоскопистов

Г) количество коек в лечебно-профилактическом учреждении

Д) количество эндоскопических исследований

01.05. Заведовать эндоскопическим кабинетом может врач-эндоскопист, имеющий стаж работы по специальности не менее

А) 1 года Б) 2 лет

В) 3 лет

Г) 5 лет

Д) 10 лет

01.06. Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству:

А) проведенных эндоскопических исследований

Б) выявленных заболеваний

В) выявленных заболеваний в ранних стадиях

Г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств

Д) диагностических ошибок и осложнений

01.07. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают

А) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости

Б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения

В) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением

Г) экстраполяцию и прогнозирование

Д) анализ деятельности ЛПУ

01.08. В условиях поликлиники могут быть организованы эндоскопические кабинеты

А) гастроскопический и бронхоскопический

Б) бронхоскопический и колоноскопический

В) колоноскопический и эндоскопическая операционная

Г) эндоскопическая операционная и бронхоскопический

Д) гастроскопический и колоноскопический

001. Правильным определением социальной гигиены как науки является

А) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении

Б) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения

В) социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения

2

003. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме

А) трудовой активности населения

Б) заболеваемости

В) инвалидности

Г) демографических показателей

Д) физического развития населения

3

004. Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах

а) от 5 до 10‰

✓ б) от 11 до 15‰

в) от 16 до 20‰

4

005. Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах

а) от 10 до 15‰

✓ б) от 16 до 20‰

в) от 20 до 25‰

г) свыше 25‰

5

006. Показатель рождаемости населения в Российской Федерации в 1994 г. находился в пределах

✓ а) до 10 на 1000

б) от 10 до 15 на 1000

в) от 15 до 20 на 1000

6

007. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме

✓ а) уровня культуры населения

б) экологических факторов среды

в) качества и доступности медицинской помощи

г) безопасных условий труда

д) сбалансированности питания

7

009. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме

а) фонда медицинского страхования

б) страховой организации

✓ в) органа управления здравоохранением

г) медицинского учреждения

д) гражданина

8

012. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме

а) перечня, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС

б) стоимости различных видов медицинской помощи

✓ в) организаций добровольного медицинского страхования

г) видов платных медицинских услуг

д) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

9

015. Основными задачами поликлиники являются все, кроме

а) медицинской помощи больным на дому

б) лечебно-диагностического обслуживания населения

✓ в) организации работ по пропаганде здорового образа жизни

г) профилактической работы

д) экспертизы временной нетрудоспособности

10

016. Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме

- а) анализа интенсивности потока больных по времени
- ☒ б) нормирования деятельности врачей
- в) правильной организации графика приема врачей
- г) четкой работы регистратуры
- д) дисциплины персонала

11

017. Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все, кроме

- а) оказания своевременной терапевтической помощи
- б) организации госпитализации больных
- ☒ в) организации специализированной медицинской помощи
- г) проведения экспертизы временной нетрудоспособности
- д) организации диспансерного наблюдения населения

12

020. Структура больничных учреждений РФ включает все типы больниц, кроме

- а) республиканской, областной больницы
- ☒ б) больницы восстановительного лечения
- в) центральной районной больницы
- г) городской многопрофильной больницы
- д) сельской участковой больницы

13

021. Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме

- а) заботы о здоровье матери и ребенка
- б) обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав
- в) обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей
- г) разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку
- ☒ д) социального страхования беременной женщины и женщины-матери

14

023. Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются

- ☒ а) перинатальная смертность
- б) неонатальная смертность
- в) постнеонатальная смертность
- г) ранняя неонатальная
- д) поздняя неонатальная

15

026. Существуют ли различия между трудовым договором и договором контракта?

- а) да
- ☒ б) нет

16

028. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам среднего медицинского (фармацевтического) персонала?

- ☒ а) в течение 5 лет
- б) в течение 3 лет
- г) в течение 7 лет

17

029. Запись в трудовую книжку специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала) о присвоении ему по результатам аттестации (переаттестации) квалификационной категории

V а) вносится

б) вносится не обязательно

в) не вносится

18

030. Ограничение в размерах доплат работникам за совмещение ими профессий (должностей), увеличение объема работ, расширение зоны обслуживания

а) установлено

V б) не установлено

19

031. Медицинская деонтология - это

а) самостоятельная наука о долге медицинских работников

V б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

в) не знаю

20

032. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная

а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

V г) верно все вышеперечисленное

21

033. Соблюдение врачебной тайны необходимо

а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии

б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил

в) для защиты социальных и экономических интересов личности

г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"

д) для поддержания престижа медицинской профессии

V е) все перечисленное верно

22

034. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

V а) всегда

б) в особых случаях

в) не всегда

23

035. Предметом изучения медицинской статистики являются

а) здоровье населения

б) выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды

в) данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения

г) достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований

V д) все перечисленные выше положения

е) верно а) и б)

24

036. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все, кроме

а) демографических показателей

- б)заболеваемости
- в)инвалидности
- г)физического развития
- д)комплексных оценок здоровья населения
- У е)трудовой активности

25

037.Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная

- а)68%
- б)90%
- в)92%
- У г)95%
- д)94%

26

038.Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле

- У а)(число умерших за 1 год + 1000)/ (средняя численность населения)
- б)(число умерших за 1 год + 1000)/ (численность населения)

27

039.Показатель младенческой смертности исчисляется по формуле

- а)(число детей, умерших до 1 года + 1000)/ (средняя численность детского населения)
- У б)(число детей, умерших до 1 года в данном календарном году + 1000)/ (2/3 родившихся в данном году + 1/3 родившихся в предыдущем году)

28

040.Показатель материнской смертности исчисляется по формуле

- У а)(число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 недель после прекращения беременности + 100 000 живорожденных)/ (число живорожденных)
- б)(число умерших беременных после 28 недель + 100 000 живорожденных)/ (суммарное число беременностей после 28 недель)

29

041.Первичная медицинская статистическая документация необходима

- а)для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
- б)для оперативного управления ЛПУ
- в)для выработки конкретного, обоснованного решения
- г)для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения
- У д)для всего вышеперечисленного

30

043.Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными

- а)структура посещений по специальности
- б)динамика посещений, распределение посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня
- в)объем помощи на дому, структура посещений на дому, активность врачей по помощи на дому
- г)соотношение первичных и повторных посещений на дому
- У д)всеми вышеперечисленными положениями

31

044.Организация работы стационара включает в себя следующие показатели

- а)среднее число дней работы койки
- б)среднее число занятых и свободных коек
- в)оборот койки
- г)средние сроки пребывания больного в стационаре
- У д)все вышеназванные показатели

32

045. Интенсивный показатель досуточной летальности определяется как

- а) отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
- б) отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар
- ✓ в) отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки

33

047. Для оценки качества деятельности врача-терапевта-участкового (цехового) экспертно оцениваются

- а) каждый случай смерти на дому
- б) каждый случай первичного выхода на инвалидность
- в) каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара
- г) каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза
- ✓ д) все вышеперечисленные положения

34

048. Международная классификация болезней - это

- а) перечень наименований болезней в определенном порядке
- б) перечень диагнозов в определенном порядке
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- ✓ г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

35

049. Показателем, рекомендованным к вычислению для общей характеристики амбулаторно-поликлинического учреждения, является

- а) обеспеченность населения врачами
- б) обеспеченность средним медицинским персоналом
- в) показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом)
- г) коэффициент совместительства
- ✓ д) все вышеперечисленные показатели

36

050. Минимальное количество коек в лечебном учреждении общего профиля для организации эндоскопической службы

- а) пятьсот
- б) четыреста
- ✓ в) триста
- г) двести
- д) сто

37

051. Эндоскопическая служба организуется при минимальном числе населения

- а) 200 000
- б) 100 000
- ✓ в) 50 000
- г) 25 000
- д) 10 000

39

053. Для выполнения диагностической эзофагоскопии на 1 больного отводится

- а) 20 минут

- б)25 минут
- ✓ в)30 минут
- г)35 минут
- д)40 минут

40
054.Для выполнения лечебной эзофагоскопии на 1 больного отводится

- а)30 минут
- б)35 минут
- в)40 минут
- ✓ г)45 минут
- д)50 минут

41

055.Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии на 1 больного отводится

- а)40 минут
- б)45 минут
- в)50 минут
- ✓ г)55 минут
- д)60 минут

42

056.Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии при ретроградной холецистохолангиографии на 1 больного отводится

- а)60 минут
- б)70 минут
- в)80 минут
- ✓ г)90 минут
- д)100 минут

43

057.Для выполнения одной диагностической колоноскопии взрослому человеку отводится

- а)70 минут
- б)80 минут
- ✓ в)90 минут
- г)100 минут
- д)110 минут

44

058.Для выполнения одной диагностической холедоскопии взрослому человеку отводится

- а)50 минут
- ✓ б)60 минут
- в)70 минут
- г)80 минут
- д)90 минут

45

059.Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагоскопии взрослому человеку отводится

- а)40 минут
- ✓ б)50 минут
- в)60 минут
- г)70 минут
- д)80 минут

46

060. Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастроскопии взрослому человеку отводится

- а) 30 минут
- б) 40 минут
- ✓ в) 60 минут
- г) 70 минут
- д) 80 минут

47

061. Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослому отводится

- а) 40 минут
- б) 50 минут
- в) 60 минут
- ✓ г) 70 минут
- д) 80 минут

48

062. Для выполнения одной лечебно-диагностической холедохоскопии взрослому человеку отводится

- а) 50 минут
- ✓ б) 60 минут
- в) 70 минут
- г) 80 минут
- д) 90 минут

49

063. Для выполнения одной лечебно-диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится

- а) 60 минут
- б) 65 минут
- в) 70 минут
- ✓ г) 80 минут
- д) 90 минут

50

064. Для выполнения одной лечебно-диагностической лапароскопии взрослому человеку отводится

- а) 90 минут
- б) 100 минут
- в) 110 минут
- ✓ г) 120 минут
- д) 130 минут

51

065. Для выполнения одной диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится

- ✓ а) 60 минут
- б) 65 минут
- в) 70 минут
- г) 80 минут
- д) 85 минут

52

066. Для выполнения одной диагностической торакоскопии взрослому человеку отводится

- а) 80 минут
- ✓ б) 90 минут

- в)100 минут
 - г)110 минут
 - д)120 минут
- 53

067.Для выполнения одной диагностической лапароскопии взрослому человеку отводится

- V а)90 минут
- б)100 минут
 - в)110 минут
 - г)120 минут
 - д)130 минут

55

069.Эндоскопический центр организуется при наличии

- а)населения свыше 300 тысяч
- б)эндоскопических ставок свыше 50
- V в)нескольких эндоскопических отделений
- г)крупных многопрофильных больниц
- д)научно-исследовательского института

56

070.На должность заведующего эндоскопическим отделением назначается врач, имеющий

- а)стаж работы по специальности не менее 5 лет
- б)медицинский стаж не менее 10 лет
- в)опыт работы по специальности
- V г)специальную подготовку по эндоскопии
- д)ни одно из перечисленных

2) КЛИНИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

02.01. Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит

- A) глоточная миндалина
- Б) задняя стенка глотки
- В) небные дужки
- Г) корень языка
- Д) язычок мягкого неба

02.02. Устье пищевода образовано

- A) поперечной порцией перстне-глоточной мышцы
- Б) косой порцией перстне-глоточной мышцы
- В) шилоглоточной мышцей
- Г) продольными мышцами пищевода
- Д) поперечными мышцами пищевода

02.03.Треугольник Келлиана - это межмышечный треугольник на

- A) задней стенке глотки
- Б) задней стенке пищевода

В) передней стенке глотки

- Г) передней стенки пищевода Д) боковой стенки пищевода

02.04.Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет

- A)41см Б)35см В)25см Г)17см Д)15см

02.05. Диаметр просвета пищевода у взрослого человека в среднем составляет

- A) 1,5 см

- Б) 2 см
- В) 2,5 см
- Г) 3см
- Д) 3,5 см

02.06. Толщина стенки пищевода у взрослого человека в среднем составляет

- А) 1-2мм
- Б) 3-4мм
- В) 5-6мм
- Г) 6-8мм
- Д) 8-10

02.07. В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений

- А) одно
- Б) два
- В) три
- Г) четыре
- Д) пять

02.08. Первое физиологическое сужение пищевода обусловлено

- А) давлением щитовидной железы
- Б) тонусом верхнего пищеводного сфинктера
- В) уклонением пищевода от средней линии
- Г) давлением окружающих мышц
- Д) давлением прилежащих сосудов

02.09. Второе физиологическое сужение пищевода обусловлено

- А) давлением трахеи
- Б) давлением правого главного бронха
- В) давлением дуги аорты
- Г) давлением левого предсердия
- Д) давлением левого желудочка

02.10. Третье физиологическое сужение пищевода обусловлено

- А) давлением правого главного бронха
- Б) давлением дуги аорты
- В) давлением левого предсердия
- Г) давлением ножек диафрагмы
- Д) давлением трахеи

02.11. В норме розетка кардии располагается на ..см от резцов

А) 42-44 Б) 40-41 В) 36-38 Г) 34-35 Д) 25-26

02.12. Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при

- А) кардиоспазме
- Б) халазия кардии
- В) хиатальной аксиальной грыже
- Г) рефлюкс-эзофагите
- Д) склеродермии пищевода

02.13. Основными механизмами, обеспечивающими замыкательную функцию кардии, являются:

А) тонус нижнего пищеводного сфинктера и особенности анатомического строения пищеводно-желудочного перехода

- Б) разница давлений в полости пищевода и полости желудка
- В) газовый пузырь желудка
- Г) разница диаметров просветов пищевода и желудка
- Д) складка Губарева

02.14. Секрет, выделяемый собственными железами пищевода способствует

- А) продвижению пищевого комка и перевариванию пищи
- Б) продвижению пищевого комка и повышению защитных свойств слизистой оболочки

В) повышению защитных свойств слизистой оболочки перевариванию пищи

02.15. Емкость желудка в среднем составляет

- А) 1 л
- Б) 2 л
- В) 3 л
- Г) 4 л
- Д) 5 л

02.16. Препилорическим отделом называется часть желудка! примыкающая к привратнику в радиусе

- А) 0,5 см
- Б) 1 см
- В) 2 см
- Г) 3 см
- Д) 4 см

02.17. Зона привратника в норме имеет протяженность

- А) 0,5 см
- Б) 1 см
- В) 1,5 см
- Г) 2 см
- Д) 2,5 см

02.18. При раздувании воздухом складки желудка

А) расправляются полностью

Б) не расправляются

В) расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка

Г) расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка

Д) расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе

02.19. Наиболее отчетливо желудочные поля видны

- А) в своде желудка
- Б) на большой кривизне тела желудка
- В) на задней стенке тела желудка

Г) в области угла желудка

Д) в антральном отделе

02.20. Parietalные клетки фундальных желез желудка секретируют

А) пепсиноген

Б) соляную кислоту и внутренний фактор

В) биогенные амины

Г) пепсиноген и биогенные амины

Д) соляную кислоту и пепсиноген

02.21. Длина 12-перстной кишки в среднем составляет

- А) 10 см
- Б) 20 см
- В) 30 см
- Г) 40 см
- Д) 50 см

02.22. Диаметр 12-перстной кишки в среднем составляет

- А) 2,5 см
- Б) 3,5 см
- В) 4,5 см
- Г) 5,0 см
- Д) 5,5 см

02.23. Первое физиологическое сужение 12-перстной кишки обусловлено

- А) давлением печени
- Б) давлением брыжейки толстой кишки
- В) давлением брыжейки тонкой кишки
- Г) давлением правой почки
- Д) давлением поджелудочной железы

2.24. Второе физиологическое сужение 12-перстной кишки обусловлено

- А) давлением печени
- Б) давлением брыжейки толстой кишки
- В) давлением брыжейки тонкой кишки
- Г) давлением правой почки
- Д) давлением поджелудочной железы

02.25. Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является:

- А) печеночный угол
- Б) селезеночный угол
- В) физиологический сфинктер Кеннона левый
- Г) физиологический сфинктер Кеннона правый
- Д) физиологический сфинктер Хорста

02.26. Правая половина ободочной кишки кровоснабжается из:

- А) селезеночной артерии
- Б) верхней брыжеечной артерии
- В) нижней брыжеечной артерии
- Г) левой артерии ободочной кишки
- Д) срамной артерии

02.27. Интраперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки:

- А) поперечно-ободочная и сигмовидная
- Б) восходящая и поперечно-ободочная
- В) нисходящая и сигмовидная
- Г) сигмовидная и прямая
- Д) слепая и восходящая

02.28. Мезоперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки:

- А) восходящая и сигмовидная
- Б) нисходящая и восходящая
- В) поперечно-ободочная и слепая
- Г) сигмовидная и прямая
- Д) слепая и восходящая

02.29. Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет:

- А) слепая
- Б) поперечно-ободочная
- В) восходящая
- Г) нисходящая
- Д) сигмовидная

02.30. Самым узким отделом толстой кишки является:

- А) слепая
- Б) нисходящая
- В) сигмовидная
- Г) ректо-сигмоидный отдел

Д) прямая

02.31. Наименьшую толщину стенки имеет:

А) тощая кишка

Б) подвздошная

В) ободочная кишка

Г) прямая кишка

Д) желудок

02.32. Просвет кишки имеет овальную форму в:

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.33. Просвет кишки имеет форму равностороннего треугольника с несколько выпуклыми углами в:

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.34. Просвет кишки имеет форму треугольника с закругленными углами и слегка выпуклыми сторонами в:

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.35. Полулунные складки характерны для

А) слепой кишки

Б) восходящей кишки

В) поперечно-ободочной кишки

Г) нисходящей кишки

Д) сигмовидной кишки

02.36. Продольно расположенные складки характерны для:

А) слепой кишки

Б) восходящей кишки

В) поперечно-ободочной кишки

Г) нисходящей кишки

Д) прямой кишки

02.37. Большую сочность и интенсивность окраски, менее выраженный сосудистый рисунок имеет слизистая:

А) слепой кишки

Б) восходящей кишки

В) поперечно-ободочной кишки

Г) нисходящей кишки

Д) сигмовидной кишки

02.38. Жемчужно-белую окраску с четким сосудистым рисунком имеет слизистая:

А) слепой кишки

Б) восходящей кишки

В) поперечно-ободочной кишки

Г) нисходящей кишки

Д) сигмовидной кишки

02.39. Вены подслизистого слоя хорошо видны в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.40. Все тении не видны в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.41. Брыжеечная тения хорошо выражена в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.42. Сальниковая тения хорошо выражена в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.43. Плотные морщинистые складки характерны для

А) слепой кишки

Б) восходящей кишки

В) поперечно-ободочной кишки

Г) нисходящей кишки

Д) сигмовидной кишки

02.44. 10-12 складок определяется в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.45. 6-8 складок определяется в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.46. 12-24 складки определяются в

А) слепой кишке

Б) восходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке

Г) нисходящей кишке

Д) сигмовидной кишке

02.47. Количество складок не постоянно в

А) слепой кишке

- Б) восходящей кишке
- В) поперечно-ободочной кишке
- Г) нисходящей кишке
- Д) сигмовидной кишке

02.48. Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет

- А) 0,5 м/час
- Б) 1,0 м/час
- В) 1,5 м/час
- Г) 2,0 м/час
- Д) 2,5 м/час

02.49. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке

- А) 0,1 м/час
- Б) 0,5 м/час
- В) 1,0 м/час
- Г) 1,5 м/час
- Д) 2,0 м/час

02.50. Максимально толстая кишка может абсорбировать за сутки до

- А) 2 литров жидкости
- Б) 3 литров жидкости
- В) 4 литров жидкости
- Г) 5 литров жидкости
- Д) 6 литров жидкости

02.51. Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на

- А) 12 часах
- Б) 9 часах
- В) 6 часах
- Г) 3 часах
- Д) 2 часах

02.52. Границами промежуточного бронха справа являются

- А) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего средне-долевого бронха
- Б) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- В) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- Г) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края среднедолевого бронха
- Д) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья VI сегментарного бронха

02.53. Место отхождения устья левого верхнедолевого бронха расположено

- А) на задней верхней полуокружности главного бронха
- Б) на задней нижней полуокружности главного бронха
- В) на передней верхней полуокружности главного бронха
- Г) от передней нижней полуокружности главного бронха
- Д) от боковой полуокружности главного бронха

02.54. Бронх Нельсона - это

- А) B1
- Б) B2
- В) B3
- Г) B5
- Д) B6

02.55. Верхушка Фовлера - это

- А) B₆
- Б) B7

В) В8

Г) В9

Д) В10

02.56. Устье среднедолевого бронха при выполнении бронхоскопии располагается на

А) 5 часах

Б) 6 часах

В) 12 часах

Г) 3 часах

Д) 9 часах

02.57. Место отхождения устья VI сегментарного бронха (справа) расположено

А) на задней стенке промежуточного бронха на 12 часах

Б) на передней стенке промежуточного бронха на 6 часах

В) на задней стенке главного бронха на 12 часах

Г) на боковой стенке промежуточного бронха на 3 часах

Д) на задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах

02.58. Устье VI сегментарного бронха (слева) расположено на

А) 12 часах

Б) 1 часе

В) 2 часах

Г) 3 часах

Д) 4 часах

02.59. В верхней доле слева имеется количество сегментарных бронхов

А) один

Б) два

В) три

Г) четыре

Д) пять

02.60. К средней доле относится

А) S1

Б) S3

В) S5

Г) S7

Д) S9

02.61. Пупочная область ограничена с боков линиями,

А) проходящими по наружному краю прямых мышц живота

Б) являющимися продолжением средне-ключичных линий

В) проходящими по внутреннему краю прямых мышц живота

Г) проходящими по среднеключичной линии

Д) проведенными через середину реберных дуг

02.62. Влагалище прямой мышцы живота образовано апоневрозами

А) наружной и внутренней косых мышц живота

Б) поперечной мышцы живота

В) наружной косой и поперечной мышцей

Г) внутренней косой и поперечной мышцей

Д) всех трех широких мышц брюшной стенки

02.63.Ширина прямой мышцы живота на уровне пупка в среднем равна
А) 3см
Б) 4 см
В) 5 см
Г) 7 см
Д) 9см

02.64.A.epigastrica superior проходит
А) впереди прямой мышцы живота
Б) позади прямой мышцы живота
В) позади поперечной мышцы живота
Г) впереди поперечной мышцы живота
Д) сбоку от прямых мышц живота

02.65.A.epigastrica superficialis идет между листками поверхностной фасции
А) от паховой связки (на границе ее средней и медиальной трети) по направлению к пупку
Б) от паховой связки по направлению к мечевидному отростку
В) от лонного сплетения по направлению к пупку
Г) от реберного угла к пупку
Д) от гребней подвздошных костей по направлению к мечевидному отростку

02.66.К мезоперитонеально расположенным органам относятся:
А) печень и желчный пузырь
Б) селезенка
В) двенадцатиперстная кишка
Г) мочеточники
Д) маточные трубы

02.67.Сальниковая сумка располагается позади
А) желудка и 12-педстной кишки
Б) печеночно-желудочной связки
В) поперечно-ободочной кишки
Г) левой доли печени
Д) желудка и печеночно-желудочной связки

02.68.Винслово отверстие ограничено спереди
А) начальным отделом 12-перстной кишки
Б) хвостатой долей печени
В) печеночно-двенадцатиперстной связкой
Г) малым сальником
Д) печеночно-желудочной связкой

02.69.В нижнем этаже брюшной полости находится
А) поджелудочная железа
Б) петли тонкой кишки и толстая кишка
В) мочевого пузыря
Г) почки
Д) матка и ее придатки

02.70.Нижняя граница левой доли печени пересекает левую реберную дугу на уровне
А) 5 ребра

- Б) 6 ребра
- В) 7 ребра
- Г) 9 ребра
- Д) 8 ребра

02.71.Спереди брюшной отдел пищевода

- А) прикрыт верхним полюсом селезенки
- Б) прикрыт левой долей печени
- В) прикрыт левой треугольной связкой
- Г) прикрыт коронарной связкой
- Д) доступен осмотру в лапароскоп

02.72.Длина свободного края брыжейки тонкой кишки равна

- А) 2 метра
- Б) 3 метра
- В) 4 метра
- Г) 5 метров
- Д) 7 метров

02.73.Червеобразный отросток отходит от

- А) задней медиальной стенки слепой кишки
- Б) передней стенки слепой кишки
- В) латеральной стенки слепой кишки
- Г) латерально-задней стенки слепой кишки
- Д) любого отдела слепой кишки

001.Ворота гортани образованы

У а)надгортанником, верхушками черпаловидных хрящей и черпалонадгортанными складками

- б)щитовидным и черпаловидными хрящами
- в)перстневидным и черпаловидными хрящами
- г)щитовидным и перстневидным хрящами
- д)перстневидным хрящом и первым трахеальным кольцом

58

002.Возвратные нервы иннервируют

- а)гортань и трахею
- У б)глотку, гортань, трахею и пищевод (верхний отдел)
- в)гортань и глотку
- г)глотку и пищевод
- д)щитовидную железу, гортань и глотку

59

003.В области глоточно-пищеводного перехода расположены

- а)один треугольник
- У б)два треугольника
- в)три треугольника
- г)четыре треугольника
- д)межмышечные треугольники отсутствуют

60

004.Глотка иннервируется

- У а)IX-языкоглоточным и X-блуждающим
- б)У-тройничным, IX-языкоглоточным, XI-добавочным

в) IX, X, XII-подъязычным

г) IX, XI и XII парами

д) V, IX, X-парами

61

005. Иннервация гортани осуществляется

а) X-блуждающим и XI-добавочным

б) IX-языкоглоточным и X-блуждающим

в) X-блуждающим и XII-подъязычным

V г) X-блуждающим

д) IX, X и XI

62

006. В пищеводе выявляются физиологических сужений

а) два

б) три

V в) четыре

г) пять

д) не имеется

63

007. Слизистая оболочка пищевода покрыта

а) однослойным цилиндрическим эпителием

V б) многослойным плоским эпителием

в) однослойным призматическим эпителием

г) однослойным мерцательным эпителием

д) железистым эпителием

64

008. Длина пищевода у взрослого человека равна

а) 15 см

б) 18-20 см

V в) 23-25 см

г) 28-30 см

д) до 35 см

65

009. В чувствительной иннервации зева принимает участие

а) одна пара нервов

б) две пары нервов

V в) три пары нервов

г) четыре пары нервов

д) пять пар нервов

66

010. Под слизистой оболочкой дна грушевидного кармана глотки проходит

а) языкоглоточный нерв

б) блуждающий нерв

в) симпатический нерв

V г) верхний гортанный нерв

д) возвратный нерв

67

011. Чаще встречаются дивертикулы пищевода

а) глоточно-пищеводные

б) эпифренальные

V в) бифуркационные

г) абдоминального отдела

68

012. В окологлоточном пространстве расположен крупный артериальный сосуд. Это

- а) верхняя щитовидная артерия
- б) восходящая шейная артерия
- в) внутренняя сонная артерия
- ✓ г) наружная сонная артерия
- д) общая сонная артерия

69

013. "Рог" пищевода расположен на уровне

- а) IV шейного позвонка
- ✓ б) дуги перстневидного хряща
- в) V шейного позвонка
- г) VI шейного позвонка
- д) голосовых связок гортани

70

014. Скорость движения воздуха при вдохе наиболее высокая

- а) в трахее
- б) в главных бронхах
- в) в сегментарных бронхах
- ✓ г) в области голосовой щели гортани
- д) в субсегментарных бронхах

71

015. Дыхание резко затрудняется при параличе мышц трахеобронхиального дерева

- а) мышц мягкого неба
- ✓ б) мышц гортани
- в) мышц сегментарных бронхов
- г) мышц субсегментарных бронхов
- д) мышц гортаноглотки

72

016. Следующие анатомические образования служат ориентиром при бронхоскопии

- а) язычок мягкого неба, небные дужки, надгортанник
- ✓ б) язычок мягкого неба, надгортанник, голосовые связки
- в) небные дужки, надгортанник, голосовые связки
- г) небные дужки, надгортанник, грушевидные карманы
- д) надгортанник, голосовые связки, грушевидные карманы

73

017. Расширение бронхов при вдохе обусловлено

- ✓ а) симпатическими нервами
- б) парасимпатическими нервами
- в) возвратными нервами
- г) диафрагмальными нервами
- д) межреберными нервами

74

018. Бифуркация трахеи у взрослых расположена на уровне

- а) II ребра
- б) III ребра
- в) угла Людовика
- г) IV ребра
- ✓ д) правильно а) и в)

75

019. Наиболее крупным является

- а) верхнедолевой бронх справа
- ✓ б) верхнедолевой бронх слева и нижнедолевой бронх справа

- в)среднедолевой бронх справа
 - г)нижнедолевой бронх слева
- 76

020.Самым крупным из сегментарных бронхов правого легкого является

- а)передний В3
- б)медиальный В5
- в)передний базальный В8
- г)латерально-базальный В9
- д)задне-базальный В10

77

021.Самый крупный сегментарный бронх левого легкого

- а)верхушечно-задний В1-2
- б)нижний язычковый В5
- в)передний базальный В8
- г)латерально-базальный В9
- д)задне-базальный В10

78

022.Корень легкого проецируется на уровне

- а)II-IV ребер
- б)III-V ребер
- в)IV-VI ребер
- г)IV-V ребер
- д)III-IV ребер

79

023.Наиболее часто способствует возникновению спонтанного пневмоторакса все перечисленное, кроме

- а)разрыв субплевральной кисты
- б)разрыв врожденной или эмфизематозной буллы
- в)прорыв абсцесса легкого в плевральную полость
- г)спаечный процесс в результате перенесенного плеврита, пневмоний

80

024.К наиболее часто встречающимся врожденным порокам относятся

- а)гипоплазия легких
- б)добавочные доли легкого
- в)поликистоз легких
- г)слияние легочных долей
- д)легочная секвестрация

81

025.Наиболее важными в осуществлении акта дыхания являются

- а)наружные межреберные мышцы
- б)внутренние межреберные мышцы
- в)диафрагма
- г)мышцы живота
- д)все одинаково важны

82

026.Чаще отмечаются аномалии развития

- а)в верхнедолевом бронхе слева
- б)в нижнедолевом бронхе слева
- в)в верхнедолевом бронхе справа
- г)в среднедолевом бронхе справа
- д)в нижнедолевом бронхе справа

83

027.Анатомическими образованиями, прилежащими к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи, являются

- а)легочные артерии
- V б)перикард и левое предсердие
- в)легочные вены
- г)перикард и правое предсердие
- д)перикард и правый желудочек

84

028.По отношению к аорте пищевод в нижнегрудном его отделе располагается

- а)сзади от аорты
- б)справа от аорты
- V в)слева и спереди от аорты
- г)правильного ответа нет

85

029.Истинная длина абдоминального отдела пищевода после пересечения связок блуждающих нервов и рассечения брюшины составляет

- а)1-3 см
- б)2-4 см
- в)4-5 см
- V г)5-6 см
- д)6 и более см

86

030.В обеспечении нормального функционирования пищеводно-желудочного перехода принимают участие

- а)диафрагмальный жом
- б)диафрагмально-пищеводная связка
- в)клапан Губарева и острый угол Гиса
- г)нижний пищеводный сфинктер и круглые мышечные волокна желудка
- V д)все перечисленное

87

031.К наиболее часто встречающимся карманам брюшины в нижнем этаже брюшной полости относятся карманы

- а)в области двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба (перехода)
- б)сигмовидной кишки и ее брыжейки
- V в)в области подвздошно-слепокишечного угла
- г)поперечной ободочной кишки
- д)нисходящей ободочной кишки

88

032.Пилорический жом желудка образован

- а)наружным слоем мышечной оболочки
- V б)средним слоем мышечной оболочки
- в)внутренним слоем мышечной оболочки

89

033.При язвенной болезни желудка чаще возникают кровотечения

- а)из левой желудочной артерии
- V б)из правой желудочной артерии
- в)из желудочно-сальниковой правой артерии
- г)из желудочно-двенадцатиперстной артерии
- д)из желудочно-сальниковой левой артерии

90

034.При язвенной болезни 12-перстной кишки кровотечения чаще всего возникают

- а)из привратниковой артерии

- б)из желудочно-двенадцатиперстной
- в)из желудочно-сальниковой правой
- г)из поджелудочно-двенадцатиперстной верхней
- V д)из всех перечисленных

91

035.Наиболее часто рак желудка локализуется

- а)в кардиальном отделе
- б)в области дна
- в)в области тела
- V г)в пилорическом отделе
- д)в дне и теле

92

036.Слизистую оболочку желудка выстилает

- а)многослойный цилиндрический эпителий
- б)многослойный плоский эпителий
- в)однослойный плоский эпителий
- V г)однослойный цилиндрический железистый эпителий
- д)однослойный плоский неороговевающий эпителий

93

037.Железы желудка располагаются

- а)в подслизистой оболочке
- б)в мышечной оболочке
- V в)в собственной пластинке слизистой оболочки
- г)в мышечной пластинке слизистой оболочки
- д)в серозной оболочке

94

038.Собственные железы желудка располагаются

- а)в кардиальном отделе
- V б)в своде и теле желудка
- в)в антральном отделе
- г)в субкардиальном отделе
- д)в привратнике

95

039.К клеткам собственных желез желудка относятся все перечисленные, кроме

- а)главных (железистых)
- V б)фундальных
- в)периетальных (обкладочных)
- г)добавочных слизистых
- д)шеечных слизистых

96

040.В левой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены

- а)воротная вена
- V б)круглая связка печени и венозная связка (Аранциев проток)
- в)нижняя полая вена
- г)печеночная артерия

97

041.В правой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены

- а)печеночная артерия
- б)печеночный проток
- V в)желчный пузырь
- г)венозная связка

98

042. По ходу внепеченочных желчных протоков расположено

- а) два сфинктера
- б) три сфинктера
- ✓ в) четыре сфинктера
- г) пять сфинктеров
- д) шесть сфинктеров

99

043. Наиболее часто у взрослых встречается

- а) складчатая форма 12-перстной кишки
- ✓ б) подковообразная форма 12-перстной кишки
- г) углообразная форма 12-перстной кишки
- д) кольцевидная форма 12-перстной кишки

100

044. Большой дуоденальный сосочек расположен

- а) на границе верхней и средней трети задней стенки нисходящей части 12-перстной кишки
- б) на середине передне-боковой стенки нижней горизонтальной части кишки
- ✓ в) на середине или границе средней и нижней трети внутренне-задней стенки нисходящей части
- г) на границе трети передне-внутренней стенки нисходящей части кишки

101

045. Основная функция 12-перстной кишки

- а) всасывание
- б) секреторная
- в) в ней происходит процесс ассимиляции
- ✓ г) в ней осуществляется переход от кислого желудочного пищеварения к кишечному
- д) все перечисленные функции

102

046. Начало подвздошной кишки при лапароскопии определяется

- а) по цвету кишки
- б) по изменению перистальтики
- ✓ в) по появлению пейеровых бляшек
- г) по изменению диаметра кишки
- д) по магистральным сосудам

103

047. Наиболее выражены циркулярные складки Керкрина

- ✓ а) в 12-перстной кишке
- б) в начальном отделе тощей кишки
- в) в дистальном отделе тощей кишки
- г) в подвздошной кишке
- д) в толстой кишке

104

048. Важнейшими в функции тонкой кишки являются все перечисленные, кроме

- а) переваривания
- б) всасывания
- в) ассимиляции
- ✓ г) моторной и экскреторной

105

049. Максимально толстая кишка может абсорбировать за сутки

- а) до двух литров жидкости
- б) до трех литров
- в) до четырех литров

г)до пяти литров

V д)до шести литров

106

050.В толще стенки ободочной кишки расположено

а)семь непостоянных сфинктеров

б)восемь непостоянных сфинктеров

V в)десять непостоянных сфинктеров

г)одиннадцать непостоянных сфинктеров

д)тринадцать непостоянных сфинктеров

107

051.К сфинктерам ободочной кишки, имеющим выраженный анатомический субстрат, относятся все перечисленные, кроме

V а)сфинктеров Бузи, Хорста и Кеннона - Бема

б)сфинктера Гирша

в)сфинктера Балли

г)сфинктера Росси - Мутье

108

052.К сфинктерам толстой кишки, являющимся преимущественно рефлексорными, относятся все перечисленные, кроме

а)сфинктера Варолиуса

б)сфинктера Кеннона - Бема

в)сфинктера Паейра - Штрауса

V г)сфинктеров Балли и О`Берна - Пирогова - Мютье

109

053.Пищевые массы и кишечное содержимое при продвижении по желудочно-кишечному тракту встречают препятствие в виде герметически закрывающихся сфинктеров. Этими сфинктерами являются все перечисленные, кроме

V а)нижнего пищеводного сфинктера, сфинктера Гирша и Пирогова - Мютье

б)привратника

в)баугиниевой заслонки

г)сфинктера прямой кишки

110

054.Прямая кишка имеет изгибы в саггитальной и фронтальной плоскостях. Во фронтальной плоскости прямая кишка имеет

а)один изгиб

б)два изгиба

V в)три изгиба

г)четыре изгиба

д)пять изгибов

111

055.Слизистая оболочка прямой кишки образует складки, отличные в разных отделах. В зоне аноректального канала расположены

а)поперечные

б)косые

V в)продольные

г)кольцевые

д)смешанные

112

056.Клапаны Гаустона и складки Кольрауша - это

а)синонимы

б)совершенно различные образования

V в)однотипные образования

113

057.Складки Кольрауша и мышцы Гепнера прямой кишки (третий сфинктер прямой кишки) - это

V а)синонимы

б)совершенно различные образования

в)однотипные образования

114

058.Внутренний сфинктер прямой кишки расположен

а)на уровне гребешковой линии

V б)на уровне переходной складки

в)выше гребешковой линии

г)ниже линии Хилтона

3) ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

115

001.К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме

а)генетических

б)дисфункции вегетативной нервной системы

в)приема ulcerогенных препаратов

V г)заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы

д)алиментарного

116

002.К факторам агрессии, способствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме

а)соляной кислоты

V б)муцина

в)пепсина

г)нарушения эвакуаторной функции желудка

д)дуодено-гастрального рефлюкса

117

003.К факторам защиты, препятствующим развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме

а)нейтрализующей способности бикарбонатной щелочности

б)слоя защитной слизи

в)регенераторной способности поверхностного эпителия

V г)увеличения количества париетальных клеток

д)расстройств кровообращения

118

004.Острые изъязвления желудка и 12-перстной кишки развиваются после воздействия неблагоприятных факторов в течение ближайших

а)24 часов

б)36 часов

V в)72 часов

г)4 суток

д)6 суток

119

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

- а) в дне желудка
- б) в теле желудка
- в) в антральном отделе
- г) в 12-перстной кишке
- ✓ д) верно а), б) и в)

120

006. Язвы Курлинга преимущественно локализуются

- а) в дне желудка
- ✓ б) в теле желудка
- в) в антральном отделе
- г) в 12-перстной кишке
- д) преимущественной локализации нет

121

007. Язвы Кушинга преимущественно локализуются

- а) в дне желудка
- б) в теле желудка
- в) в антральном отделе
- г) в 12-перстной кишке
- ✓ д) в любом отделе пищевода, желудка и 12-перстной кишки

122

008. Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются

- а) в дне желудка
- б) в теле желудка
- ✓ в) в антральном отделе
- г) в 12-перстной кишке
- д) в любом отделе желудка и 12-перстной кишки

123

009. Ведущим фактором в развитии острых изъязвлений слизистой желудка и 12-перстной кишки является

- а) нарушение слизисто-бикарбонатного барьера
- ✓ б) агрессивное действие соляной кислоты и пепсина
- в) нарушение кровообращения слизистой оболочки
- г) нарушение способности быстрой репарации слизистой
- д) снижение оксигенации

124

010. Характерными особенностями болевого синдрома при язвенной болезни являются все нижеперечисленные, кроме

- а) четкого ритма возникновения
- б) связи с приемом пищи
- в) периодичности
- г) сезонности
- ✓ д) только б) и г)

125

011. К клиническим проявлениям хронической дуоденальной непроходимости относятся все нижеперечисленные признаки, кроме

- а)тяжести и болей в животе
- б)горечи во рту
- в)рвоты с примесью желчи
- г)неустойчивого стула
- ☒ д)изжоги

126

012.Выраженность болевых ощущений определяется нижеперечисленными факторами, кроме

- а)индивидуальной восприимчивости к боли
- б)локализации язвенного процесса
- в)возраста
- ☒ г)пола
- д)развития осложнений

127

013.Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме

- а)частого и дробного питания
- б)постельного режима
- ☒ в)местного применения холода
- г)рвоты на высоте болей
- д)приема антацидных препаратов

128

014.Для клинической симптоматики неосложненной язвенной болезни не характерны

- а)боли в области левого подреберья
- б)поздняя рвота (через 2-2.5 часа после еды)
- в)изжога
- г)отрыжка, сочетающаяся со срыгиванием и саливацией
- ☒ д)поносы

129

015.К вариантам заживления язвенного дефекта по Каваине относится

- а)заживление язвы, сохраняющей округлую форму
- б)заживление язвы через стадию линейной формы, перпендикулярной малой кривизне
- ☒ в)заживление язв, через стадию звездчатого рубца
- г)разделение язв на целующиеся
- д)заживление гигантских язв, расположенных параллельно малой кривизне желудка, через стадию линейной язвы

130

016.К системе защиты слизистой желудка от агрессивных факторов относятся все перечисленные, кроме

- а)торможения кислотообразования посредством гастроинтестинальных гормонов
- б)образования слизи
- ☒ в)снижения метаболизма в покровных клетках
- г)регенерации клеток
- д)микроциркуляции

131

017.Причинами образования острых язв желудка могут быть все перечисленные, кроме

- а)заболевания ЦНС
- б)стресса
- ✓ в)курения
- г)ожоговой болезни
- д)приема ulcerогенных лекарственных препаратов

132

018.К факторам, способствующим повышению кислотопродукции желудка, относятся все перечисленные, кроме

- а)увеличения количества париетальных клеток
- б)повышения чувствительности париетальных клеток
- ✓ в)снижения тонуса блуждающего нерва
- г)повышения концентрации гастрина в крови
- д)повышения активности эндокринных желез

133

019.Для дисплазии характерно

- а)нормальное количество специализированных желез
- б)уменьшение количества специализированных желез
- ✓ в)отсутствие специализированных желез
- г)увеличение специализированных желез
- д)часть желез представлена молодыми клетками

134

020.Для клинической картины кардиоспазма не характерна

- а)дисфагия
- б)регургитация
- в)рецидивирующие респираторные инфекции
- ✓ г)анорексия
- д)загрудинная боль

135

021.Клиническая картина болезни Виппля характеризуется всеми симптомами, кроме

- а)поноса
- б)фекалии жирные, светло-серого цвета, объемистые
- ✓ в)значительного увеличения массы тела
- г)коликообразных болей в области пупка
- д)генерализованной аденопатии и спленомегалии

136

022.Различают

- а)одну степень дисплазии
- б)две степени дисплазии
- в)три степени дисплазии
- ✓ г)четыре степени дисплазии
- д)пять степеней дисплазии

137

023.Показанием к хирургическому лечению служит

- а)первая степень дисплазии
- б)вторая степень дисплазии
- в)третья степень дисплазии

V г)четвертая степень дисплазии
д)нет показаний

138

024.Гастрин - это гормон, который продуцируется

- V а)антральным отделом желудка
б)дном желудка
в)12-перстной кишкой
г)бруннеровыми железами
д)поджелудочной железой

139

025.Анатомической основой гастроэзофагеального сфинктера является

- а)диафрагма
б)диафрагмально-пищеводная связка
в)угол Гисса
г)кардия
V д)ни один из перечисленных выше

140

026.Причина развития ахалазии

- а)стресс
V б)отсутствие ауэрбаховского сплетения
в)желудочно-пищеводный рефлюкс
г)все, перечисленное выше
д)ничего из перечисленного выше

141

027.При лечении синдрома Мэллори - Вейса предпочтительно

- а)зонд Блэкмора
б)антациды
в)экстренная операция
г)охлаждение желудка
V д)электрокоагуляция дефекта

142

028.Значительное повышение сывороточной амилазы характерно для

- а)паротита
V б)панкреотита
в)тонкокишечной непроходимости
г)рака поджелудочной железы
д)пенетрирующей язвы 12-перстной кишки

143

029.Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является

- а)рак желудка
V б)язвенная болезнь
в)мышечная гипертрофия привратника
г)пролапс слизистой желудка через привратник
д)доброкачественные полипы желудка

144

030. Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, равно

- а) 25 мл
- ✓ б) 60 мл
- в) 100 мл
- г) 250 мл
- д) 500 мл

145

031. После прекращения желудочно-кишечного кровотечения скрытая кровь в кале может обнаруживаться в течение максимум

- а) 5 дней
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- ✓ г) 3 недель
- д) 5 недель

146

032. Гастрин влияет на деятельность следующих органов, кроме

- а) желудка
- б) поджелудочной железы
- в) тонкой кишки
- г) печени
- ✓ д) толстой кишки

147

033. Эрозивный гастрит может быть вызван применением всех препаратов, кроме

- а) стероидных гормонов
- б) салицилатов
- ✓ в) резерпина
- г) цитостатиков
- д) этанола

148

034. Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме

- а) боли в животе
- б) напряжения передней брюшной стенки
- ✓ в) усиленной перистальтики кишечника
- г) боли в надплечье
- д) рвоты

149

035. О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме

- а) усиления боли
- ✓ б) ослабления боли
- в) иррадиации боли в спину
- г) болей по ночам
- д) изменения ритмичности болей

150

036. Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой

- а) язва 12-перстной кишки
- б) язва желудка

- V в)скользящая диафрагмальная грыжа
г)параэзофагеальная грыжа
д)гастрит

151

037.Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является

- V а)гастрин
б)секретин
в)глюкагон
г)кинины
д)простогландины

152

038.Выделение гастрина стимулируется всем нижеперечисленным, кроме

- V а)ацидификации антрального отдела
б)ощелачивания антрального отдела
в)растяжения антрального отдела
г)стимуляции блуждающего нерва
д)гистамина

153

039.Истинная ахлоргия часто встречается при указанных ниже заболеваниях, кроме

- V а)пернициозной анемии детей
б)пернициозной анемии взрослых
в)болезни Менетрие
г)атрофического гастрита
д)рака желудка

154

040.Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует

- а)с размерами язвы
б)с локализацией язвы
V в)с количеством потерянной крови
г)с возрастом больного
д)с полом

155

041.Диарея как следствие хирургической операции на желудке по поводу язвенной болезни наиболее вероятно связана

- а)с типом анастомоза
б)с величиной резекции
V в)с ваготомией
г)с тяжестью язвенной болезни
д)с уровнем кислотности

156

042.Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием

- а)язвы анастомоза
V б)недостаточного гемостаза в процессе операции
в)невывявленной язвы
г)нарушения гемостаза

д)травмы при интубации

157

043.Синдром приводящей петли проявляется

а)рецидивом язвы

б)дисфагией

в)рвотой желчью

г)болью в верхней половине живота, облегчаемой рвотой

✓ д)правильно в) и г)

158

044.Массивные желудочно-кишечные кровотечения редко являются следствием

а)варикозного расширения вен пищевода

✓ б)рефлюкс-эзофагита

в)эрозивного гастрита

г)язвы желудка

д)язвы 12-перстной кишки

159

045.Развитию синдрома Мэллори - Вейса способствует

а)язвенная болезнь

✓ б)алкоголизм

в)грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г)рак желудка

д)лимфома желудка

160

046.Симптомы гиповолемии появляются, когда кишечное кровотечение превышает

а)100 мл

б)300 мл

✓ в)500 мл

г)750 мл

д)1000 мл

161

047.Когда пептическая язва осложняется желудочно-кишечным кровотечением, то боль

а)усиливается

✓ б)исчезает

в)иррадиирует в спину

г)сосредоточивается в пупочной области

д)характер боли не меняется

162

048.Наиболее информативным методом исследования при невыясненной гепатомегалии является

а)скенирование

б)ангиография

в)лапароскопия

✓ г)биопсия печени

д)ферментные тесты

163

049.Зуд при желтухе связан

- а)с билирубином
- V б)с солями желчи
- в)с лецитином
- г)с фосфолипидами
- д)с щелочной фосфатазой

164

050.Наиболее частый клинический признак цирроза печени

- а)пальпируемая печень
- б)желтуха
- V в)асцит
- г)периферические отеки
- д)сосудистые звездочки

165

051.Наиболее распространенные симптомы, вызванные грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, являются следствием

- а)нарушения прохождения пищи по пищеводу
- б)расширения пищевода
- V в)рефлюкса кислого содержимого желудка в пищевод
- г)спазма пищевода
- д)ничего из перечисленного

166

052.Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является

- а)ангиография
- б)рентгенография
- V в)эндоскопия
- г)исследование кислотности
- д)скенирование

167

053.Наиболее распространенная доброкачественная опухоль тонкого кишечника - это

- V а)аденома
- б)липома
- в)фиброма
- г)ангиома
- д)миома

168

054.Диагноз болезни Випля может быть поставлен на основании

- а)характерной клинической картины заболевания
- б)макроскопической картины слизистой оболочки тонкой кишки
- V в)биопсии тонкой кишки
- г)биопсии печени
- д)биопсии желудка

169

055.Печень взрослого человека в среднем весит

- а)500 г
- б)750 г

- в)1000 г
- V г)1500 г
- д)2000 г

170

056.Демпинг-синдром может наблюдаться во всех случаях, кроме

- а)у здоровых лиц
- б)после ваготомии с пилоропластикой
- в)после ваготомии с резекцией желудка
- г)после резекции 75% желудка
- V д)после операции на толстой кишке

171

057.Наименьшей абсорбирующей функцией слизистой тонкой кишки обладают

- V а)микроворсинка
- б)бокаловидная клетка
- в)цилиндрическая клетка
- г)тела Гольджи
- д)ворсинка

172

059.К гистологическим данным, которые указывают на улучшение в течении неспецифического язвенного колита, относятся все, кроме

- а)появления островков регенерации
- б)исчезновения крипт-абсцессов
- в)снижения васкулярности
- г)восстановления бокаловидных клеток
- V д)увеличения лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя

173

060.Гистологические данные, позволяющие дифференцировать болезнь Крона и неспецифический язвенный колит

- а)крипт-абсцессы
- V б)саркоидные гранулемы в подслизистом слое
- в)псевдополипы
- г)диффузное воспаление слизистой
- д)атрофия слизистой

174

061.Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеют заболевания

- а)неспецифический язвенный колит
- б)ишемический колит
- V в)туберкулез толстой кишки
- г)эозинофильный энтероколит
- д)псевдомембранный колит

175

062.При болезни Крона симптомы раннего поражения наблюдаются

- а)в слизистой
- б)в подслизистой
- V в)в лимфатических узлах
- г)в капиллярах

д)в серозе

176

063.Для болезни Крона характерно все нижеперечисленное, кроме

- а)это предраковое заболевание
- ✓ б)носит наследственный характер
- в)встречается в любом возрасте
- г)имеет широкое географическое распространение

177

064.Распространенный симптом болезни Крона

- а)лихорадка
- б)боль
- ✓ в)диарея
- г)слабость
- д)анорексия

178

065.Диарея, вызванная болезнью Крона

- ✓ а)редко бывает более 5 раз в день
- б)обычно в стуле - гной, кровь, слизь
- в)обычно связана с тенезмами
- г)боль отсутствует
- д)похожа на холеру

179

066.Крайне редкое осложнение болезни Крона

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

180

067.Изменения слизистой при болезни Крона похожи

- а)на язвенный колит
- ✓ б)на амебиаз
- в)на шигеллез
- г)на полипоз
- д)на брюшной тиф

181

068.В большинстве случаев рецидив болезни Крона после операции наблюдается

- ✓ а)в течение года
- б)в течение 2-3 лет
- в)в течение 5 лет
- г)в течение 10 лет
- д)ничего из перечисленного

182

069.При кишечной форме туберкулеза чаще поражается

- а)пищевод

- б)желудок
- V в)тощая кишка
- г)червеобразный отросток
- д)прямая кишка

183

- 070.Основными симптомами кишечной непроходимости являются все нижеперечисленные, кроме
- а)боли
 - V б)поноса
 - в)рвоты
 - г)вздутия живота
 - д)задержки стула и газов

184

- 071.Кишечную инвагинацию характеризуют все симптомы, кроме
- V а)запоров
 - б)диареи
 - в)инфильтрата брюшной полости
 - г)выделения из прямой кишки крови и слизи
 - д)болезненных позывов на дефекацию

185

- 072.Правая половина ободочной кишки кровоснабжается
- а)из селезеночной артерии
 - V б)из верхней брыжеечной артерии
 - в)из нижней брыжеечной артерии
 - г)из левой ободочной кишки
 - д)из срамной артерии

186

- 073.Сегмент ободочной кишки, в котором абсорбируется меньше всего воды
- а)слепая кишка
 - б)восходящая кишка
 - в)поперечная ободочная кишка
 - V г)нисходящая кишка
 - д)сигмовидная кишка

187

- 074.В норме барий поступает в слепую кишку через
- а)1 час
 - б)2 часа
 - V в)4 часа
 - г)8 часов
 - д)12 часов

188

- 075.Сегмент толстой кишки, где находятся фекальные массы
- а)слепая кишка
 - б)сигмовидная кишка
 - в)нисходящая кишка
 - V г)поперечная ободочная кишка

д)прямая кишка

189

076.Позыв на дефекацию возникает при

- а)сокращении наружного анального сфинктера
- б)сокращении внутреннего анального сфинктера
- в)повышении давления в сигмовидной кишке
- V г)повышении давления в прямой кишке
- д)сокращении прямой кишки

190

077.Термин "долихоколон" используется при описании ободочной кишки, которая

- а)петлистая
- б)укорочена
- в)не прикреплена к брыжейке
- г)удвоена
- V д)удлинена

191

078.При долихоколон больные жалуются

- а)на боль в спине
- б)на частый стул
- в)на быстрое насыщение
- г)на вздутие живота
- V д)на запоры начиная с рождения

192

079.Лица с долихоколон предрасположены

- а)к инвагинации
- V б)к завороту кишки
- в)к злокачественным новообразованиям
- г)к выпадению прямой кишки
- д)к полипам

193

080.При мегакалон отмечается

- а)гипертонус нисходящей ободочной кишки
- б)атония толстой кишки
- V в)аганглиоз
- г)атрезия ануса
- д)отсутствие внутреннего ректального сфинктера

194

081.Симптом, часто наблюдающийся при психогенном мегаколон и редко при болезни Гиршпрунга

- а)запор
- б)понос
- в)вздутие живота
- V г)недержание кала
- д)начало заболевания в детстве

195

082. В норме в кале встречаются все нижеперечисленные энзимы, кроме

- V а) пепсина
- б) амилазы
- в) липазы
- г) трипсина
- д) мальтазы

196

083. Самый неприятный запах стула бывает

- а) при овощной диете
- б) при молочной диете
- V в) при недостаточной абсорбции
- г) при панкреатогенной стеаторее
- д) при оральном употреблении антибиотиков

197

084. pH кала в нормальных условиях

- а) 2.2-3.5
- б) 3.8-4.5
- в) 5.0-6.2
- V г) 6.8-7.3
- д) 7.5-8.2

198

085. Слизь, выделяющаяся при акте дефекации, характерна всем перечисленным, кроме

- а) не бывает в нормальном стуле
- V б) микроскопически имеет характерную уникальную структуру
- в) чаще наблюдается при слабом и водянистом стуле
- г) мембранная слизь обычно характерна для функциональных или нейрогенных нарушений
- д) может выделяться из тонкой кишки

199

086. Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки

- а) дилатация ампулы прямой кишки
- б) разрыхленность слизистой прямой кишки
- V в) сегментарный спазм сигмовидной кишки
- г) поверхностные изъязвления
- д) инфильтрация слизистой

200

087. Эндоскопическая картина шигеллеза похожа

- а) на амебиаз
- б) на сальмонеллез
- в) на гранулематозный колит
- V г) на неспецифический язвенный колит
- д) на дивертикулит

201

088. Для псевдомембранозного колита характерно

- а) высокая температура
- б) боли в животе
- в) понос

V г)стафилококк в мазке кала
д)наличие специфических изменений при гистологическом исследовании слизистой прямой кишки

202

089.Дивертикулез толстой кишки чаще поражает

- а)прямую кишку
- V б)сигмовидную кишку
- в)нисходящую кишку
- г)поперечную ободочную кишку
- д)слепую кишку

203

090.Частыми симптомами при дивертикулезе ободочной кишки являются все перечисленные, кроме

- а)запора
- б)болей в животе
- в)метеоризма
- V г)диареи
- д)отсутствия болезненности при пальпации живота

204

091.Заболевание ободочной кишки, которое трудно дифференцировать с раком толстой кишки

- а)язвенный колит
- б)болезнь Крона
- в)амебный колит
- V г)дивертикулит
- д)полипы размером до 2 см

205

092.К антибиотикам, обладающим как бактерицидным, так и бактериостатическим действием на микробную флору, относятся

- а)канамицин
- б)клафоран
- V в)ванкомицин
- г)карбенициллин
- д)доксциллин

206

093.К антибактериальным средствам, обладающим как бактерицидным, так и бактериостатическим действием, относятся

- а)потесептил
- б)неомицин
- в)карбенициллин
- V г)рифамид и ванкомицин

207

094.К антибиотикам, обладающим бактерицидным действием на микроорганизмы, относятся все перечисленные, кроме

- а)бензилпенициллина
- б)диклоксациллина

V в)рондомицина и линкомицина
г)мономицина

208

095.Бактерицидным действием на микробную флору обладают

- а)линкомицин
- V б)цефамезин
- в)новобиоцин
- г)омапромицин
- д)морфоциклин

209

096.Из перечисленных ниже антибактериальных препаратов бактерицидным действием на микроорганизмы обладают

- а)стрептоцид
- V б)фурагин калий (салафур) и диоксидин
- в)доксимицин (доксимициклин)
- г)олететрин

210

097.Из перечисленных ниже антибактериальных средств бактерицидным действием на микробную флору обладают все перечисленные, кроме

- V а)эрициклина и левомецетина
- б)сизомицина
- в)кефзола
- г)карбопенициллина

211

098.К антибиотикам, обладающим нефротоксическими и ототоксическим действием, относятся

- а)окситетрациклин
- V б)полимиксин и неомицин
- в)линкомицин
- г)левомецетин

212

099.Бактериостатическим действием на микробную флору обладают все перечисленные, кроме

- а)сульфамонотоксина
- б)вибрамицина
- V в)тобромицина и амикацина
- г)розамицина

213

100.Бактериостатическим действием обладают все перечисленные антибиотики, кроме

- V а)клоксациллина и канамицина
- б)морфоциклина
- в)оманзомицина
- г)новобиоцина

214

101.Бактериостатическим действием обладают антибиотики

- а)клафоран
- V б)фузидин и эритромицин
- в)полимиксин Е
- г)стрептомицин
- д)все перечисленные

215

102.В вашем распоряжении имеются бактерицидные антибиотики: пенициллин, ампиокс, цефалоридин, кефзол, канамицин, гентамицин и бактериостатические препараты - эритромицин, олеандомицин, доксициклин, метациклин, левомицетин. Какие антибиотики Вы будете комбинировать с уверенностью, что не возникнет антагонизм?

- а)бактерицидные с бактерицидными
- V б)бактерицидные с бактериостатическими или бактериостатические с бактериостатическими
- в)в любом случае антагонизма не будет
- г)при любой комбинации будет антагонизм

216

103.Среди нижеперечисленных антибактериальных препаратов бактериостатическим действием на микробную флору обладают

- V а)сульфаниламиды и макролиды
- б)нитрафураны
- в)пенициллины
- г)аминогликозиды
- д)макролиды и аминогликозиды

217

104.Метронидазол сочетается

- а)с пенициллинами и тетрациклинами
- б)с цефалоспоридами
- в)с аминогликозидами
- г)с макролидами
- V д)со всеми перечисленными

218

105.Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является

- а)левомицетин
- б)тетрациклин
- в)эритромицин
- V г)ампиокс
- д)олеандомицин

219

106.Пути возникновения резистентных штаммов микрофлоры при проведении антибиотикотерапии являются

- а)мутация
- б)транссудация
- в)трансформация
- г)конъюгация
- V д)все перечисленные

220

107. Среди перечисленных сульфамидамидных препаратов к препаратам сверхдлительного действия относится

V а) сульфадиметоксин и сульфамонометоксин

б) стрептоцид

в) сульфадимизин

г) норсульфазол

д) все перечисленные

221

108. Бактерицидным действием обладают

V а) бициллин-3 и мономицин

б) окситетрациклин

в) олеандомицин

г) фузидин

д) все перечисленные

222

109. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов к веществам, обладающим бактерицидным действием, относятся

V а) полимиксины и цефалоспорины

б) тетрациклины

в) макролиды

г) сульфаниламиды

д) все перечисленные

223

110. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов к веществам, обладающим бактериостатическим действием на микробную клетку, относятся

V а) сульфаниламиды и макролиды

б) нитрафураны

в) пенициллины

г) аминогликозиды

д) все перечисленные

224

111. Бактерицидным действием на микробную флору обладают все перечисленные антибиотики, кроме

а) полимиксинов

V б) тетрациклинов и макролидов

в) макролидов и цефалоспоринов

г) аминогликозидов

д) цефалоспоринов

225

112. Желтую окраску зубов и ногтей может вызвать у детей

а) пенициллин

б) левомицетин

в) стрептомицин

V г) гистрациклин

д) оксациллин

226

113.Аминогликозиды (канамицин, мономицин, неомицин, гентамицин, амикацин и др.), являясь бактерицидными препаратами, обладают следующим механизмом действия на микробную клетку

- а)нарушают функцию клеточных мембран
- б)ингибируют синтез ДНК и РНК
- V в)нарушают систему трансляции
- г)ингибируют синтез клеточной оболочки
- д)подавляют синтез белка на уровне рибосом

227

114.При пероральном применении инактивируется желудочным соком

- а)оксациллин
- б)эритромицин
- в)канамицин
- г)метациклин
- V д)пенициллин

228

115.При возникновении выраженной аллергической реакции на введение пенициллина наиболее эффективны для лечения этого осложнения

- а)супрастин
- б)аминокапроновая кислота
- в)преднизолон
- V г)пенициллиназа
- д)димедрол

229

116.Гепатотоксическим действием обладает

- а)пенициллин
- V б)линкомицин
- в)тетрациклин
- г)колимицин
- д)цефамезин

230

117.Бактериостатическим действием обладают

- а)бициллин-5
- V б)окситетрациклин и эритромицин
- в)стрептомицин
- г)клафоран
- д)эритромицин и стрептомицин

231

118.Известно, что некоторые антибиотики могут оказывать как ото- так и нефротоксическое действие. К нижеперечисленным препаратам с такими свойствами относятся

- а)новоблоцин
- V б)мономицин и бруламицин
- в)линкомицин
- г)бруламицин и линкомицин
- д)клафоран

232

119. К антибиотикам, обладающим ото- и нефротоксичностью, относятся

- а) цефамезин
- ✓ б) неомицин и канамицин
- в) клиндамицин
- г) эритромицин
- д) канамицин и эритромицин

233

120. Нейротоксическим действием обладают

- а) пенициллин
- б) кефзол
- ✓ в) полимиксин и стрептомицин
- г) линкомицин
- д) стрептомицин и линкомицин

4) МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

03.01. Основным методом верификации эндоскопического заключения является

- А) операция
- Б) рентгенологическое исследование
- ✓ В) гистологическое исследование
- Г) ультрасонография
- Д) манометрия

03.02. Наиболее часто для гистологического изучения ткани используется препарат в виде

- А) мазка
- Б) отпечатка
- В) пленки
- ✓ Г) тонкого среза ткани
- Д) центрифугата

03.03. Основным методом изучения гистологических препаратов является

- ✓ А) световая микроскопия
- Б) ультрафиолетовая микроскопия
- В) флюоресцентная микроскопия
- Г) фазово-контрастная микроскопия
- Д) электронная микроскопия

03.04. Показанием к пункционной биопсии при эндоскопическом исследовании могут служить

- ✓ А) диффузные заболевания печени
- Б) глубоко расположенные поражения
- В) подслизистые опухоли
- Г) опухолевидные забрюшинные образования
- Д) гистозные образования

Инструкция: Установите соответствие;

Ответы 1-Г; 2-Е; 3-З; 4-Ж; 5-Д; 6-В; 7-А; 8-Б

03.05. Вид эпителия

- 1. Эндотелий

- 2.Мезотелий
- 3.Однослойный кубический эпителий
- 4.Однослойный призматический эпителий
- 5.Многорядный реснитчатый эпителий
- 6.Многослойный плоский неороговевающий эпителий
- 7.Многослойный плоский ороговевающий эпителий
- 8.Переходный эпителий.

Ответы: 1-Б; 2-В; 3-Е; 4-А; 5-Д

03.06.Морфологическое понятие

- 1 . Гипертрофия
- 2.Гиперплазия
- 3.Метаплазия
- 4.Атрофия
- 5.Дисплазия

Инструкция: ВЫБЕРЕТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

03.07.Острое воспаление морфологически характеризуется наличием в инфильтрате большого количества

- А) нейтрофильных лейкоцитов
- Б) лимфоцитов
- В)эритроцитов
- Г) плазмоцитов
- Д) эозинофилов

03.08. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют

- А) нейтрофильные лейкоциты
- Б) лимфоциты и плазмоциты
- В)эритроциты
- Г) эозинофилы
- Д) базафилы

Выстилает

- А. Поверхность кожи
- Б. Мочеточник и мочевой пузырь
- В. Полость рта и пищевода
- Г. Кровеносные и лимфатические сосуды
- Д. Воздухоносные пути
- Е. Плевру, брюшину, сердечную сумку
- Ж. Желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
- З. Почечные каналы

Его характеристика

- А. Уменьшение размеров
- Б. Увеличение размеров
- В. Увеличение в числе...
- Г. Озлокачествление
- Д. Структурная перестройка
- Е. Замена одного вида на дру родственный вид
- Ж. Увеличение слоев

03.09.Наибольшее значение среди фоновых предопухолевых изменений эпителия желудочно-кишечного тракта придают

А) дистрофии Б) атрофии В) гиперплазии Г) дисплазии Д) метаплазии

03.10. Для I стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков

А) 1,0 - 2,5 мм Б) 2,5 - 5,0 мм В) 5 - 10 мм Г) 10 - 15 мм Д) 15-20 мм

03.11. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков

А) 1,0-2,5 мм Б) 2,5 - 5,0 мм В) 5 - 10 мм Г) 10 - 15 мм Д) 15-20 мм

03.12. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает

А) пневмонию

Б) туберкулез

В) бронхоэктатическую болезнь

Г) поликистоз легких

Д) рак легкого

03.13. При дифференциальной диагностике перибронхиальной формы центрального рака легкого и цирроза наиболее информативны

А) бронхоскопия Б) томография В) томография и бронхоскопия Г) томография, бронхоскопия и бронхография

03.14. Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дистальных изменений бронхиального дерева нужны

А) рентгенография Б) томография В) бронхоскопия Г) бронхография

03.15. Сброс контрастного вещества из желчных протоков в норму наступает через

А) 1-2 минуты

Б) 3-4 минуты

В) 5-12 минут

Г) 12-17 минут

Д) 17-20 минут

03.16. Рентгенологическими признаками холедохолитиаза являются:

А) дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой

Б) расширение общего желчного протока

В) расширение внутрипеченочных протоков

Г) дефекты наполнения с четкими контурами и округлой форме перемещающиеся при перемене положения тела

Д) блокада общего желчного протока, имеющая зазубренные контуры

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

А) ровного четкого овала

Б) полулунного дефекта наполнения

В) «писчего пера»

Г) полулунного депо

Д) «когтя»

03.18. Рак желчных протоков при холангиографии устанавливается на основании следующего признака:

А) равномерного стенозирования

Б) блокады и супрастенотического расширения

В) смещения общего желчного протока

Г) отсутствия нарушения эвакуации контрастного вещества

Д) изогнутости и высокого расположения общего желчного тока

03.19. При первичном раке общего желчного протока его культя приобретает форму

А) ровного четкого овала

Б) полулунного дефекта наполнения

В) «писчего пера»

Г) полулунная ниша

Д) «когтя»

03.20. При раке большого дуоденального сосочка терминальный дел общего желчного протока приобретает форму

А) ровного четкого овала

Б) полулунного дефекта наполнения

В) «писчего пера»

Г) полулунная ниша

Д) «КОГТЯ»

3.21. Для зоны злокачественной обструкции общего желчного протока не характерен вид:

А) ровного овала

Б) перевернутой буквы U

В) перевернутой буквы V

Г) нечеткий

Д) зазубренного контура

03.22. При раке желчного пузыря отмечается следующая рентгенологическая картина:

А) четкость контуров желчного пузыря

Б) желчный пузырь не контрастируется при хорошо контрастированных
внутрипеченочных протоках

В) отсутствие контрастирования внутрипеченочных протоков

Г) в просвете желчного пузыря определяются нечеткие тени

Д) полость желчного пузыря сужена

03.23. Диаметр главного панкреатического протока в области головки составляет:

А) 1 мм

Б) 2 мм

В) 3 мм

Г) 4 мм

Д) 5 мм

03.24. Диаметр главного панкреатического протока в области тела являет:

А) 1 мм

Б) 2 мм

В) 3 мм

Г) 4 мм

Д) 5 мм

03.25. На панкреатограммах при легкой степени тяжести хронического панкреатита определяется:

А) Равномерное незначительное сужение главного панкреатического протока

- Б) Неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 1 мм
- В) Неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 2 мм
- Г) Неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 3 мм
- Д) Протоки поджелудочной железы резко деформированы с кистозными расширениями, выраженной извитостью и склонностью к расширению

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

- А) 1-2 минуты
- Б) 3-4 минуты
- В) 5-6 минут
- Г) 6-7 минут
- Д) 16-20 минут

04.01. Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются:

- А) психические заболевания
- Б) кардиоспазм 3 стадии
- В) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
- Г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени
- Д) стенокардия напряжения

04.02. Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются:

- А) инфаркт миокарда в острой стадии
- Б) инсульт в острой стадии
- В) психические заболевания
- Г) перфорация пищевода
- Д) химический ожог пищевода III ст.

04.03. Эндоскопическое исследование после операций на органах брюшной полости можно выполнять

- А) через одни сутки
- Б) через 2-3 дня
- В) через неделю
- Г) через две недели
- Д) в любое время

04.04. Желудок опорожняется от пищи в среднем за

- А) 3 часа
- Б) 6 часов
- В) 9 часов
- Г) 12 часов
- Д) 24 часа

04.05. Промывание желудка перед ЭГДС требуется больным с А) стриктурами пищевода

- Б) декомпенсированным стенозом привратника
- В) хиатальной аксиальной грыжей III степени
- Г) подозрением на кровотечение из верхних отделов ЖКТ
- Д) химическим ожогом пищевода

04.06. Показаниями к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) являются:

А) калькулезный холецистит

Б) подозрение на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей

В) дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой

Г) эхинококков печени

Д) подозрение на кисту поджелудочной железы

04.07. Противопоказаниями к проведению ЭРПХГ в плановом порядке являются:

А) повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам

Б) острый панкреатит и обострение хронического панкреатита

В) механическая желтуха

Г) острый холецистит

Д) опухоли печени

04.08. ЭРПХГ необходимо выполнять в

А) эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгентеле-визионной установкой

Б) рентгенологическом кабинете

В) операционной

Г) введение контраста в эндоскопическом кабинете, затем больного транспортировать в рентгенологический кабинет

Д) рентгенооперационной

04.09. К приемам, улучшающим условия канюляции БДС, относятся:

А) больной поворачивается на живот

Б) приподнимается головной конец стола

В) приподнимается ножной конец стола

Г) поворот больного на спину

Д) подача контрастного вещества в период поиска БДС

04.10. Количество контрастного вещества, вводимого в главный панкреатический проток, не должно превышать

А) 1 мл

Б) 5 мл

В) 15 мл

Г) 20 мл

Д) 25 мл

04.11. Для одновременного контрастирования двух протоковых систем катетер вводится в ампулу БДС на глубину

А) 2 мм

Б) 3-5 мм

В) 8-10 мм

Г) 10-12 мм

Д) 12-15 мм

04.12. Контрастное вещество должно быть

А) охлажденным до 10-12 градусов

Б) комнатной температуры

В) подогретым до 37 градусов

Г) подогретым до 40 градусов

Д) подогретым до 50 градусов

04.13. В норме выведение контрастного вещества из главного панкреатического протока и его ветвей происходит в течении

А) 20-60 сек

Б) 2-5 мин

В) 5-10 мин

Г) 10-15 мин

Д) 20-25 мин

04.14. Профилактикой развития острого панкреатита после ЭРПХГ служат:

А) введение охлажденного контрастного вещества

Б) получение паренхимогаммы

В) глубокое введение катетера в Вирсунгов проток

Г) назначение при необходимости антибиотиков, спазмолитиков, антиферментов

Д) промывание протоковой системы в конце исследования хлоргексидином

04.15. Профилактикой инфицирования протоковых систем служат:

А) использование стерильного аппарата и инструментария

Б) орошение БДС 70 градусным спиртом перед канюляцией

В) назначение антибиотиков до исследования в течение 3 дней

Г) при наличии неликвидированной гипертензии операция должна предприниматься в течение 1-3 суток после исследования

Д) промывание протоков хлоргексидином в конце исследования после аспирации контрастного вещества

04.16. Ограничением к выполнению колоноскопии является:

А) анемия

Б) рак яичника

В) метастатическое поражение печени

Г) полипы желудка

Д) спаечная болезнь органов брюшной полости

04.17. Показанием к плановой колоноскопии является:

А) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии

Б) болезнь Уиппла

В) синдром мальабсорбции

Г) дисбактериоз

Д) гельминтоз

04.18. Показанием к плановой колоноскопии является:

А) кишечное кровотечение

Б) желудочное кровотечение

В) кишечная непроходимость

Г) инородное тело толстой кишки

Д) рентгенологическое подозрение на рак толстой кишки

04.19. Показанием к экстренной колоноскопии является:

А) анемия

Б) кишечное кровотечение

В) подозрение на перфорацию толстой кишки

Г) гранулематозный колит

Д) дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита

04.20. Анальная трещина является:

А) абсолютным противопоказанием к колоноскопии

Б) относительным противопоказанием к колоноскопии

В) ограничением колоноскопии

Г) абсолютным показанием к колоноскопии

Д) относительным показанием

04.21. Спаечная болезнь органов брюшной полости является:

- А) показанием к колоноскопии
- Б) противопоказанием к плановой колоноскопии
- В) показанием к ургентной колоноскопии
- Г) противопоказанием к ургентной колоноскопии
- Д) ограничением колоноскопии

04.22. Аневризма брюшного отдела аорты является:

- А) показанием к плановой колоноскопии
- Б) абсолютным противопоказанием к колоноскопии
- В) относительным противопоказанием
- Г) показанием к ургентной колоноскопии
- Д) ограничением колоноскопии

04.23. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии не используют:

- А) вазелиновое масло
- Б) касторовое масло
- В) раствор сернокислой магнезии
- Г) фортранс
- Д) форлакс

04.24. Преимущественно на моторику тонкой кишки действует:

- А) касторовое масло
- Б) кора крушины
- В) изафенин
- Г) фенолфталеин (пурген)
- Д) бисакодил

04.25. На моторику толстой и тонкой кишки действуют:

- А) раствор сернокислой магнезии
- Б) касторовое масло
- В) изафенин
- Г) бисакодил
- Д) кора крушины

04.26. К послабляющим средствам относятся:

- А) касторовое масло
- Б) вазелиновое масло
- В) изафенин
- Г) бисакодил
- Д) кора крушины

04. 27. К ветрогонным средствам относятся:

- А) касторовое масло
- Б) вазелиновое масло
- В) изафенин
- Г) настой семян укропа
- Д) корень ревеня

04.28. После очистительных клизм раздражение слизистой оболочки толстой кишки (дистального отдела) сохраняется в течение:

- А) 2 часов
- Б) 12 часов
- В) 24 часов

Г) 48 часов

Д) раздражения слизистой оболочки не наблюдается вообще!

04.29. Солевое слабительное вызывает раздражение слизистой оболочки толстой кишки, которое сохраняется в течение:

А) 1-2 часов

Б) 12-24 часов

В) 2-3 дней

Г) недели

Д) раздражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечается.

04.30. Задержка жидкости в просвете толстой кишки характерна для

А) касторового масла

Б) вазелинового масла

В) сернокислой магнезии

Г) бисакодила

Д) коры крушины

04.31. Для подготовки больных с поносами к колоноскопии используют следующую схему.

А) слабительные средства + очистительные клизмы

Б) слабительные средства + сифонные клизмы

В) только очистительные клизмы

Г) только слабительные средства

Д) осмотр проводят без предварительной подготовки

04.32. Для подготовки больных с толстокишечной непроходимостью к колоноскопии используют следующую схему:

А) только слабительные

Б) только сифонные клизмы

В) слабительные средства + очистительные клизмы

Г) слабительные средства + сифонные клизмы

Д) осмотр производится без предварительной подготовки

04.33. У больных с нарушенным актом дефекации (длительные запоры) используют следующую схему подготовки:

А) за 2 часа до осмотра очистительная клизма

Б) по 1 очистительной клизме на ночь накануне исследования и утром в день исследования

В) накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла

Г) накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма

Д) за 3 дня до исследования бесшлаковая диета, накануне исследования принять 40,0 мл касторового масла, 2 клизмы на ночь и 2 клизмы с утра в день исследования

04.34. Перед колоноскопией необходима премедикация:

А) наркотики п/к

Б) спазмолитики п/к

В) наркотики + спазмолитики п/к

Г) наркотики + спазмолитики в/в

Д) премедикация не требуется

04.35. Показаниями к бронхофиброскопии являются:

- А) профузное легочное кровотечение
- Б) статус астматикус
- В) рак легкого
- Г) инородное тело легкого
- Д) инородное тело легкого

04.36. При бронхоскопии возможно диагностировать:

- А) бронхоэктатическую болезнь
- Б) интерстициальную пневмонию
- В) неосложненную кисту легкого
- Г) Центральный рак легкого
- Д) недренирующийся абсцесс легкого

04.37. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются:

- А) стеноз трахеи
- Б) статус астматикус
- В) перифериями рак легкого
- Г) бронхоэктатическая болезнь
- Д) гипоплазия

04.38. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются:

- А) периферический рак легкого
- Б) центральный рак легкого
- В) инородное тело бронха
- Г) статус астматикус
- Д) кровохарканье

04.39. Осложнением щипцовой биопсии является:

- А) перфорация стенки бронха
- Б) кровотечение
- В) отек слизистой оболочки бронха
- Г) пневмомедиастинум
- Д) обострение хронического бронхита

04.40. Осложнением трансбронхиальной щипцовой биопсии является:

- А) обострение хронического бронхита
- Б) перфорация стенки бронха
- В) кровотечение
- Г) пневмоторакс
- Д) разрыв легкого

04.41. Премедикация перед бронхоскопическим исследованием включает:

- А) 801. Promedoli 1% - 1,0
- Б) 801. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 3 ч до исследования
- В) 801. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 30 мин до исследования
- Г) седативные препараты
- Д) аналептики

04.42. При проведении биопсионных щипов при биопсии из верхнедолевого бронха

- А) дистальный конец эндоскопа выпрямлен
- Б) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 90 градусов
- В) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 60 градусов
- Г) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 30 градусов
- Д) биопсия не берется вообще

04.43. Осмотр бронхов правого легкого проводят в последовательности

- А) верхнедолевой, нижнедолевой, среднедолевой
- Б) нижнедолевой, среднедолевой, верхнедолевой
- В) базальные бронхи, В6, среднедолевой, верхнедолевой
- Г) верхнедолевой, среднедолевой, В6, базальные бронхи
- Д) среднедолевой, верхнедолевой, В6, базальные бронхи

04. 44. Осмотр бронхов левого легкого проводят в последовательности

- А) верхнезональный, переднезональный, базальные бронхи, В6
- Б) переднезональный, базальные бронхи, верхнезональный, В6
- В) переднезональный, В6, верхнезональный, базальные бронхи
- Г) базальные бронхи, В6, переднезональный, верхнезональный
- Д) переднезональный, верхнезональный, базальные бронхи, В6

04 45. Показанием к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является:

- А) статус астматикус
- Б) легочное кровотечение
- В) гемангиома
- Г) инородное тело бронха
- Д) рак легкого

04.46. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является:

- А) диссеминированные заболевания легких
- Б) саркоидоз
- В) центральный рак легкого
- Г) статус астматикус
- Д) инородное тело бронха

04.47. Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии легкого является:

- А) туберкулез
- Б) саркоидоз Бека
- В) легочное кровотечение
- Г) актиномикоз
- Д) аденома бронха

04.48. Показанием к браш-биопсии является:

- А) атрофический бронхит
- Б) саркоидоз Бека
- В) центральная и периферическая опухоль легкого
- Г) легочное кровотечение
- Д) инородное тело бронха

04.49. Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофиброскопии является:

- А) отек слизистой оболочки бронха
- Б) гнойный секрет в устье бронха
- В) рак легкого
- Г) инородное тело бронха

04.50. Противопоказанием к щипцевой биопсии является:

- А) отек слизистой оболочки бронха
- Б) гнойный секрет в устье бронха
- В) центральный рак легкого
- Г) нарушения свертывающей системы крови
- Д) периферический рак легкого

04.51. При периферической опухоли легкого показана

- А) щипцевая биопсия
- Б) браш-биопсия

- В) аспирационная биопсия
- Г) щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем
- Д) пункционная биопсия

04.52. Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются

- А) большая опухоль брюшной полости
- Б) непереносимость местных анестетиков (новокаин, лидокаин)
- В) полостная операция в анамнезе
- Г) крайне тяжелое состояние больного
- Д) ожирение 3 степени

04.53. Показаниями к экстренной лапароскопии являются:

- А) цирроз, сопровождающийся асцитом
- Б) подозрение на перфорацию полых органов брюшной пол
- В) аппендикулярный инфильтрат
- Г) разлитой перитонит
- Д) опухоль слепой кишки

04.54. Показаниями к проведению лапароскопии у больных с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков являются

- А) местный перитонит
- Б) дренирование полости малого таза
- В) невозможность исключить миому матки
- Г) невозможность исключить разрыв гнойных образований придатков матки
- Д) невозможность исключить инфекционную природу воспаления

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

- А) крайне тяжелое состояние больного
- Б) нарушение свертывающей системы крови
- В) инфаркт миокарда
- Г) нарушение мозгового кровообращения
- Д) желтуха неясного генеза

04 56. Лапароскопия производится больным под местной анестезией

- А) с тотальным спаечным процессом в брюшной полости
- Б) с гепато-спленомегалией
- В) подозрение на разрыв диафрагмы
- Г) с разлитым перитонитом
- Д) с резким вздутием кишечных петель

04.57. Подготовка больных к экстренной лапароскопии под местной анестезией включает

- А) промывание желудка
- Б) определение группы крови и резус фактора
- В) очистительную клизму
- Г) в/м инъекцию 1 мл 0,1 % атропина и 1 мл 2% промедола
- Д) определение времени свертываемости крови

04.58. Показаниями к общему обезболиванию при лапароскопии являются:

- А) тупая травма живота в сочетании с переломом ребер
- Б) неадекватное поведение больного (психические заболевания, алкогольное опьянение)

- В) предполагаемая биопсия большого сальника
- Г) внематочная беременность
- Д) предполагаемое дренирование брюшной полости

04.59. Пункция брюшной полости для наложения пневмоперитонеума обычно производится в

- А) правой подвздошной области
- Б) левой подвздошной области
- В) в околопупочной области
- Г) в правом подреберье
- Д) в левом подреберье

04.60. Свидетельством нахождения иглы для наложения пневмоперитонеума в свободной брюшной полости служит:

- А) ощущение «проваливания» при прокалывании иглой брюшной стенки
- Б) невозможность свободно совершать круговые движения концом иглы
- В) отрицательная толчковая проба
- Г) появление крепитации при наложении пневмоперитонеума
- Д) сопротивление при введении шприцом физ. раствора в просвет иглы

04.61. Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать

- А) воздух
- Б) кислород
- В) закись азота
- Г) CO₂
- Д) водород

04.62. Количество газа, вводимого в брюшную полость при наложении пневмоперитонеума, в среднем составляет

- А) 1-2 литра
- Б) 2-3 литра
- В) 3-4 литра
- Г) 4-5 литра
- Д) 6-7 литров

04.63. При наличии асцита объем вводимого воздуха равен

- А) 1-2 л
- Б) 3-4 л
- В) 5-6 л
- Г) 0 л (осмотр производится без введения воздуха через асцитическую жидкость)
- Д) количеству выпущенной жидкости

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

- А) боль в области иглы для наложения пневмоперитонеума
- Б) появление умеренных болей в животе
- В) появление крепитации передней брюшной стенки в об введения иглы
- Г) отсутствие увеличения объема живота
- Д) исчезновение печеночной тупости

04.65. Классические точки Калька располагаются

- А) на 2 см выше и ниже пупка и на 1 см справа и слева от срединной линии

- Б) на 3 см выше и ниже пупка и на 0,5 см справа и слева от срединной линии
- В) на 2 см выше пупка и 2 см вправо и влево
- Г) на 3 см выше пупка и 3 см вправо и влево
- Д) на 1 см выше и ниже пупка и на 2 см справа и слева от срединной линии

04.66. Ревизию органов брюшной полости начинают с осмотра

- А) правой подвздошной области и далее по часовой стрелке
- Б) правого верхнего квадранта живота и далее по часовой стрелке
- В) с места расположения предполагаемого патологического очага
- Г) левой подвздошной области и далее по часовой стрелке
- Д) правой подвздошной области и далее против часовой стрелке

04.67. Для осмотра желчного пузыря больному придается положение

- А) Фовлера на левом боку
- Б) Фовлера на правом боку
- В) Тренделенбурга на спине
- Г) Дюранта
- Д) Тренделенбурга на левом боку

04.68. Для осмотра червеобразного отростка больному, как правило придается положение

- А) Фовлера на левом боку
- Б) Фовлера на спине
- В) Тренделенбурга на спине
- Г) Дюранта
- Д) Тренделенбурга на левом боку

4.69. Для предотвращения попадания сальника в рану при извлечении троакара из брюшной полости рекомендуется

- А) полное удаление воздуха до извлечения троакара, удаление троакара с вновь введенным стилетом
- Б) извлечение троакара без удаления пневмоперитонеума
- В) потряхивание троакара на приподнятой брюшной стенке перед его удалением
- Г) извлечение троакара с открытым клапаном
- Д) быстрое извлечение троакара

04.70. Частым осложнением лапароскопии является:

- А) выраженное кровотечение из передней брюшной стенки
- Б) травматическое повреждение органов брюшной полости
- В) предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника
- Г) воздушная эмболия
- Д) сердечно-легочная недостаточность

04.71. Лапароскопическая щипцовая биопсия показана при

- А) нарушения в свертывающей системе крови
- Б) кистозных заболеваниях печени
- В) опухоли желудка
- Г) выраженном холестазе печени
- Д) опухоли яичников

04.72. У больного 45 лет с длительным язвенным анамнезом внезапно появились сильные боли в эпигастрии, которые

распространились на весь живот. Через 2 часа боли уменьшились и локализовались в эпигастрии. Была однократная рвота. Температура тела 37,6 градусов С. При обзорной рентгенографии брюшной полости изменений не выявлено. Первичным методом обследования установления правильного диагноза должен явиться

- А) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Б) рентгенография желудка с барием
- В) лапароскопия
- Г) лапароцентез
- Д) томография

04.73. У больного, находящегося в больнице по поводу инфаркта миокарда, на 6 день после поступления появились боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 3 часа боли локализовались в правой подвздошной области, повысились температура тела и лейкоцитоз. На основании клинических и лабораторных данных предполагались: перфоративная язва желудка, аппендицит, острый панкреатит. Для уточнения диагноза больному целесообразно выполнить:

- А) рентгенографию желудка с бариевой взвесью
- Б) лапароцентез
- В) лапароскопию
- Г) эзофагогастродуоденоскопию
- Д) томографию

04.74. Медиастиноскопия показана при

- А) увеличении лимфоузлов средостения
- Б) инородном теле легкого
- В) кровохаркании
- Г) ателектазе легкого
- Д) увеличении щитовидной железы III-IV степени

04.75. К наиболее частым осложнениям медиастиноскопии относятся:

- А) нагноение раны
- Б) гематома в ране
- В) подкожная эмфизема
- Г) кровотечение
- Д) повреждение перикарда

04 76. Медиастиноскопия выполняется

- А) амбулаторно в эндоскопическом отделении без премедикации
- Б) в стационаре в бронхоскопическом кабинете с премедикацией
- В) в стационаре в условиях операционной, с премедикацией
- Г) амбулаторно в условиях операционной, с премедикацией
- Д) в любом кабинете эндоскопического отделения стационара, без премедикации

04.77. Оптимальным методом обезболивания при медиастиноскопии является

- А) масочный наркоз
- Б) эндотрахеальный комбинированный наркоз
- В) поверхностный наркоз без мышечных релаксантов
- Г) местная анестезия
- Д) внутривенное обезболивание

04.78. Медиастиноскоп вводят через кожный разрез

- А) над яремной вырезкой в верхней трети шеи
- Б) над яремной вырезкой в нижней трети шеи
- В) во втором межреберье справа по передне-подмышечной линии

- Г) в первом межреберье справа по передне-подмышечной линии
- Д) под яремной вырезкой

04.79. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии -

- А) дуга аорты
- Б) яремная вырезка
- В) трахея
- Г) бифуркация трахеи
- Д) грудино-подключичная мышца

04.80. Второй анатомический ориентир при медиастиноскопии -

- А) трахея
- Б) яремная вырезка
- В) бифуркация трахеи
- Г) пищевод
- Д) дуга аорты

04.81. Третий анатомический ориентир при медиастиноскопии –

- А) пищевод
- Б) дуга аорты
- В) трахея
- Г) бифуркация трахеи
- Д) грудино-подъязычная мышца

04.82. К лимфоузлам, недоступным биопсии при «классической» медиастиноскопии, относят:

- А) только паратрахеальные
- Б) бронхопульмональные
- В) бифуркационные и околопищеводные
- Г) бифуркационные
- Д) бронхопульмональные и паратрахеальные

04.83. При «классической» медиастиноскопии возможны оперативные манипуляции:

- А) биопсия с задней поверхности пищевода
- Б) удаление паратрахеальных кист
- В) биопсия из корня легкого
- Г) удаление бронхопульмональных лимфоузлов
- Д) биопсия ткани легкого

234

001. Микулич в 1881 г сконструировал

- а) жесткий эзофагоскоп
 - б) гибкий гастроскоп
 - в) жесткий ректоскоп
 - г) жесткий гистероскоп
 - В д) жесткий аппарат для осмотра желудка, изогнутый в дистальной трети под углом 30-
- 235

002. Управляемый гастроскоп изобрел

- а) Мелтзинг
- В б) Келлинг
- в) Розенгейм
- г) Берси

д)Н.Н.Смирнов

236

003.Гастроскопия впервые выполнена

а)Боссини в 1795 г

б)Сегалс в 1826 г

в)Дезормо в 1853 г

г)Бивэн в 1863 г

✓ д)Куссмауль в 1868 г

237

004.Аппарат Шиндлера представляет собой

а)металлическую трубку с гибким обтуратором

✓ б)полугибкий линзовый гастроскоп

в)жесткий гастроскоп с электрическим освещением

г)полугибкий гастроскоп с управляемым дистальным концом

д)фиброгастроскоп

238

005.Операционный гастроскоп впервые создал

а)Шиндлер в 1932 г

б)Хеннинг в 1939 г

в)Тейлор в 1941 г

✓ г)Бенедикт в 1948 г

д)Уи в 1950 г

239

006.Гибкий гастроскоп впервые применил

а)Уи

б)Бенедикт

в)Тейлор

г)Хеннинг

✓ д)Гиршовиц

240

007.Показаниями к плановой эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме

а)для установления диагноза

б)для оценки эффективности лечения

в)для установления локализации процесса

✓ г)для определения источников кровотечения

д)для проведения лечебных и поеративных манипуляций

241

008.Показаниями к экстренной эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме

а)желудочно-кишечное кровотечение

б)инородное тело

✓ в)перфоративная язва

г)на операционном столе

д)анастомозит

242

009.Абсолютными противопоказаниями к плановой эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме

а)инфаркта миокарда

б)гемофилии

в)сердечно-сосудистой недостаточности III степени

г)инсульта в острой стадии

V д) психических заболеваний

243

010. Относительными противопоказаниями к плановой эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, исключая

а) острые воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, средостения

V б) психические заболевания

в) гипертермию

г) эпилепсию

д) кифоз, лордоз, сколиоз

244

011. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии

а) варикозное расширение вен

б) инфаркт миокарда

в) психические заболевания

V г) агональное состояние больного

д) желудочно-кишечное кровотечение

245

012. Специальная подготовка к гастроскопии требуется у больных

а) с язвой желудка

V б) со стенозом привратника

в) с хроническим гастритом

г) с эрозивным гастритом

д) с полипами желудка

246

013. При обработке и стерилизации фиброэндоскопов могут применяться все перечисленные, кроме

V а) автоклавирования

б) промывания в проточной воде

в) газовой стерилизации

г) стерилизации формальдегидом

д) обработке 70%-спиртом

247

014. Успешные опыты внутрижелудочной фотографии впервые проведены

V а) Уи

б) Тасака

в) Тейлор

г) Гиршовиц

д) Ахисава

248

015. Дооперационное эндоскопическое определение и маркировку границ антрального отдела желудка впервые предложил

а) Мое и Клоппер в 1966 г

V б) Оттенъян и соавт. в 1967 г

в) Амруп и соавт. в 1969 г

г) А.А. Шалимов и соавт. в 1972 г

д) Ю.М. Панцырев и Ю.И. Галлингер в 1975 г

249

016. При подготовке к селективной проксимальной ваготомии маркировку границ антрального отдела необходимо производить в следующих отделах желудка

V а) по малой кривизне

б) по большой кривизне

в) по передней стенке

г)по задней стенке
д)по малой и большой кривизне
250

017.Для определения границы между телом и антральным отделом желудка используется

- V а)конго красный
б)бриллиантовая зелень
в)китайская тушь
г)метиленовая синь
д)фенолфталеин

251

018.Показаниями к проведению дооперационного определения маркировки границ антрального отдела желудка являются все перечисленные, кроме

- а)язвенной болезни желудка
V б)рака тела желудка
в)язвенной болезни 12-перстной кишки
г)сочетанной формы язвенной болезни
д)рецидивы язвы после операции на желудке

252

019.Подготовка больного к дооперационному определению и маркировке границ антрального отдела желудка включает все перечисленные этапы, исключая

- а)за 2-3 дня исключить препараты атропина
б)эвакуацию желудочного содержимого с помощью зонда при стенозе выходного отдела желудка

- V в)премедикацию
г)промывание желудка
д)местную анестезию зева

253

020.Этапами определения границ антрального отдела желудка являются все перечисленные, кроме

- а)промывания желудка 4% раствором гидрокарбоната натрия
б)аспирации жидкости из желудка
в)диагностического осмотра верхних отделов желудочно-кишечного тракта
г)разбрызгивания индикаторной краски

- V д)инъекции в слизистую желудка раствора гистамина

254

021.Для маркировки места локализации удаленного полипа используется

- а)бриллиантовая зелень
V б)раствор туши
в)индигокармин
г)метиленовый синий
д)фулорцин

255

022.Эндоскопическое определение и маркировку границ антрального отдела желудка целесообразно проводить перед всеми перечисленными ниже операциями, исключая

- V а)резекцию 2/3 желудка
б)антрумэктомию
в)антрумэктомию с ваготомией
г)селективную проксимальную ваготомию
д)селективную проксимальную ваготомию в сочетании с дренирующей операцией

256

023.После нанесения красителя граница между телом желудка и антральным отделом определяется через

- а) 1-2 мин
 - ✓ б) 5-10 мин
 - в) 20-30 мин
 - г) 1-1.5 часа
 - д) 6 часов
- 257

024. Показаниями к проведению зонда в тонкую кишку для энтерального питания служат все перечисленные, кроме

- а) недостаточности швов анастомоза
- ✓ б) несостоятельности анастомоза с явлениями перитонита
- в) стенозирующих опухолей пищевода, желудка и 12-перстной кишки с выраженными нарушениями пассажа пищи
- г) органической или функциональной непроходимости верхних отделов пищеварительного тракта после хирургического вмешательства на пищеводе, желудке или 12-перстной кишке
- д) резко выраженного рубцового стеноза гастро-энтероанастомоза

258

025. Противопоказаниями к эндоскопическому проведению зонда в тонкую кишку служит все перечисленное, исключая

- а) несостоятельность анастомозов с явлениями перитонита
- б) повреждение стенки полого органа с явлениями перитонита
- в) повреждение стенки полого органа с развитием гнойного плеврита
- ✓ г) у больных после повторной лапаротомии по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза
- д) при тяжелом состоянии и абсолютной бесперспективности лечения больного, обусловленных основным заболеванием

259

026. Эндоскопическое проведение декомпрессивного зонда в тонкую кишку показано при всех перечисленных ниже состояниях, за исключением

- а) обтурационной тонкокишечной непроходимости без признаков перитонита
- б) спаечной тонкокишечной непроходимости без признаков перитонита
- ✓ в) острой тонкокишечной непроходимости без признаков перитонита с подозрением на нарушение целостности кишки
- г) динамической кишечной непроходимости, которую не удастся ликвидировать консервативными мероприятиями
- д) ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости

260

027. Перед колоноскопией необходимо выполнить

- а) обзорную рентгенографию брюшной полости
- б) ирригоскопию
- в) пассаж бария по кишечнику
- г) эзофагогастродуоденоскопию
- ✓ д) ректороманоскопию

261

028. В отношении эндоскопического исследования толстой кишки правильно все перечисленное, кроме

- а) колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки
- б) колоноскопия является самостоятельным методом исследования
- в) колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки
- ✓ г) колоноскопия выполняется после проведения ирригоскопии
- д) колоноскопия выполняется после проведения ректороманоскопии

262

029. Колоноскопия не показана

- а) при анемии
- б) при раке яичника
- в) при метастатическом поражении печени
- г) при полипе желудка
- ✓ д) при дизентерии

263

030. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен

- а) при неспецифическом язвенном колите
- б) при болезни Крона
- в) при диффузном полипозе толстой кишки
- г) при неустановленном источнике кишечного кровотечения
- ✓ д) при всех перечисленных заболеваниях

264

031. Показаниями к urgentной колоноскопии являются

- а) толстокишечная непроходимость
- б) кишечное кровотечение
- в) подозрение на перфорацию толстой кишки
- г) дивертикулез толстой кишки с явлениями периколита
- ✓ д) правильно а) и б)

265

032. При экстренном обследовании больных с толстокишечным кровотечением могут быть использованы все перечисленные методы, кроме

- а) ректороманоскопии
- ✓ б) ирригоскопии
- в) селективной ангиографии
- г) диагностической колоноскопии
- д) интраоперационной колоноскопии

266

033. Показаниями к выполнению селективной эндоскопической контрастографии являются все перечисленные, за исключением

- а) выяснения природы сужения толстой кишки
- б) уточнения протяженности сужения
- в) изучения тонко-толстокишечных анастомозов
- ✓ г) уточнения характера ранее выполненной операции на толстой кишке
- д) фистулографии

267

034. Показаниями к интраоперационной колоноскопии является

- а) дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом
- ✓ б) кишечное кровотечение с неустановленным источником
- в) неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением
- г) болезнь Крона в фазе стриктурирования

268

035. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются

- а) тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона
- б) тяжелые степени сердечно-сосудистой и легочной недостаточности
- в) острый парапроктит
- г) кровоточащий геморрой
- ✓ д) правильно а) и б)

269

036. Относительными противопоказаниями к колоноскопии являются

- а) острые воспалительные поражения анальной и перианальной области

- б) ранний послеоперационный период (после операций на толстой кишке)
- в) болезнь Крона, фаза инфильтрации
- г) спаечная кишечная непроходимость
- ✓ д) правильно а) и б)

270

037. К ограничениям для колоноскопии относятся

- а) болезнь Гиршпрунга
- б) выраженный дивертикулез
- в) максимальная степень активности неспецифического язвенного колита
- г) фаза деструкции болезни Крона
- ✓ д) правильно а) и б)

271

038. К осложнениям, наиболее часто развивающимся после колоноскопии, относятся все перечисленные, кроме

- а) пневматоза толстой кишки
- б) динамической толстокишечной непроходимости
- в) коллапса
- г) брадикардии
- ✓ д) сепсиса

272

039. К возможным осложнениям, связанным с подготовкой толстой кишки к исследованию, относятся все перечисленные, кроме

- а) электролитных расстройств
- б) гиповолемии
- в) дегидратации
- г) инфаркта миокарда
- ✓ д) заворота толстой кишки

273

040. К неполной перфорации толстой кишки относятся

- а) разрыв слизистой оболочки
- б) разрыв слизистого и подслизистого слоев
- в) разрыв всех слоев кишечной стенки, исключая слизистую
- г) разрыв всех слоев кишечной стенки
- ✓ д) разрыв серозно-мышечного слоя

274

041. У больных с нарушенным актом дефекации применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии

- а) за 2 часа до осмотра очистительная клизма
- б) по одной очистительной клизме на ночь накануне исследования, и утром в день осмотра

✓ в) накануне исследования в 16 часов принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования

г) накануне исследования в 16 часов принять 40 г касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма

д) за 3 дня до исследования бесшлаковая диета, 2 клизмы на ночь накануне исследования и 2 клизмы утром в день осмотра

275

042. У больных с толстокишечной непроходимостью применяется следующая схема подготовки толстого кишечника к колоноскопии

- ✓ а) сифонная клизма за 1 час до осмотра
- б) накануне исследования принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования

в) за 3 дня до осмотра бесшлаковая диета, 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования

г) 50 мл раствора сернокислой магнезии 25% на ночь, утром 2 очистительные клизмы

д) осмотр производится без подготовки

276

043. У больных с поносами применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии

а) осмотр производится без подготовки

У б) по 1 клизме (объемом 500-600 мл) на ночь и утром в день исследования

в) по 1 клизме (объемом 1000-1500 мл) на ночь и утром в день исследования

г) накануне исследования принять 40 г касторового масла, по 1 клизме (объемом 1-1.5 л) на ночь и утром в день исследования

д) бесшлаковая диета за 2-3 дня до исследования, по 1 клизме (объемом 500-600 мл) на ночь и утром в день исследования.

277

044. У больных с запорами до 2-3 дней применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии

У а) за 2-3 дня до осмотра назначается бесшлаковая диета, накануне в 16 часов больной принимает 40 г касторового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования

б) накануне исследования принять 40 г касторового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования

в) сифонная клизма за 2 часа до исследования

г) за 2-3 дня до исследования бесшлаковая диета, по 2 очистительных клизмы на ночь и утром в день исследования

д) накануне исследования принять 40 г вазелинового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования

278

045. Противопоказаниями к использованию механической очистки толстой кишки при помощи назогастральной интубации кишечника являются все перечисленные, исключая

а) возраст больного (старики, дети)

б) нарушение функции почек

У в) нарушение функции печени

г) явления интубационной толстокишечной непроходимости

д) воспалительные заболевания толстой кишки

279

046. Специальные схемы подготовки используются при всех перечисленных заболеваниях или состояниях толстой кишки, кроме

а) колостомы

У б) полипоз толстой кишки

в) толстокишечной непроходимости

г) дивертикулеза

д) функциональной диареи

280

047. К особенностям подготовки больных с дивертикулезом толстой кишки относятся

а) удвоение дозы касторового масла

б) использование в качестве слабительного раствора сернокислой магнезии

У в) увеличение количества очистительных клизм в день исследования

г) уменьшение дозы слабительного

д) применение только механической очистки кишечника методом лекарственного промывания

281

048.Подготовка больных с дивертикулезом толстой кишки имеет следующую особенность

- а)выраженный болевой синдром
- б)опасность развития перфорации
- V в)трудность отмывания содержимого из дивертикулов
- г)выраженный спазм кишки
- д)опасность развития толстокишечной непроходимости

282

049.Для подготовки толстой кишки к колоноскопии применяют

- а)вазелиновое масло
- V б)касторовое масло или раствор сернокислой магнезии
- в)свечи с глицерином
- г)таблетки бисакодила
- д)все перечисленное

283

050.К лекарственным средствам, которые не рекомендуется использовать при подготовке толстой кишки к колоноскопии, относятся все перечисленные, исключая

- а)вазелиновое масло
- V б)касторовое масло
- в)свечи с глицерином
- г)таблетки бисакодила
- д)таблетки "Сенаде"

284

051.На моторику тонкой кишки преимущественно действуют

- V а)касторовое масло
- б)кора крушины
- в)изафенин
- г)фенолфталеин (пурген)
- д)бисакодил

285

052.На моторику толстой кишки действуют все перечисленные лекарственные средства, кроме

- V а)касторового масла
- б)коры крушины
- в)изафенина
- г)фенолфталеина (пургена)
- д)листьев сены

286

053.На моторику тонкой и толстой кишки оказывают действие

- V а)раствор сернокислой магнезии
- б)касторовое масло
- в)изафенин
- г)бисакодил
- д)кора крушины

287

054.К послабляющим средствам относятся

- а)касторовое масло
- V б)вазелиновое масло
- в)изафенин
- г)корень ревеня
- д)лист сены

288

055.К слабительным средствам относятся все перечисленные препараты, кроме

- а)касторового масла
- V б)вазелинового масла
- в)изафенина
- г)бисакодила
- д)фенолфталеина (пургена)

289

056.К ветрогонным средствам относится

- а)касторовое масло
- б)вазелиновое масло
- в)раствор сернокислой магнезии
- V г)настой из семян укропа
- д)корень ревеня

290

057.Все перечисленные препараты следует отменять за 2-3 дня до начала подготовки к колоноскопии, кроме

- а)препаратов, содержащих железо
- б)диуретиков
- V в)гормонов
- г)антикоагулянтов
- д)дезагрегантов

291

058.Перед колоноскопией премедикация включает

- а)наркотики подкожно
- б)спазмолитики подкожно
- в)наркотики + спазмолитики подкожно
- г)наркотики + спазмолитики внутривенно
- V д)премедикации не требуется

292

059.Диаметр биопсийного канала 3.7 мм имеет колоноскоп

- а)CFIBW
- б)CF-MB3
- V в)CF-ITM
- г)TCF-IS
- д)CFLB2

293

060.Принципиальное отличие эндоскопов CF-MB3 и CF-B3 состоит

- V а)в различной длине
- б)в различном наружном диаметре
- в)в различном диаметре биопсийного канала
- г)в различном угле изгиба дистального конца
- д)в наличии или отсутствии шприцевого смыва

294

061.Диаметр биопсийного канала 5 мм имеет эндоскоп типа

- V а)TCF-IS
- б)TCF-2L2
- в)CF-MB3
- г)CF-ITM
- д)CF-НМ

295

062.Наименьший наружный диаметр имеет колоноскоп типа

- V а)PCF

б)CF-MB3

в)CF-PI0

г)CF-ITM

д)CF-НМ

296

063.К операционным колоноскопам относятся

а)CF-MB3

✓ б)TCF-2L2 и TX-A2

в)TX-92

г)ТГФ-2Д

д)все перечисленные

297

064.Колоноскоп не удастся провести в купол слепой кишки при всех перечисленных состояниях, кроме

✓ а)спазма толстой кишки

б)наличия "несобранных" петель сигмовидной кишки

в)выраженного спаечного процесса брюшной полости

г)плохой подготовки толстой кишки

д)выраженного сужения просвета кишки

298

065.К признакам формирования петель в ходе колоноскопии относятся все перечисленные, кроме

а)выраженного болевого синдрома

б)отсутствия "сбрасывающего" эффекта при выведении эндоскопа

в)ограничения или полного отсутствия подвижности винтов

г)парадоксального движения колоноскопа

✓ д)невозможности выведения просвета кишки в поле зрения

299

066.При отсутствии продвижения колоноскопа вперед по кишке возможно использовать все перечисленные приемы, кроме

а)смазывания конца аппарата маслом

б)аспирации воздуха из просвета кишки

в)использования ручного пособия через переднюю брюшную стенку

г)использования приема "сосбаривания толстой кишки"

✓ д)использования приема проведения аппарата "через растянутую петлю"

300

067.Технически наиболее трудным для проведения колоноскопа является

а)ректо-сигмовидный отдел

✓ б)сигмовидная кишка

в)селезеночный узел

г)печеночный узел

д)нисходящая кишка

301

068.К причинам, по которым колоноскоп не удастся провести в купол слепой кишки, относятся

а)провисание поперечной ободочной кишки в малый таз

б)наличие дополнительных петель сигмовидной кишки

в)плохая подготовка толстой кишки к исследованию

г)стенозирование просвета толстой кишки

✓ д)правильно в) и г)

302

069.Растяжение петель сигмовидной кишки при колоноскопии не сопровождается болевыми опущениями

- V а)при длинной брыжейке сигмовидной кишки
б)при короткой брыжейке сигмовидной кишки
в)при спаечном процессе брюшной полости
г)при спазме толстой кишки
д)при атонии толстой кишки

303

070.Фиксация сигмовидной кишки характеризуется

- V а)усилением болей при сосбаривании кишки
б)уменьшением болей при сосбаривании кишки
в)повышением тонуса толстой кишки
г)снижением тонуса толстой кишки
д)отсутствием перистальтики толстой кишки

304

071.Введение колоноскопа в прямую кишку производится в положении больного

- а)лежа на спине
V б)лежа на левом боку
в)лежа на правом боку
г)лежа на животе
д)в коленно-локтевом положении

305

072.Осмотр ободочной кишки производится в положении больного

- V а)лежа на спине
б)лежа на левом боку
в)лежа на правом боку
г)лежа на животе
д)в коленно-локтевом положении

306

073.Болевой синдром при выполнении колоноскопии обусловлен

- а)недостаточной премедикацией
б)натяжением брыжейки толстой кишки
в)избыточной инсуфляцией воздуха
г)раздражением слизистой оболочки концом эндоскопа

V д)правильно б) и в)

307

074.При проведении колоноскопии больного переводят из положения лежа на левом боку в положение лежа на спине во всех перечисленных случаях, кроме

- а)появления болей в животе
б)после проведения колоноскопа за ректо-сигмоидный отдел
V в)после проведения колоноскопа за селезеночный или печеночный угол
г)появления неадекватного продвижения колоноскопа по кишке

308

075.При проведении колоноскопии следует обращать внимание на все перечисленные признаки, исключая

- а)цвет слизистой
б)выраженность сосудистого рисунка
в)ширину и высоту складок

V г)локализацию транслюминисцентного свечения на передней брюшной стенке
д)время расправления кишки воздухом

309

076.Норматив времени на выполнение тотальной колоноскопии составляет

- а)30 мин
 - б)60 мин
 - в)90 мин
 - ✓ г)100 мин
 - д)150 мин
- 310

077.Следующие физиологические сфинктеры имеют в своей основе анатомический субстрат

- ✓ а)сфинктер Гирша и сфинктер Болли
- б)сфинктер Бузи
 - в)сфинктер Хорста
 - г)сфинктер Пайера - Штрауса

311

078.К сфинктерам, локализующимся в прямой, сигмовидной и нисходящей кишке, относятся все перечисленные, кроме

- ✓ а)сфинктера Гирша
- б)сфинктера Пирогова - Мютье
 - в)сфинктера Пайера - Штрауса
 - г)сфинктера Болли
 - д)сфинктера Росси - Мютье

312

079.Самый узкий отдел толстой кишки - это

- а)прямая кишка
- ✓ б)ректо-сигмовидный отдел
- в)сигмовидная кишка
 - г)слепая кишка
 - д)восходящая кишка

313

080.Форму равностороннего треугольника с несколько выпуклыми сторонами имеет просвет

- а)слепой кишки
- б)восходящей кишки
- ✓ в)поперечной ободочной кишки
- г)нисходящей кишки
 - д)сигмовидной кишки

314

081.Форму треугольника с закругленными углами и слегка выпуклыми сторонами имеет

- а)слепая кишка
- б)восходящая кишка
- в)поперечно-ободочная кишка
- ✓ г)нисходящая кишка
- д)сигмовидная кишка

315

082.Высокие, плотные, морщинистые на вид складки характерны

- а)для слепой кишки
- ✓ б)для восходящей кишки
- в)для поперечно-ободочной кишки
 - г)для сигмовидной кишки
 - д)для прямой кишки

316

083.Сосуды подслизистого слоя хорошо видны в норме

- ✓ а)в слепой кишке

- б) в восходящей кишке
 - в) в поперечно-ободочной кишке
 - г) в нисходящей кишке
 - д) в сигмовидной кишке
- 317

084. Тени не видны

- а) в слепой кишке
- б) в восходящей кишке
- в) в поперечно-ободочной кишке
- г) в нисходящей кишке
- ✓ д) в сигмовидной кишке

318

085. Брыжеечная тень хорошо выражена

- а) в слепой кишке
- б) в восходящей кишке
- в) в поперечно-ободочной кишке
- ✓ г) в нисходящей кишке
- д) в сигмовидной кишке

319

086. В понятие "ободочная кишка" входят все следующие отделы кишечника, кроме

- ✓ а) подвздошной кишки
- б) слепой кишки
- в) восходящей кишки
- г) сигмовидной кишки

320

087. В понятие "ободочная кишка" не входит

- а) слепая кишка
- б) нисходящая кишка
- в) сигмовидная кишка
- ✓ г) прямая кишка

321

088. В понятие "толстая кишка" входят все перечисленные отделы кишечника, кроме

- ✓ а) подвздошной кишки
- б) слепой кишки
- в) поперечно-ободочной кишки
- г) сигмовидной кишки
- д) прямой кишки

322

089. В понятие "толстая кишка" не входят

- ✓ а) подвздошная, "тощая" кишка
- б) слепая кишка
- в) восходящая кишка
- г) прямая кишка

323

090. Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является

- а) печеночный угол
- б) селезеночный угол
- в) физиологический сфинктер Кеннона левый
- г) физиологический сфинктер Кеннона правый
- ✓ д) физиологический сфинктер Хорста

324

091. Сальниковая тень хорошо выражена

- а) в слепой кишке
- б) в восходящей кишке
- ✓ в) в поперечно-ободочной кишке
- г) в нисходящей кишке
- д) в сигмовидной кишке

325

092. Просвет кишки имеет овальную форму

- а) в слепой кишке
- б) в восходящей кишке
- в) в поперечно-ободочной кишке
- г) в нисходящей кишке
- ✓ д) в сигмовидной кишке

326

093. Полулунные складки характерны

- а) для слепой кишки
- б) для восходящей кишки
- в) для поперечно-ободочной кишки
- г) для нисходящей кишки
- ✓ д) для сигмовидной кишки

327

094. Продольные складки характерны

- а) для слепой кишки
- б) для восходящей кишки
- в) для поперечно-ободочной кишки
- г) для нисходящей кишки
- ✓ д) для прямой кишки

328

095. Большую сочность и интенсивность окраски, менее выраженный сосудистый рисунок имеет слизистая

- а) слепой кишки
- б) восходящей кишки
- в) поперечно-ободочной кишки
- г) нисходящей кишки
- ✓ д) сигмовидной кишки

329

096. Светлая, гладкая, блестящая слизистая с четким сосудистым рисунком характерна

- а) для слепой кишки
- б) для восходящей кишки
- ✓ в) для поперечно-ободочной кишки и нисходящей кишки
- г) для сигмовидной кишки

330

097. Розовая, сочная с пятнистым сосудистым рисунком слизистая характерна

- а) для слепой кишки
- ✓ б) для восходящей кишки
- в) для поперечно-ободочной кишки
- г) для селезеночного угла
- д) для нисходящей кишки

331

098. К заболеваниям толстой кишки, при которых Баугиниева заслонка часто является единственным ориентиром, не относятся

- а) болезнь Крона, тотальное поражение толстой кишки, фаза трещин

б)неспецифический язвенный колит, тотальное поражение, максимальная степень активности процесса

в)дискинезия толстой кишки по атоническому типу

г)дивертикулез толстой кишки

V д)полипоз толстой кишки

332

099.Первую в мире бронхоскопию выполнил

а)Микулич в 1888 г

V б)Киллиан в 1897 г

в)Шмидт в 1903 г

г)Брюннингс в 1926 г

д)Фридель в 1956 г

333

100.Первый гибкий бронхоскоп создал

а)Микулич в 1888 г

б)Киллиан в 1897 г

в)Фридель в 1956 г

г)Гиршовиц в 1958 г

V д)Икеда в 1968 г

334

101.Показаниями к жесткой бронхоскопии являются

а)трахеостома

V б)статус астматикус

в)периферический рак легкого

г)бронхоэктатическая болезнь

д)гипоплазия легкого

335

102.Показаниями к бронхофиброскопии являются

а)профузное легочное кровотечение

б)статус астматикус

V в)центральный рак легкого

г)инородное тело легкого

д)гемофилия

336

103.При бронхоскопии возможно диагностировать

а)бронхоэктатическую болезнь

б)интерстициальную пневмонию

в)неосложненную кисту легкого

V г)центральный рак легкого

д)недренирующийся абсцесс легкого

337

104.Разрешающие возможности современного бронхоскопа позволяют осмотреть бронхи

а)2-3-го порядка

б)4-го порядка

в)5-го порядка

V г)6-го порядка

д)7-го порядка

338

105.Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются

а)периферический рак легкого

б)центральный рак легкого

в)инородное тело бронха

V г)статус астматикус

д)кровохарканье

339

106.Осложнениями бронхоскопии могут быть

а)бронхо-пищеводный свищ

б)желудочное кровотечение

V в)ларингоспазм

г)пневмоторакс

д)ателектаз легкого

340

107.Наименее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является

а)новокаин

б)кокаин

V в)тримекаин

г)дикаин

д)лидокаин

341

108.Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является

а)новокаин

б)кокаин

в)тримекаин

V г)дикаин

д)лидокаин

342

109.Антидотом дикаина является

а)кордиамин

б)атропин

V в)кофеин

г)эуфиллин

д)астмопент

343

110.Обработка бронхофиброскопа проводится с помощью

а)спирта 96-

б)спирта 70-

в)воды + спирта 70-

г)мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 96-

V д)мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 70-

344

111.Обработка подсобных эндоскопических инструментов производится

а)кипячением

б)мыльным раствором + спиртом 90-

V в)мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 70-

г)парами формалина

д)мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 90-

345

112.Первым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

а)корень языка

V б)язычок

в)надгортанник

г)голосовые связки

д)бифуркация трахеи (карина)

346

113. Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а) корень языка
- б) язычок
- ✓ в) надгортанник
- г) голосовые связки
- д) бифуркация трахеи (карина)

347

114. Третьим анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а) корень языка
- б) язычок
- в) надгортанник
- ✓ г) голосовые связки
- д) бифуркация трахеи (карина)

348

115. Четвертым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

- а) корень языка
- б) язычок
- в) надгортанник
- г) голосовые связки
- ✓ д) бифуркация трахеи (карина)

349

116. Устье верхне-долевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается

- а) на 12 часах
- ✓ б) на 9 часах
- в) на 6 часах
- г) на 3 часах
- д) на 2 часах

350

117. Границами промежуточного бронха справа являются

- а) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего среднедолевого бронха
- ✓ б) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- в) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
- г) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья верхнедолевого бронха
- д) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья VI-го сегментарного бронха

351

118. Устье среднедолевого бронха при выполнении бронхофиброскопии располагается

- а) на 5 часах
- ✓ б) на 6 часах
- в) на 12 часах
- г) на 3 часах
- д) на 9 часах

352

119. К средней доле относится

- а) С1
- б) С3
- ✓ в) С5
- г) С7

д)С9

353

120.Место отхождения устья VI сегментарного бронха (справа) расположено

- а)на задней стенке промежуточного бронха на 12 часах
- б)на передней стенке промежуточного бронха на 6 часах
- в)на задней стенке заднего бронха на 12 часах
- г)на боковой стенке промежуточного бронха на 3 часах
- В д)на задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах

354

121.Место нахождения устья VII сегментарного бронха (справа) расположено

- а)на передней стенке промежуточного бронха
- б)на задней стенке промежуточного бронха
- в)на передней стенке нижнедолевого бронха
- В г)на медиальной стенке нижнезонального бронха
- д)на медиальной стенке нижнедолевого бронха

355

122.Место отхождения устья левого верхнедолевого бронха расположено

- а)на задней верхней полуокружности главного бронха
- б)на задней нижней полуокружности главного бронха
- В в)на передней верхней полуокружности главного бронха
- г)от передней нижней полуокружности главного бронха
- д)от боковой поверхности главного бронха

356

123.В верхней доле слева имеется

- а)один сегментарный бронх
- б)два сегментарных бронха
- в)три сегментарных бронха
- В г)четыре сегментарных бронха
- д)пять сегментарных бронхов

357

124.Бронх Нельсона - это

- а)Б1
- б)Б2
- в)Б3
- г)Б5
- В д)Б6

358

125.Верхушка Фовлера - это

- В а)Б6
- б)Б7
- в)Б8
- г)Б9
- д)Б10

359

126.Бронх Нельсона относится

- а)к верхней доле справа
- б)к средней доле
- В в)к нижней доле
- г)к нижней доле слева
- д)к язычковому сегменту

360

127.Устье VI-го сегментарного бронха слева расположено

- а)на 12 часах
- б)на 1 часе
- ✓ в)на 2 часах
- г)на 3 часах
- д)на 4 часах

361

128.Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является

- а)статус астматикус
- б)легочное кровотечение
- в)гемангиома
- г)инородное тело бронха
- ✓ д)рак легкого

362

129.Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является

- ✓ а)диссеминированные заболевания легких
- б)легочное кровотечение
- в)центральный рак легкого
- г)статус астматикус
- д)инородное тело бронха

363

130.Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии является

- а)центральный рак легкого
- ✓ б)саркоидоз Бека
- в)легочное кровотечение
- г)периферический рак легкого
- д)аденома бронха

364

131.Показанием к браш-биопсии является

- а)атрофический бронхит
- б)саркоидоз Бека
- ✓ в)центральная и периферическая опухоль легкого
- г)легочное кровотечение
- д)инородное тело бронха

365

132.Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофиброскопии является

- а)отек слизистой оболочки бронха
- б)гнойный секрет в устье бронха
- в)гемангиома
- ✓ г)центральный рак легкого
- д)инородное тело бронха

366

133.Противопоказанием к щипцевой биопсии является

- а)отек слизистой оболочки бронха
- б)гнойный секрет в устье бронха
- в)центральный рак легкого
- г)периферический рак легкого
- ✓ д)нарушения свертывающей системы крови

367

134.Осложнением щипцевой биопсии является

- а)перфорация стенки бронха
- ✓ б)кровотечение
- в)отек слизистой оболочки бронха

г)обострение хронического бронхита

д)пневмомедиастинум

368

135.Осложнением трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является

а)обострение хронического бронхита

б)перфорация стенки бронха

в)кровотечение

V г)пневмоторакс

д)разрыв легкого

369

136.При периферической опухоли легкого показана

а)щипцевая биопсия

б)браш-биопсия

в)аспирационная биопсия

V г)щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем

д)пункционная биопсия

370

137.Первым применил эндоскопический осмотр органов брюшной полости

V а)Д.О.Отт в 1901 г

б)Келлинг в 1901 г

в)Корбш в 1921 г

г)Якобеус в 1910 г

д)Штейнер в 1924 г

371

138.Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний

V а)Корбш в 1922 г

б)Якобсон в 1927 г

в)Кальк в 1933 г

г)Сережников в 1939 г

д)Муратори в 1941 г

372

139.В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил

а)Келлинг в 1901 г

V б)Якобеус в 1910 г

в)Шмидт в 1927 г

г)Кальк в 1929 г

д)Раддок в 1929 г

373

140.Оптический прибор для выполнения лапароскопии впервые применил

V а)Келлинг в 1901 г

б)Д.О.Отт в 1901 г

в)Кароли в 1909 г

г)Бергман в 1926 г

д)Руманн в 1932 г

374

141.Специальный лапароскоп с оптикой и освещением впервые сконструировал

а)Боллер в 1927 г

V б)Кальк в 1929 г

в)Фридрих в 1930 г

г)Хес в 1937 г

д)Лент в 1945 г

375

142.Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии

V а)А.С.Орловский в 1937 г

б)Г.К.Абаев в 1939 г

в)А.М.Аминев в 1947 г

г)А.С.Логинов в 1964 г

д)Г.И.Лукомский, Ю.Е.Березов в 1967 г

376

143.Автором первой монографии по лапароскопии является

а)Келлинг в 1924 г

V б)Якобеус в 1921 г

в)Корбш в 1921 г

г)Штейнер в 1924 г

д)Цолликофер в 1924 г

377

144.При лапароскопии можно установить все перечисленное, кроме

а)цвета опухоли

V б)морфологической структуры опухоли

в)наличия метастазов

г)консистенции опухоли

д)подвижности опухоли

378

145.Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая

а)асциты неясного генеза

V б)дивертикулиты 12-перстной кишки

в)диффузные заболевания печени

г)женское бесплодие

д)спленомегалию

379

146.Диагностическая плановая лапароскопия показана во всех перечисленных случаях, за исключением

а)уточнения распространенности опухолевого процесса по органам брюшной полости

б)выявления метастазов

в)выяснения природы очаговых изменений печени

г)уточнения характера опухолевых образований в брюшной полости

V д)выяснения причины острой кишечной непроходимости

380

147.Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением

а)болей в животе неясного генеза

б)подозрения на острый аппендицит

в)подозрения на перфорацию полового органа

г)подозрения на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки

V д)желтухи неясного генеза

381

148.Экстренная диагностическая лапароскопия показана при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме

а)внутрибрюшного кровотечения

б)воспалительно-гнойных процессов в паранефрии

в)рассасывающийся аневризмы аорты

г)травматических повреждений абдоминальных органов

V д)синдрома Алена - Мастерса

382

149.Экстренная диагностическая лапароскопия показана

- а)Для уточнения формы острого панкреатита
- б)для проведения дифференциального диагноза между воспалительными заболеваниями гениталий и внематочной беременностью
- в)для удаления асцитической жидкости при циррозах печени
- г)для уточнения формы и распространенности трофических нарушений при подозрении на мезентериальный тромбоз

V д)правильно все, кроме в)

383

150.Лапароскопическое исследование противопоказано во всех перечисленных случаях, за исключением

а)гемофилии

V б)алкогольного опьянения

в)тотального спаечного процесса в брюшной полости

г)терминального состояния больного

д)резко выраженного вздутия кишечника

384

151.Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, исключая

а)малые формы наружного эндометриоза

б)склерокистоз яичников

в)субсерозные миоматозные узлы матки

г)синдром Алена - Мастерса

V д)поликистоз яичников

385

152.Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме

а)болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости

б)цирроза печени

в)ретенционных кист яичников

г)псевдокист поджелудочной железы

V д)папиллярных серозных кистом яичников

386

153.Ургентная лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением

а)мезентериального тромбоза

V б)субкапсулярных гематом печени

в)острого панкреатита

г)острого холецистита

д)механической желтухи

387

154.Лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая

а)трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки

б)хронический активный гепатит

в)тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия

V г)лимфаденит брыжейки кишки

д)неосложненный острый аппендицит

388

155.Лапароскопическая холецистохолангиография показана при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме

- а) калькулезного холецистита
- б) холедохолитиаза
- в) стриктуры холедоха
- г) дискинезии желчевыводящих путей
- ✓ д) тромбоза печеночных вен

389

156. Лапароскопическая холецистохолангиография показана во всех перечисленных моментах, исключая

- а) дифференцирование органических и функциональных заболеваний сфинктерного аппарата большого дуоденального соска
- б) выяснение уровня обтурации желчных протоков
- в) выяснение природы обтурации желчных протоков
- г) дифференцирование рака билиарно-дуоденальной системы и рака головки поджелудочной железы

✓ д) рентгенологически установленный диагноз - отключенный желчный пузырь

390

157. Лапароскопическая холецистохолангиография показана для диагностики всех перечисленных состояний, исключая

- а) дифференцирование желтух
- б) дифференцирование функциональных и органических изменений желчных протоков
- в) выяснение причины холецистита
- г) диагностики пузырно-кишечных свищей

✓ д) дифференцирование видов холангита

391

158. Подготовка больного к плановой лапароскопии включает все перечисленное, исключая

- а) накануне в день исследования сделать очистительные клизмы
- б) на ночь перед исследованием назначить седативные препараты
- в) научить больного "надуть" живот
- г) перед исследованием опорожнить мочевой пузырь
- ✓ д) накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

392

159. Подготовка больного к экстренной лапароскопии включает все перечисленное, кроме

- а) через желудочный зонд удалить из желудка содержимое
- б) определить группу крови и резус принадлежность
- ✓ в) дать выпить метиленовый синий
- г) объяснить больному, какая помощь требуется от него во время исследования
- д) внутримышечно сделать инъекцию по 1 мл 0.1% раствора сернокислого атропина и 2% промедола

393

160. Для наложения пневмоперитонеума пункционная игла в брюшную полость может быть проведена через

- ✓ а) над лобком по белой линии живота
- б) в правой подвздошной области
- в) в левой подвздошной области
- г) ниже пупка по белой линии живота
- д) выше пупка по белой линии живота

394

161. К инструментам, применяющимся при подготовке и наложении пневмоперитонеума, относятся все перечисленные, исключая

- а) шприц Жанэ
- б) копьевидный скальпель

- в)пункционную иглу
- г)зажим
- V д)иглодержатель

395

162.К инструментам, применяемым при выполнении лапароскопической холецистохолангиографии, относятся все перечисленные, кроме

- а)шприца "Рекорд"
- б)иглы Иверсена - Рохольма
- в)копьевидного скальпеля
- V г)окончатого мягкого зажима
- д)металлического пальпатора

396

163.Пункция желчного пузыря для выполнения лапароскопической холецистохолангиографии может производиться через все перечисленные точки, исключая

- а)край печени
- б)стенку дна желчного пузыря
- в)стенку медиальной поверхности тела желчного пузыря
- г)стенку латеральной поверхности тела желчного пузыря
- V д)переходящую складку между стенкой желчного пузыря и задней поверхностью печени

397

164.Лапароскоп стерилизуется

- а)в растворе карболовой кислоты
- б)в растворе фурациллина
- в)в растворе муравьиной кислоты
- г)автоклавированием
- V д)в растворе хлоргексидина

398

165.Для аспирационной биопсии инструменты стерелизуются

- а)кипячением
- б)автоклавированием
- V в)в сухожаровых камерах
- г)в параформалиновых камерах
- д)в растворах антисептика

399

166.В брюшную полость лапароскоп вводится

- а)вращательным движением
- V б)под контролем зрения
- в)медленно
- г)быстро
- д)под углом относительно передней брюшной стенки

400

167.Для выполнения лапароскопии необходимо все перечисленное, исключая

- а)остроконечный скальпель
- б)троакар
- в)переходный резиновый воздуховод
- V г)ранорасширитель
- д)лапароскоп

401

168.Лапароскопический троакар может быть проведен в брюшную полость

- а)ниже и правее пупка

- б)ниже и левее пупка
- в)по белой линии живота ниже пупка
- V г)в правом подреберье
- д)выше и левее пупка

402

169.Наименее опасно осуществить лапароцентез для проведения лапароскопии

- а)на 2 см выше пупка и 2 см вправо от белой линии живота
- б)на 2 см выше пупка и 2 см влево от белой линии живота
- в)на 2 см ниже пупка и 2 см влево от белой линии живота
- г)на 2 см ниже пупка и 2 см вправо от белой линии живота
- V д)на 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота

403

170.Проведение лапароскопического троакара в брюшную полость облегчается всем перечисленным, кроме

- а)рассечения кожи
- б)надсечения апоневроза
- V в)рассечения брюшины
- г)вращательных движений троакара вокруг своей оси
- д)подтягивания передней брюшной стенки кверху за апоневроз

404

171.В качестве объемной среды при выполнении лапароскопии можно применить все перечисленное, за исключением

- а)воздуха
- б)закиси азота
- в)углекислого газа
- г)кислорода
- V д)фурацилина

405

172.Для осмотра червеобразного отростка лапароскоп в брюшную полость проводится

- а)через верхнюю правую точку Калька
- б)через верхнюю левую точку Калька
- V в)через нижнюю левую точку Калька
- г)по белой линии живота над лобком
- д)в точке Мак-Бурнея

406

173.Для осмотра субкардиального отдела желудка лапароскоп в брюшную полость проводится

- а)по белой линии живота на 3 см ниже мечевидного отростка
- б)по наружному краю прямой мышцы живота в правом подреберье
- в)в верхней точке Калька справа
- г)в нижней точке Калька слева
- V д)через левое подреберье латеральнее наружного края мышцы живота

407

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

- а)верхнюю правую точку Калька
- б)верхнюю левую точку Калька
- V в)нижнюю левую точку Калька
- г)наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье
- д)наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье

408

175. При планировании лапароскопической холецистохолангиографии лапароскопический троакар в брюшную полость целесообразно вводить

- а) по наружному краю прямой мышцы живота слева, на уровне пупка
- ✓ б) по наружному краю прямой мышцы живота справа, на уровне пупка
- в) в левой верхней точке Калька
- г) в левой нижней точке Калька
- д) в правом подреберье

409

176. Если оптика на дистальном конце лапароскопа загрязнилась кровью или асцитической жидкостью, то необходимо

- а) протереть лапароскоп о большой сальник
- б) промыть физиологическим раствором
- в) протереть салфеткой
- ✓ г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

410

177. При лапароскопическом исследовании можно осмотреть все перечисленное, исключая

- а) печень
- б) поджелудочную железу
- в) желудок
- г) матку с придатками
- ✓ д) надпочечники

411

178. Если у больного при выполнении лапароскопии возникла рвота, то не следует

- ✓ а) поднять головной конец стола
- б) опустить головной конец стола
- в) голову больного повернуть вправо
- г) удалить воздух из брюшной полости
- д) приостановить исследование до прекращения рвоты

412

179. Абдоминальный отдел пищевода можно осмотреть

- а) из верхней точки Калька слева
- б) из верхней точки Калька справа
- ✓ в) из левого подреберья латеральнее наружного края прямой мышцы живота
- г) из нижней точки Калька слева
- д) из нижней точки Калька справа

413

180. Желчный пузырь хорошо доступен осмотру при положении больного

- а) на спине при горизонтальном положении стола
- б) на спине с опущенным головным концом стола
- в) на правом боку с приподнятым головным концом стола
- ✓ г) на левом боку с приподнятым головным концом стола
- д) на левом боку с опущенным головным концом стола

414

181. Желудок хорошо доступен осмотру при положении больного

- ✓ а) на спине с приподнятым головным концом стола
- б) на спине с опущенным головным концом стола
- в) на спине при горизонтальном положении стола
- г) на левом боку при горизонтальном положении стола
- д) на правом боку при горизонтальном положении стола

415

182. Селезенка хорошо доступна осмотру в положении больного

- а) на спине при горизонтальном положении больного
- б) на спине с приподнятым головным концом стола
- ✓ в) на правом боку с приподнятым головным концом стола
- г) на левом боку с опущенным головным концом стола
- д) на спине с опущенным головным концом стола

416

183. Способствовать осмотру контуров правой почки можно

- ✓ а) приподняв нижний край правой доли печени
- б) сместив книзу попечный угол толстой кишки
- в) сместив кверху печеночный угол толстой кишки
- г) сместив латерально восходящий отдел толстой кишки
- д) сместив медиально восходящий отдел толстой кишки

417

184. Ориентиром для поиска и осмотра нижнего полюса левой почки является

- а) нижний полюс селезенки
- б) большая кривизна тела желудка
- ✓ в) нижний край селезеночного угла толстой кишки
- г) наружный край нисходящего отдела толстой кишки
- д) медиальный край нисходящего отдела толстой кишки

418

185. Для осмотра головки поджелудочной железы через париетальную брюшину задней брюшной стенки необходимо

- а) опустить головной конец стола
- ✓ в) приподнять головной конец стола и повернуть больного на 45° влево
- в) повернуть больного на 45° вправо
- г) пальпатором сместить желудок дистально

419

186. Для осмотра контуров общего желчного протока необходимо

- а) больному придать положение, обратное Тренделенбургу
- б) сместить желчный пузырь в сторону передней брюшной стенки
- в) приподнять нижний край 4-го сегмента печени
- г) антральный отдел желудка сместить дистально
- ✓ д) правильно все, кроме б)

420

187. Осматривать червеобразный отросток следует в положении

- а) на спине при горизонтальном положении стола
- б) на спине с приподнятым головным концом стола
- в) на правом боку с опущенным головным концом стола
- ✓ в) на левом боку с опущенным головным концом стола
- д) на правом боку с приподнятым головным концом стола

421

188. Органы малого таза следует осматривать в положении

- а) на спине при горизонтальном положении стола
- б) на спине при опущенном головном конце стола
- в) на правом боку с опущенным головным концом стола
- ✓ в) на левом боку с опущенным головным концом стола
- д) на левом боку при горизонтальном положении стола

422

189. Абдоминальный отдел максимально доступен осмотру

- а) на спине при горизонтальном положении стола
- ✓ б) в положении Тренделенбурга

- в)в положении Тренделенбурга с поворотом больного на 45- вправо
- г)в положении Тренделенбурга с поворотом больного на 45- влево
- д)на спине с приподнятым головным концом стола

423

190.Контуры правой почки хорошо просматриваются в положении

- а)на спине при горизонтальном положении стола
- б)на спине с приподнятым головным концом стола
- в)в положении Тренделенбурга
- г)при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на правый бок
- В д)при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на левый бок

424

191.Хорошо просматривается контур нижнего полюса левой почки

- а)на спине при горизонтальном положении стола
- б)в положении Тренделенбурга
- В в)при горизонтальном положении стола с поворотом больного на 45- вправо
- г)при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на правый бок
- д)на спине при приподнятом головном конце стола

425

192.Сигмовидная кишка хорошо доступна осмотру в положении больного

- а)на спине при горизонтальном положении стола
- б)на спине с опущенным головным концом стола
- в)на левом боку при горизонтальном положении стола
- г)на левом боку при опущенном головном конце стола
- В д)на правом боку при слегка опущенном головном конце стола

426

193.Луковицу 12-перстной кишки можно осмотреть в положении больного

- а)на спине при горизонтальном положении стола
- В б)на спине с приподнятыми головным концом стола
- в)на правом боку при горизонтальном положении стола
- г)на левом боку при горизонтальном положении стола
- д)на спине с опущенным головным концом стола

427

194.Поперечно-ободочную кишку можно осмотреть в положении больного

- а)на спине при горизонтальном положении стола и натяжении большого сальника проксимально
- В б)на спине с опущенным головным концом стола при смещении большого сальника орально
- в)на правом боку с опущенным головным концом стола при смещении большого сальника вправо
- г)на левом боку с приподнятым концом стола при смещении большого сальника влево
- д)на спине с приподнятым головным концом стола при смещении большого сальника орально

428

195.Оптимальным для осмотра позадидматочно-прямокишечного пространства является положение

- а)на спине при горизонтальном положении операционного стола
- б)положение, обратное Тренделенбургу
- в)положение Тренделенбурга
- г)положение Тренделенбурга с поворотом больного на правый бок
- В д)положение Тренделенбурга с поворотом больного на левый бок

429

196. Щипцовая биопсия при лапароскопии показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, за исключением

- а) очаговых некистозных заболеваний печени
- б) диффузных заболеваний печени
- в) лимфаденита неясного генеза
- г) опухолевых заболеваний яичников
- ✓ д) опухолевых заболеваний селезенки

430

197. Щипцовая биопсия при лапароскопии показана для решения всех перечисленных вопросов, исключая

- а) морфологическое дифференцирование желтух
- б) выбора вида химиотерапевтического лечения
- в) уточнение нозологической формы заболевания
- ✓ г) уточнение активности цирроза печени
- д) дифференциальную диагностику доброкачественных опухолей

431

198. Щипцовая биопсия при лапароскопии выполняма при исследовании всех перечисленных тканей, за исключением

- а) ткани печени
- б) гранулярно-узловых образований париетальной брюшины
- ✓ в) опухолевых узлов желчного пузыря
- г) лимфоузлов желчного пузыря
- д) тканей яичников

432

199. Лапароскопическая щипцовая биопсия противопоказана при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) нарушений в свертывающей системе крови
- б) кистозных заболеваний печени
- ✓ в) поликистоза яичников
- г) выраженного холестаза
- д) очаговых заболеваний селезенки

433

200. Прицельную биопсию печени при визуальном контроле в лапароскопе впервые выполнил

- а) Хеннинг в 1941 г
- ✓ б) Кальк в 1943 г
- в) Наранго в 1945 г
- г) Верхуб в 1946 г
- д) Ленци в 1950 г

434

201. Пункционная биопсия при лапароскопии показана в случае

- а) цирроза печени
- б) подозрения на тромбоз печеночных вен
- ✓ в) подозрения на амилоидоз печени
- г) подозрения на лимфому селезенки
- д) подозрения на опухоль почки

435

202. Пункционная биопсия при лапароскопии показана

- а) при подозрении на паразитарную кисту печени
- ✓ б) при подозрении на хронический активный гепатит
- в) при метастазах печени
- г) при подозрении на склерокистоз яичников

д)при подозрении на инсулому поджелудочной железы

436

203.Лапароскопическая щипцовая биопсия противопоказана

а)при гемохроматозе печени

б)при малых формах наружного эндометриоза

в)при абдоминальной форме туберкулеза

✓ г)при подозрении на внутриутробную эктопию плодного яйца

д)при подозрении на фиброму яичника

437

204.При подготовке к аспирационной биопсии шприц нужно промыть

а)физиологическим раствором

б)раствором новокаина

в)раствором формалина

г)раствором хлоргексидина

✓ д)промыть шприц не нужно

438

205.Аспирационная биопсия при лапароскопии противопоказана при подозрении на

а)дермоид яичников

б)сифилис печени

в)лимфому селезенки

✓ г)гемангиому печени

д)туберкулезный натечник

439

206.Аспирационная биопсия не бывает информативной

а)при абсцессах печени

б)при кистах яичников

✓ в)при жировой инфильтрации печени

г)при опухолях почки

д)при забрюшинно расположенных инфильтратах

440

207.Аспирационная биопсия при лапароскопии информативна в случае

а)хронического гепатита

б)цирроза печени

✓ в)эндометриодных кист яичников

г)абдоминальной формы лимфогранулематоза

д)аденомиоза матки

441

208.Для остановки кровотечения, возникшего при пункционной биопсии печени, необходимо

✓ а)удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровоточащей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом или пальпатором

б)пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6

в)остановить кровотечение из пункционной раны печени аппликацией ферракрила

г)коагулировать пункционную рану печени

442

209.Пункционная биопсия печени при лапароскопии показана в случае

а)диффузно-фиброзных заболеваний печени

✓ б)диффузных заболеваний печени без проявлений фиброза в ней

в)очаговых заболеваний печени

г)печеночного холестаза

д)синдрома Бадда - Хиари

443

210.Пункционная биопсия при лапароскопии противопоказана в случае

- а)нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови
- б)спленомегалии неясного генеза
- в)тромбоза печеночных вен
- г)макроскопических признаков портальной гипертензии
- V д)персистирующей формы хронического гепатита

444

211.Аспирационная биопсия при лапароскопии показана при подозрении на все перечисленные патологические процессы, исключая

- а)аневризму аорты
- б)гидронефроз
- в)поликистоз яичников
- г)жировую инфильтрацию печени
- V д)опухоль почки

445

212.Аспирационная биопсия при лапароскопии показана

- а)для уточнения природы забрюшинных опухолей
- б)для уточнения природы забрюшинных инфильтратов
- в)для уточнения характера изменений поджелудочной железы
- г)для уточнения характера заболеваний селезенки
- V д)для дифференциальной диагностики жировой инфильтрации печени от других ее диффузных заболеваний

446

213.Аспирационная биопсия при лапароскопии показана

- а)при опухолевых образованиях передней брюшной стенки
- б)при подозрении на неэпителиальные опухоли забрюшинной клетчатки
- в)при опухолях брыжейки кишки
- г)при подозрении на псевдокисту поджелудочной железы
- V д)при малых формах наружного эндометриоза

447

214.Способствовать осмотру контура нижнего полюса левой почки можно, сместив

- а)большую кривизну тела желудка медиально
- б)ободочную порцию селезеночно-ободочной связки латерально
- V в)нижний край селезеночного угла толстой кишки проксимально
- г)нисходящий отдел толстой кишки медиально
- д)нисходящий отдел толстой кишки латерально

448

215.Лапароскопическую холецистохолангиографию впервые выполнил

- а)Ферверс в 1933 г
- V б)Ли в 1941 г
- в)Роер в 1942 г
- г)Кальк в 1945 г
- д)Хеннинг в 1947 г

449

216.Метод лапароскопической холецистохолангиографии в клиническую практику внедрил

- а)Калами в 1936 г
- V б)Роер в 1942 г
- в)Аллоди в 1944 г
- г)Фурье в 1945 г
- д)Хоуп в 1950 г

450

217.Лапароскопическая холецистохолангиография противопоказана

V а)при внутрипеченочном расположении желчного пузыря

б)при остром холецистите

в)при билирубинемии свыше 25 мг%

г)при гепатомегалии

д)при водянке желчного пузыря

451

218.Оптимальный диаметр пункционной иглы для выполнения лапароскопической холецистохолангиографии должен быть

а)менее 1 мм

б)1 мм

V в)1.2 мм

г)2 мм

д)3 мм

452

219.При подозрении на прикрытую перфорацию желудка при лапароскопии следует применить все перечисленное, за исключением

а)ввести в желудок большого воздуха

б)дать выпить метиленовый синий

в)приподнять край печени, сместить большой и малый сальники

г)совершить скользящее движение пальпатором от кардии к привратнику, прижимая его к передней стенке желудка

V д)выполнять выше перечисленные манипуляции нельзя

453

220.Показаниями для лапароскопической хромосальпингоскопии является

а)определение проходимости маточных труб

б)выявление нодоза маточных труб

в)определение вида лечения больного с бесплодием

г)определение объема предполагаемого оперативного лечения

V д)установление возможного нарушения моторики маточных труб

454

221.При пункции желчного пузыря через край печени игла может быть введена всеми перечисленными способами, за исключением

V а)перпендикулярного поверхности печени в зоне сращения ее с желчным пузырем

б)наклонного в сторону дна желчного пузыря

в)справа налево, относительно средней оси сращения желчного пузыря с печенью

г)слева направо, относительно средней оси сращения желчного пузыря с печенью

455

222.Критерием глубины погружения иглы в просвет желчного пузыря при его пунктировании через печень является

а)деления на пункционной игле

б)расстояние, равное диаметру желчного пузыря

V в)расстояние, равное половине диаметра желчного пузыря

г)толщина края печени над желчным пузырем

д)расстояние от дна желчного пузыря до париетальной брюшины брюшной стенки

456

223.Для облегчения дифференциальной диагностики функциональных и органических заболеваний желчных протоков при лапароскопической холецистохолангиографии можно применять все перечисленное, кроме

а)метацина

б)нитроглицерина

в)морфина

V г) тригана
д) эуфиллина
457

224. Оптимальной концентрацией рентгеноконтрастного препарата для выявления холестериновых камней в желчных протоках при прямом контрастировании их является

- а) стандартная концентрация заводского приготовления
- б) 50% концентрация от стандартного заводского приготовления
- V в) 25% концентрация от стандартного заводского приготовления
- г) 10% концентрация от стандартного заводского приготовления
- д) 5% концентрация от стандартного заводского приготовления

458

225. Заполнение контрастом внутрипеченочных желчных протоков происходит лучше в положении

- а) лежа на спине при горизонтальном положении стола
- б) на правом боку
- в) на левом боку
- г) лежа на спине с приподнятым головным концом стола
- V д) лежа на спине с опущенным головным концом стола

459

226. Заполнению контрастом внутрипеченочных протоков при лапароскопической холецистохолангиографии способствуют

- а) хлористый кальций
- V б) морфин
- в) но-шпа
- г) метацин
- д) эуфиллин

460

227. Методику торакоскопии впервые в мировой практике предложил

- а) Куссмауль в 1868 г
- V б) Якобеус в 1910 г
- в) Тейлор в 1914 г
- г) Фридель в 1956 г
- д) Карленс в 1959 г

461

228. Методику торакоскопии в нашей стране впервые применил

- а) Д. О. Отт в 1911 г
- б) С. И. Спасокукоцкий в 1919 г
- V в) П. А. Герцен в 1925 г
- г) П. А. Куприянов в 1929 г
- д) С. С. Юдин в 1933 г

462

229. Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленное, кроме

- а) плевритов неясной этиологии
- б) пиопневмоторакса
- в) опухолей плевры
- V г) бронхогенного рака легкого
- д) спонтанного пневмоторакса

463

230. Противопоказанием к торакоскопии является все, кроме

- V а) кахексии
- б) изменения свертываемости крови
- в) бронхоплевральных свищей

г)острой коронарной недостаточности
д)коматозных состояний
464

231.Среди осложнений при торакоскопии наиболее часто встречаются все, кроме

- а)подкожной эмфиземы
- б)пневмоторакса
- в)внутриплеврального кровотечения
- г)инфицирования плевральной полости
- V д)легочного кровотечения

465

232.Оптические телескопы обрабатываются способом, кроме

- V а)кипячения
- б)в парах формалина в течение 24 ч
- в)окисью этилена в течение 24 ч
- г)спиртовым раствором хлоргексидина
- д)4% раствором роккала

466

233.Вспомогательные металлические инструменты стерилизуются любым способом, кроме

- а)автоклавирования
- б)сухожаровой обработки
- в)кипячения
- V г)спиртового раствора йода 2%
- д)спиртового раствора хлоргексидина

467

234.Для торакоцентеза типичная точка расположена

- а)в VIII межреберье по заднеподмышечной линии
- б)во II межреберье по среднеключичной линии
- V в)в IV межреберье кпереди от среднеподмышечной линии
- г)в IX межреберье по лопаточной линии
- д)в VI межреберье по переднеподмышечной линии

468

235.Ориентиром, позволяющим определить место нахождения торакоскопа в плевральной полости, является все, кроме

- а)вертебральных отрезков ребер
- б)сухожильной поверхности диафрагмы
- в)полунепарной вены
- г)перикарда
- V д)пищевода

469

236.При торакоскопии оценке подлежит все, кроме

- а)характера экссудата
- б)вида париетальной плевры
- в)вида висцеральной плевры
- г)податливости и подвижности легкого
- V д)состояния сегментарных бронхов

470

237.При торакоскопии осмотру недоступны

- V а)поверхность сегмента CVII
- б)поверхность сегмента CIV
- в)дуга аорты
- г)подключичная артерия

д)сухожильный центр диафрагмы

471

238.Метод медиастиноскопии впервые разработал

а)Даниэль в 1949 г

✓ б)Карленс в 1959 г

в)В.Л.Маневич в 1961 г

г)Спешт в 1965 г

д)И.Я.Мотус и Альтман в 1981 г

472

239.Медиастиноскопия показана

✓ а)при увеличении лимфоузлов средостения

б)при инородном теле легкого

в)при кровохаркании

г)при ателектазе легкого

д)при увеличении щитовидной железы III-IV ст.

473

240.Основными противопоказаниями к медиастиноскопии являются

а)увеличение щитовидной железы I ст.

б)увеличение паратрахеальных лимфатических узлов

✓ в)синдром верхней полой вены

г)центральный рак легкого

д)небольшие опухоли вилочковой железы

474

241.К наиболее частым осложнениям при выполнении медиастиноскопии относятся

а)нагноение раны

б)гематома в ране

в)подкожная эмфизема

✓ г)кровотечение

д)повреждение перикарда

475

242.При ранении легочной артерии во время медиастиноскопии врач должен сделать

а)тампонаду

✓ б)торакотомию

в)перевязку сосуда

г)коагуляцию

д)гемотрансфузию

476

243.Медиастиноскопия выполняется

а)амбулаторно в эндоскопическом отделении

б)в стационаре в бронхоскопическом кабинете

✓ в)в стационаре в условиях операционной

г)амбулаторно в условиях операционной

д)в любом кабинете эндоскопического отделения стационара

477

244.Положение больного во время медиастиноскопии

а)сидя в кресле

б)лежа на боку

в)лежа на спине с приподнятым головным концом

✓ г)лежа на спине с валиком под плечами

д)лежа на спине, изменения положения головы не влияют на технику выполнения исследования

478

245. Оптимальным методом обезболивания при выполнении медиастиноскопии является
а) масочный
V б) эндотрахеальный комбинированный наркоз
в) поверхностный наркоз без мышечных релаксантов
г) местная анестезия
479
246. Длина медиастиноскопа, применяемого при расширенной медиастиноскопии, составляет
а) 200 мм
V б) 250 мм
в) 400 мм
г) 330 мм
д) длина медиастиноскопа такая же как при выполнении "классической" медиастиноскопии
480
247. Для выполнения медиастиноскопии существуют
а) один анатомический ориентир
б) два анатомических ориентира
V в) три анатомических ориентира
г) четыре анатомических ориентира
д) пять анатомических ориентиров
481
248. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии
а) дуга аорты
V б) яремная вырезка
в) трахея
г) бифуркация трахеи
д) грудино-подключичная мышца
482
249. Второй анатомический ориентир
V а) трахея
б) яремная вырезка
в) бифуркация трахеи
г) пищевод
д) дуга аорты
483
250. Третий анатомический ориентир
а) пищевод
б) дуга аорты
в) трахея
V г) бифуркация трахеи
д) грудино-подъязычная мышца
484
251. Отделами, недоступными осмотру при "классической" медиастиноскопии, являются
а) трахея
б) бифуркация трахеи
V в) корни обоих легких
г) начальные отделы главных бронхов
д) паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы
485
252. К лимфоузлам, доступным биопсии при "классической" медиастиноскопии, относят
V а) паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы

- б) бронхопульмональные
- в) лимфоузлы, находящиеся в "субаортальном окне"
- г) околопищеводные
- д) только паратрахеальные

486

253. К лимфоузлам, недоступным биопсии при "классической" медиастиноскопии, относят

- а) только паратрахеальные
- в) бифуркационные и околопищеводные
- г) бифуркационные
- д) бронхопульмональные и паратрахеальные

487

254. При "классической" медиастиноскопии возможны

- а) биопсия с задней поверхности пищевода
- в) биопсия с корня легкого
- г) удаление бронхопульмональных узлов
- д) биопсия ткани легкого

488

255. Операционную холедохоскопию в Советском Союзе впервые выполнил

- а) С.П. Федоров в 1945 г
- б) И.А. Беличенко в 1962 г
- в) В.В. Виноградов в 1962 г
- г) А.Т. Лидский в 1963 г
- д) В.Н. Пурмалис в 1965 г

489

256. Показаниями к антеградной операционной холедохоскопии являются

- а) уточнение данных, полученных с помощью других методов обследования, о состоянии желчевыводящих протоков
- б) уточнение данных, полученных с помощью других методов обследования, о состоянии панкреатического протока
- в) уточнение функциональных изменений билиарной системы
- г) выявление недостаточности большого дуоденального сосочка
- д) уточнение причины гемобилии

490

257. Первым выполнил холедохоскопию во время операции

- а) Зорнтон в 1889 г
- б) Бекис в 1908 г
- в) Антоници в 1928 г
- г) Вилдеганс в 1951 г
- д) Шор в 1965 г

491

258. Способ эндоскопического осмотра слизистой желчных протоков во время операции назван холедохоскопией

- а) Зорнтоном
- б) Бекисом
- в) Антоници
- г) Вилдегансом
- д) Лейтером

492

259. При операционной холедохоскопии возможно все перечисленное, за исключением

- а) перфорации стенки интрамуральной части холедоха
 - V б) взятия биопсии из слизистой желчного пузыря
 - в) взятия биопсии из слизистой внутрипеченочных желчных протоков
 - г) выявления стриктуры желчных протоков
 - д) выполнения эксцизии полипов желчных протоков
- 493

260. Введение холедохоскопа в желчные пути осуществляется через все перечисленные образования, кроме

- а) культи пузырного протока
 - б) холедохотомического отверстия
 - V в) малого дуоденального сосочка
 - г) большого дуоденального сосочка
 - д) холецистостомы
- 494

261. Фотографирование просвета внепеченочных желчных протоков впервые выполнил

- V а) Стеоп в 1931 г
 - б) Мойвер в 1941 г
 - в) Липман в 1963 г
 - г) Токол в 1968 г
 - д) Сато в 1979 г
- 495

262. Холедохоскоп на основе фиброволоконной оптики был создан

- а) в 1946 г
 - V б) в 1965 г
 - в) в 1968 г
 - г) в 1970 г
 - д) в 1974 г
- 496

263. Антеградная операционная холедохоскопия показана с целью всего перечисленного ниже, исключая

- а) уточнение данных, полученных с помощью других методов обследования, о состоянии желчевыводящих протоков
 - б) получение дополнительных сведений о состоянии желчных протоков
 - в) определение эффективности хирургической санации желчных протоков
 - г) удаление камней из общего желчного протока
 - V д) рассечение стриктуры устья панкреатического протока
- 497

264. При операционной холедохоскопии можно выполнить все перечисленное ниже, кроме

- а) осмотреть слизистую вне и внутрипеченочных желчных протоков
 - б) удалить камень из желчных протоков
 - V в) рассечь стриктуру устья Вирсунгова протока
 - г) взять биопсию из слизистой протоков
 - д) выявить полипы ампулы большого дуоденального сосочка
- 498

265. Преимуществом кульдоскопии перед лапароскопией является

- а) лучший обзор женских половых органов
 - V б) не нужен искусственный пневмоперитонеум
 - в) дает более широкие возможности для диагностических манипуляций
 - г) обеспечивает больший диапазон лечебных манипуляций
 - д) имеет меньше противопоказаний
- 499

266. Впервые идею осмотра органов брюшной полости с помощью введения в нее осветительных приборов предложил

V а) Д. О. Отт в 1901 г

б) Г. Н. Сережников и В. Л. Якобсон в 1907 г

в) Келинг в 1912 г

г) Орндорб в 1920 г

д) Кальк в 1928 г

500

267. Кульдоскопию впервые предложил и выполнил

а) Раддок в 1934 г

V б) Дечер в 1942 г

в) Л. Н. Орлов в 1947 г

г) Антия в 1952 г

д) Пальмер в 1954 г

501

268. Показаниями к плановой кульдоскопии является все перечисленное, кроме

а) подозрения на опухоль внутренних половых органов

б) уточнения диагноза склерокистоза яичников

в) уточнения проходимости маточных труб при неясных данных гистеросальпингографии

V г) спаечного процесса в малом тазу

д) выявления уровня окклюзии при частично непроходимых маточных трубах

502

269. Показаниями к плановой кульдоскопии являются все перечисленные, кроме

а) уточнения характера аномалий развития гениталий

V б) фиксированной ретрофлексии матки

в) выявления причин стойких тазовых болей неясной этиологии

г) необходимости контроля при бужировании маточных труб во время гистероскопии

д) необходимости биопсии яичников

503

270. Показаниями к экстренной кульдоскопии являются все перечисленные, за исключением

а) подозрения на разрыв кисты яичника

б) подозрения на перекрут ножки кисты или кистомы яичника

в) подозрения на апоплексию яичника

г) подозрения на трубную беременность

V д) подозрения на острый аппендицит

504

271. Показаниями к экстренной кульдоскопии являются все перечисленные, кроме

а) подозрения на перфорацию матки

б) подозрения на непроникающий разрыв матки после родов

V в) подозрения на болезнь Крона

г) отсутствия эффекта от консервативной терапии при остром воспалении придатков матки в течение 12-48 ч

д) подозрения на разрыв пиосальпинкса

505

272. К ограничениям кульдоскопии относятся все перечисленные, исключая

а) спаечный процесс в дугласовом пространстве

б) ограниченные возможности проведения диагностических манипуляций

в) ограниченные возможности проведения лечебных мероприятий

V г) спаечный процесс в брюшной полости

д) ограниченные показания

506

273.Противопоказаниями к кульдоскопии являются все перечисленные, исключая

- а)фиксированную ретрофлексию матки
- б)обширный спаечный процесс в прямокишечно-маточном пространстве
- в)опухолевые образования малого таза
- V г)спаечный процесс в брюшной полости
- д)легочно-сердечную патологию в стадии декомпенсации

507

274.Оптимальное положение больной на операционном столе во время кульдоскопии

- а)горизонтальное
- б)положение Тренделенбурга
- в)на левом боку
- г)на правом боку
- V д)коленно-грудное положение

508

275.Оптимальным методом обезболивания при кульдоскопии является

- V а)местная парацервикальная анестезия
- б)ингаляционный наркоз
- в)сочетание местного и общего обезболивания
- г)внутривенный наркоз
- д)нейролептаналгезия

509

276.Кульдоскоп вводится через

- а)передний свод влагалища
- V б)задний свод влагалища
- в)правую нижнюю точку Калька
- г)левую нижнюю точку Калька
- д)точку Мак-Бурнея

510

277.Биопсию яичников во время кульдоскопии производят при всех перечисленных состояниях, за исключением

- а)подозрения на функциональную неполноценность яичников при гормональном бесплодии
- б)уточнения диагноза склерокистозных яичников
- в)подозрения на дисгенезию
- V г)воспаления яичника
- д)уточнения гистологического диагноза при распространенном раковом процессе и туберкулезе гениталий

511

278.К техническим особенностям биопсии яичника относятся все перечисленные, за исключением

- V а)введения маточного зонда и смещение матки кзади
- б)смещения матки кпереди с помощью маточного зонда
- в)отведения от яичника прилежащих органов с помощью манипулятора
- г)биопсии из латерального полюса яичника
- д)биопсии из верхнего края яичника

512

279.Гистероскопию впервые выполнил

- а)Витт
- б)Хайнберг
- V в)Панталеони
- г)Френд
- д)Б.И.Литвак

513

280. Гистероскопия впервые выполнена

V а) в 1869 г

б) в 1890 г

в) в 1903 г

г) в 1916 г

д) в 1923 г

514

281. К методам гистероскопии, применяющимся в настоящее время, относятся все перечисленные, кроме

а) метода Силандера с использованием баллона

б) жидкостной гистероскопии

в) газовой гистероскопии

г) контрастной гистероскопии

V д) бесконтактной гистероскопии

515

282. Гистероскоп модели Силандера с баллоном используется во всех перечисленных случаях, кроме

а) контроля за качеством выскабливания

V б) удаления внутриматочной спирали из полости матки

в) подозрения на рак тела матки

г) бесплодия

д) контактных кровотечений

516

283. К недостаткам гистероскопии эндоскопом модели Силандера с баллоном относятся все перечисленные, исключая

а) возможный разрыв баллона при выполнении процедуры

б) невозможность проведения электрокоагуляции

в) невозможность выполнить бужирование труб

V г) возможность эмболии через зияющие сосуды

д) невозможность провести рассечение перегородок и синехий

517

284. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме

а) диагностики патологических состояний полости матки

б) контроля и динамического наблюдения за эффективностью проводимого лечения

в) проведения оперативных вмешательств (полипэктомия)

г) проведения манипуляций в полости матки (выскабливание)

V д) опухолевых или воспалительных инфильтратов малого таза

518

285. Гистероскопия с использованием жидких сред применяется во всех перечисленных случаях, за исключением

V а) контроля за качеством диагностического выскабливания

б) злокачественных образований тела матки

в) проведения манипуляций внутри матки с применением электрокоагуляции

г) деформации и эрозии шейки матки

д) прорастания миометрия раковой опухолью, когда есть возможность разрыва матки

519

286. Гистероскопия с использованием углекислого газа применяется во всех перечисленных случаях, за исключением

а) диагностики внутриматочной патологии

б) когда не требуется специального обезболивания

в) применения в амбулаторных условиях

V г)деформации и разрывов шейки матки с применением адаптера

д)для осуществления манипуляций внутри матки с применением электрокоагуляции

520

287. Абсолютными показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме

а)нарушения ритма менструаций

V б)бесплодия при отсутствии клинических и других признаков патологии в полости матки

в)миомы матки любой локализации

г)лигатуры в полости матки после операций кесарева сечения

д)внутриматочной спирали в полости матки после безуспешных попыток ее удаления

521

288. Диагностическая гистероскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая

а)дисфункциональные маточные кровотечения или кровяные выделения в период менопаузы

б)подозрение на подслизистую миому матки, аденомиоз

в)подозрение на рак эндометрия

г)аномалии развития матки

V д)подозрение на опухолевые поражения придатков

522

289. Гистероскопия позволяет с большей точностью выявить все перечисленные заболевания, кроме

а)аденомиоза

V б)железисто-кистозной гиперплазии

в)аденоматоза

г)рака эндометрия

523

290. Оптимальный срок для осмотра устья маточных труб

а)фаза пролиферации

б)фаза секреции

в)середина цикла

г)менструация

V д)любая фаза менструального цикла

524

291. Противопоказаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме

а)общих инфекционных заболеваний (ангина, грипп и др.)

б)тяжелое состояние больной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов (печени, почек)

в)острых воспалительных заболеваний половых органов

V г)маточных кровотечений

д)III-IV степени чистоты влагалищных мазков, наличия в них грибка, молочницы и трихомонад

525

292. Мероприятия, которые проводят при подготовке больных к плановой гистероскопии включают все перечисленное, за исключением

а)очистительной клизмы накануне

б)бритья наружных половых органов

V в)очистительной клизмы в день осмотра

г)опорожнения мочевого пузыря перед исследованием

д)санации влагалища (вечером и утром в день исследования, влагалище промывают раствором фурацилина 1:5000 или 2-3% раствором перманганата калия)

526

293.Обезболивание при гистероскопии используют на всех перечисленных этапах исследования, за исключением

- а)выполнения непосредственно самого исследования
- ✓ б)расширения цервикального канала
- в)диагностического выскабливания или удаления миоматозных узлов или крупных полипов
- г)бужирования маточных труб
- д)электрокоагуляции эндометрия

527

294.При гистероскопии могут быть использованы все перечисленные методы обезболивания, исключая

- ✓ а)эндотрахеальный наркоз
- б)внутривенный наркоз
- в)масочный наркоз закистью азота или фторотаном
- г)парацервикальную анестезию раствором новокаина
- д)внутришеечное введение кетамина

528

295.Максимально возможная скорость поступления газа в полость матки и давление в полости матки, при котором углекислый газ, даже попадая в сосуды матки, полностью утилизируется в организме, не вызывая эмболии

- ✓ а)100 мл/мин и 180 мм рт. ст.
- б)100 мл/мин и 160 мм рт. ст.
- в)120 мл/мин и 160 мм рт. ст.
- г)120 мл/мин и 180 мм рт. ст.
- д)120 мл/мин и 170 мм рт. ст.

529

296.При гистероскопии могут быть выполнены все следующие манипуляции, исключая

- а)удаление полипов и подслизистых опухолей
- б)пересечение перегородок и синехий в полости матки
- в)бужирование маточных труб
- г)электрокоагуляцию эндометриоидных ходов
- ✓ д)удаление субсерозных маточных узлов

530

297.Оптимальными сроками проведения хирургических вмешательств в полости матки являются

- ✓ а)фаза пролиферации (с 5-го по 10-й день менструального цикла)
- б)фаза секреции (за 2-3 дня до менструации)
- в)независимо от фазы менструального цикла
- г)во время менструации
- д)фаза поздней пролиферации

531

298.Впервые исследовал полость коленного сустава

- ✓ а)Такарди
- б)Мелтзинг
- в)Берси
- г)Штарк
- д)Бивэн

532

299.Исследование полости коленного сустава осуществлено впервые

- ✓ а)в 1918 г
- б)в 1919 г
- в)в 1920 г

г)в 1927 г

д)в 1936 г

533

300.Артроскоп был сконструирован

V а)в 1920 г

б)в 1930 г

в)в 1931 г

г)в 1936 г

д)в 1948 г

534

301.Фотографирование через артроскоп было впервые выполнено

а)в 1918 г

V б)в 1932 г

в)в 1936 г

г)в 1947 г

д)в 1951 г

535

302.Впервые в нашей стране провел эндоскопию коленного сустава

а)А.А.Петерсон

б)Ш.И.Шалимов

в)Ю.Р.Панцырев

г)В.Р.Свейко

V д)О.А.Ушаков

536

303.Троакар артроскопа вводят в полость сустава под углом

а)30-35-

б)40-45-

в)50-60-

г)70-80-

V д)90-100-

537

304.Стиллет в полость коленного сустава вводят под углом

а)40-45-

б)50-60-

в)90-120-

V г)170-175-

д)150-160-

538

305.Раствор, вводимый при артроскопии в полость сустава

а)дистиллированная вода

б)физиологический раствор

V в)изотонический раствор хлорида натрия

г)новокаин 0.25%

д)новокаин 0.5%

539

306.Показаниями к артроскопии являются все перечисленные, исключая

а)неясную клинику повреждения коленного сустава

б)жалобы на дискомфорт в суставе после оперативных вмешательств

в)острую травму и гемартроз коленного сустава

г)подозрение на травму мениска

V д)наличие инфекционного процесса в коленном суставе

540

307. Противопоказаниями к артроскопии являются все перечисленные, кроме

- а) спаечного процесса и контрактуры
- б) фиброзного анкилоза коленного сустава
- в) гемартроза коленного сустава
- г) наличия инфекционного процесса в коленном суставе
- д) костных анкилозов коленного сустава

541

308. К осложнениям при артроскопии относятся все перечисленные, кроме

- а) инфицирования полости коленного сустава
- б) отека
- в) повреждения суставного хряща
- г) повышения температуры
- д) отсутствия или слабости функционирования четырехглавой мышцы в первые 2 дня

5) ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

05.01. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи:

- А) аксиальная
- Б) параэзофагеальная
- В) короткий пищевод
- Г) смешанная
- Д) гигантская

05.02. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат:

- А) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы
- Б) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
- В) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
- Г) кардиоспазм и эзофагоспазм
- Д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления

05.03. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием

- А) нарушения прохождения пищи по пищеводу
- Б) расширения пищевода
- В) рефлюкса содержимого желудка в пищевод
- Г) спазма пищевода
- Д) дискинезии пищевода

05.04. Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет

- А) 40 см
- Б) 39 см
- В) 38 см
- Г) 37 см
- Д) 36 см

05.05. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются:

- А) укорочение пищевода и зияние кардии

- Б) зияние кардии и формирование пищеводных колец
- В) формирование пищеводных колец и пролапс слизистой желудка
- Г) пролапс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит
- Д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец

05.06. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются:

- А) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит
- Б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения
- В) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс
- Г) наличие грыжевой полости и хиатального сужения
- Д) пролапс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии

05.07. Зияние кардии или неполное ее смыкание может быть обусловлено:

- А) рефлексорным актом на введение эндоскопа или снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- Б) снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера или воздействием анестетиков
- В) воздействием анестетиков или аксиальной хиатальной грыжей
- Г) аксиальной хиатальной грыжей или параэзофагеальной грыжей
- Д) параэзофагеальной хиатальной грыжей или нижнегрудным дивертикулом пищевода

05.08. Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено:

- А) грыжевым гастритом
- Б) сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы
- В) деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой
- Г) деформацией части желудка, лежащей под диафрагмой
- Д) укорочением пищевода

05.09. При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается

- А) тотчас ниже уровня диафрагмы
- Б) на уровне диафрагмы
- В) тотчас над диафрагмой
- Г) значительно выше уровня диафрагмы
- Д) значительно ниже уровня диафрагмы

05.10. Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является

- А) эрозивный эзофагит
- Б) язвенный эзофагит
- В) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального переход
- Г) язвы грыжевого мешка
- Д) венозный стаз в грыжевом мешке

05.11. Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является

А) рефлюкс-эзофагит

Б) кровотечение

В) ущемление

Г) перфорация

Д) малигнизация

05.12. Основным патогенетическим фактором образования параэзофагальной грыжи является

А) врожденная патология

Б) повышение внутрибрюшного давления

В) рефлюкс-эзофагит

Г) травматическое повреждение диафрагмы

Д) повышение внутрипищеводного давления

05. 13. Наиболее частым осложнением параэзофагеальной хиатальной грыжи является

А) эзофагит

Б) кровотечение

В) ущемление

Г) перфорация

Д) малигнизация

05. 14. У больной 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом при ЭГДС выявлено зубчатая линия на 37 см от резцов, имеются кольцо Шацкого и «второй вход» в желудок, слизистая пищевода гладкая, белесоватая, сосудистый рисунок не просматривается, кардия зияет, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественными мелкоочечными кровоизлияниями.

Ваш диагноз:

А) аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б) аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В) аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г) параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д) короткий пищевод

Е) зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж) желудочно-пищеводный пролапс

05.15. У больного 28 лет с язвенной болезнью 12-перстной кишки при ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 39 см от резцов, слизистая оболочка нижней трети пищевода гиперемирована, отечна, кардия зияет, миграция кардии в пределах 2 см, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя не изменена

Ваш диагноз:

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.16. У больного 32 лет с жалобами на периодические боли в эпигастрии, связанные с физической нагрузкой, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, кардия полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, с типичными желудочными складками, зернистая легко ранима.

Ваш диагноз:

- А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
- Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
- В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
- Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
- Д. Короткий пищевод
- Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
- Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.17. У больного 42 лет с травматическим повреждением диафрагмы в анамнезе (в настоящее время жалоб не предъявляет)!

ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 40 см от резцов, кардия смыкается, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, при инверсионном осмотре определяется деформация свода желудка в виде дивертикулоподобного выпячивания, слизистая оболочка свода желудка не изменена.

Ваш диагноз:

- А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
- Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
- В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
- Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
- Д. Короткий пищевод
- Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинк
- Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.18. У больной 58 лет с жалобами на изжогу и отрыжку воздухом при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, зубчатая линия не определяется, кардия зияет в пищеводном отверстии диафрагмы определяются складки желудка, при инверсионном осмотре стенка желудка не охватывает полностью эндоскоп. Ваш диагноз:

- А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
- Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
- В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
- Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
- Д. Короткий пищевод
- Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
- Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.19. У больного с анемией неясного генеза при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая, блестящая, зубчатая линия в виде кольца, располагается на 39 см от резцов, во время рвотах движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественными подслизистыми кровоизлияниями и мелкоочечными отложениями гематина, имеется грыжевая полость, хиатальное сужение.

Ваш диагноз:

- А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
- Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
- В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
- Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
- Д. Короткий пищевод
- Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
- Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.20. Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат: А) прием внутрь едких веществ и алкоголя

- Б) алкоголь и неумеренное курение
- В) неумеренное курение и инфекция
- Г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого
- Д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения

05.21. Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять

- А) только в течение первых суток
- Б) только в течение вторых-пятых суток
- В) только спустя 6 дней
- Г) только спустя 14 дней
- Д) в любое время

05.22. Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат:

- А) перфорация пищевода и шок
- Б) выраженная интоксикация
- В) отсутствие клинической картины ожога
- Г) первые 24 часа после ожога
- Д) 7-е сутки после ожога

05.23. Для исключения перфорация пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить

- А) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей

- Б) рентгенографию с барием
- В) рентгенографию с воднорастворимым контрастом
- Г) УЗИ

Д) компьютерную томографию

05.24. Развитию кандидозного эзофагита способствуют:

- А) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода
- Б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз
- В) амилоидоз и диабет
- Г) диабет и метаплазия эпителия
- Д) метаплазия эпителия

Инструкция: Установите соответствие

05.25. Степень кандидозного Эндоскопические признаки

Эзофагита Ответы 1-Б; 2-Д; 3-Г

1 . 1 степень

2.1степень

3.1степень

А. На фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий покрытых желтым экссудатом

Б. На фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре

В. На фоне гиперемизированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок

Г. Вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями

Д. На фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре

05.26. Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите

А) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином

Б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

В) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

Г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом

05.27. Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются:

А) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода

Б) стенозы пищевода и алкоголизм

В) алкоголизм и хиатальная грыжа

Г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит

Д) рефлюкс-эзофагит

05.28. Язвенный дефект при лекарственном эзофагите характеризуется

А) округлой формой и четкими краями

Б) округлой формой и нечеткими краями

В) неправильной формой и четкими краями

Г) неправильной формой и нечеткими краями

05.29. Ранняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на

А) клетки эпителия

Б) артериолы

- В) нервные сплетения
- Г) подслизистый слой
- Д) мышечный слой

05.30. Поздняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на

- А) клетки эпителия
- Б) артериолы
- В) нервные сплетения
- Г) подслизистый слой
- Д) мышечный слой

5.31. Для радиационного эзофагита в раннем периоде характерно

- А) эрозивно-язвенное воспаление с деформацией просвета и его сужением
- Б) атрофия слизистой оболочки с наличием множественных телеангиэктазий
- В) локальная зона гиперемии слизистой оболочки с выраженной контактной кровоточивостью, наличием эрозий и язв

05.32. Для радиационного эзофагита в позднем периоде характерна А) атрофия слизистой оболочки и множественные телеангиэктазии

- Б) гипертрофия слизистой оболочки, исчезновение сосудистого рисунка
- В) гликогенный акантоз
- Г) очаговая гиперплазия слизистой оболочки

05.33. Причиной развития рефлюкс-эзофагита могут служить следующие заболевания:

- А) язвенная болезнь в острой стадии и ахалазия кардии
- Б) ахалазия кардии и варикозное расширение вен 3-4 стадии
- В) варикозное расширение вен пищевода 3-4 стадии и дивертикулы пищевода
- Г) дивертикулы пищевода и параэзофагеальная грыжа
- Д) язвенная болезнь в острой стадии и варикозное расширение вен 3-4 стадии

05.34. Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

- А) линейных эрозий
- Б) сливных эрозий
- В) кольцевидных эрозий
- Г) пептической язвы
- Д) участков желудочной метаплазии

05.35. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

- А) линейных эрозий
- Б) сливных эрозий
- В) кольцевидных эрозий
- Г) пептической язвы
- Д) участков желудочной метаплазии

05.36. Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

- А) линейных эрозий
- Б) сливных эрозий
- В) кольцевидных эрозий
- Г) пептической язвы
- Д) участков желудочной метаплазии

05.37. Основной причиной развития пищевода Барретта служит

- А) острое воспаление
- Б) хроническое воспаление
- В) желудочно-пищеводный рефлюкс
- Г) нарушение регенерации слизистой оболочки
- Д) снижение местных защитных механизмов

05.38. Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при

- А) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу
- Б) анемии Адиссон-Бирмера
- В) тилозе
- Г) синдроме Пламмер-Винсона
- Д) склеродермии

05.39. Пищевод Барретта наиболее часто выявляется при

- А) ахализии кардии
- Б) параззофагеальной хиатальной грыже
- В) рефлюкс-эзофагите
- Г) варикозном расширении вен пищевода
- Д) тилозе

05.40. Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется

- А) стиранием зубчатой линии
- Б) подчеркнутостью зубчатой линии
- В) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении
- Г) смещением зубчатой линии в дистальном направлении
- Д) рубцовыми изменениями зубчатой линии

05.41. Эндоскопически пищевод Барретта наиболее часто характеризуется наличием

- А) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода
- Б) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей
- В) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей и рефлюкс-эзофагитом

05.42. У больной 39 лет с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающей массивную лекарственную терапию, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая с множественными эрозиями неправильной формы, кардия зияет, перистальтика ослаблена. Ваш диагноз:

Варианты ответов

- А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени
- Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени
- В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

Е. Лекарственный эзофагит

Ж. Герпетический эзофагит

05.43. У больного 58 лет с жалобами на гиперэстезию пищевода при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода диффузно гиперемирована, разрыхлена, на отдельных участках имеются множественные рыхлые желтоватого цвета наложения, последние с трудом снимаются со слизистой оболочки, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

Е. Лекарственный эзофагит

Ж. Герпетический эзофагит

05.44. У больного 25 лет, страдающего хроническим панкреатитом, жалобы на боли за грудиной. При ЭГДС обнаружено: слизистая оболочка пищевода в н/3 белесоватая, утолщенная, по вершинам складок плотно фиксированные линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

Е. Лекарственный эзофагит

Ж. Герпетический эзофагит

05.45. У больного, длительно получающего нестероидные противовоспалительные препараты по поводу ревматоидного артрита, с жалобами на дисфагию и боли за грудиной при ЭГДС выявлено: просвет пищевода на уровне 35 см от резцов сужен до 0,8 см. В этой области слизистая резко гиперемирована, отечна, на задней стенке округлый язвенный дефект до 0,5 см в диаметре. Слизистая контактной кровоточит, перистальтика усилена. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

Е. Лекарственный эзофагит

Ж. Герпетический эзофагит

05.46. У больной 40 лет с жалобами на изжогу при ЭГДС выявлено: гиперемия и отек слизистой оболочки н/3 пищевода, множественные сливные эрозии покрытые фибрином, слизистая контактно кровоточит, кардия- зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

Е. Лекарственный эзофагит

Ж. Герпетический эзофагит

05.47. У больного 32 лет с жалобами на диспепсию и боли за грудиной при ЭГДС выявлено: в н/3 пищевода по окружности всего просвета воспалительно-эрозивные изменения слизистой оболочки, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

Е. Лекарственный эзофагит

Ж. Герпетический эзофагит

05.48. Ведущая роль в патогенезе образования пульсионных дивертикулов принадлежит

А) снижению эластичности стенки полого органа и повышению внутриполостного давления

Б) повышению внутриполостного давления и тракции извне

В) тракции извне и наличию «слабых мест» в стенке полого органа

Г) наличию слабых мест в стенке полого органа и повышению внутриполостного давления

05.49. Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является:

А) большие размеры дивертикула

Б) дивертикулит

В) рак в дивертикуле

Г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом

Д) эрозивный эзофагит

05.50. Клинические проявления дивертикула Ценкера:

А) чувство першения в горле и неприятный запах изо рта

Б) неприятный запах изо рта и афония

В) афония и легочные осложнения

Г) легочные осложнения и периодическая рвота

Инструкция: Установите соответствие

05.51. Заболевание Ответы: 1-В;2-Б;3-В;4-В

1. Хронический рефлюкс-эзофагит	Тонус нижнего пищевода сфинктера	
2. Ахалазия кардии	А. В норме	
3. Варикозное расширение пищевода 3 степени	Б. Повышен	расширение вен
4. Склеродермия	В. Понижен	

05.52. Заболевание

1. Аксиальная хиатальная грыжа	Оптимальный метод диагностики
3. Ахалазия и халазия кардии	А. Рентгенография
4. Рак пищевода	Б. Манометрия
5. Подслизистая опухоль	В. Морфологическое исследование
	Г. Суточная мониторинг
	Д. Эндоскопическая ультрасонография

Ответы: 1-А;2-Г;3-Б;4-В;5-Д

05.53. Термин	Его значение
1 . Дивертикул	А. Хирургически созданное отверстие
2.Псевдодивертикул	Б. Патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
3.Свищ	В. Выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
4 Стомма	Г. Выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза

Д. Отверстие в окружающую полость

Ответы: 1В;2-Г;3-Б;4-А;5-Д

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.54. При варикозном расширении вен пищевода 3 степени слизистая оболочка пищевода

А) не изменена

Б)воспалена

В) атрофична

Г) с очагами желудочной метаплазии

Д) утолщена

05.55. Эндоскопические прогностические признаки повышенного риска развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода включают:

А) голубой цвет вен и наличие эрозий над варикозными узлами

Б) наличие эрозий над варикозными узлами и диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см

В) диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см и наличие красных знаков на варикозных узлах

Инструкция: Установите соответствие

05.56. Степень варикозного расширения вен

1.1 степень

2.2степень

3.3степень

А. Вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении слизистая оболочка не изменена

Б. Вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична

В. Вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена

Г. Вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена

Д. Вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена

Ответы: 1-Г;2-Д;3-Б

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ 05.59. Вид сужения

1 . Спазм

2.Стеноз

3.Структура

4.Окклюзия

05.57. Причиной развития кардиоспазма служит

А)стресс

Б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения

В) желудочно-пищеводный рефлюкс

Г) хиатальная грыжа

Д) химический ожог в анамнезе

05.58. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени!включают:

- А) застойный эзофагит и спазм кардии
- Б) расширение просвета пищевода и спазм кардии
- В) спазм кардии и усиление перистальтики
- Г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода
- Д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии

Инструкция: Установите соответствие

Его характеристика

- А. Полное закрытие просвета
- Б. Функциональное сужение просвета
- В. Постоянное органическое су-сужение просвета
- Г. Органическое длиной менее 1 см
- Д. Закрытие просвета внутриполостным препятствием

Ответы: 1-Б;2-В;3-Г;4-А;5-Д

05.60.Степени

сужения

Величина сужения:

пищевода:

А. от 15 до 17мм

1.1-я степень

Б. от 9 до 11 мм

2.2-я степень

В. от 6 до 8 мм

Г. от 3 до 5 мм

Д. от 0 до 2 мм

Отвтеы: 1Б;2-В;3-Г;4-Д

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.61. Для папилломы пищевода наиболее характерен

- А) розовый цвет
- Б) голубоватый цвет
- В) белесоватый цвет
- Г) цвет не отличается от окружающей слизистой оболочки
- Г) красный цвет

05.62. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается

- А) лейомиома
- Б)липома
- В) шваннома
- Г) фиброма
- Д) лимфангиома

05.63. Эндоскопическая характеристика лейомиомы:

- А) ровные контуры и положительный симптом «хоботка»
- Б) гладкая поверхность и положительный симптом «шатра»
- В) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера

05.64. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся:

- А) атрофия
- Б) метаплазия
- В) прогрессирующая дисплазия
- Г) гликогенный акантоз
- Д) ороговение слизистой оболочки

542

001. В классификации грыж пищеводного отверстия диафрагмы выделяют все перечисленные формы, исключая

- а) короткий пищевод
- б) параэзофагальную грыжу
- ✓ в) диафрагмальную грыжу

- г) аксиальную грыжу
- д) гигантскую грыжу

543

002. Причинами возникновения аксиальной грыжи являются все перечисленные, кроме

- а) повышения внутрибрюшного давления
- б) инволюции тканей пищеводного отверстия диафрагмы
- в) прогрессирующего рубцово-воспалительного укорочения пищевода

✓ г) кардиоспазма

- д) эзофагоспазма

544

003. Клиническая картина грыжи пищеводного отверстия диафрагмы включает все перечисленные симптомы, за исключением

- а) болей в подложечной области после еды
- б) длительной интермиттирующей дисфагии

✓ в) прогрессирующей дисфагии

- г) диспепсического синдрома
- д) псевдостенокардического синдрома

545

004. К эндоскопическим критериям аксиальной грыжи относятся все перечисленные, кроме

- а) укорочения пищевода
- б) пролапса слизистой желудка в грыжевую полость
- в) заброса желудочного содержимого
- г) "проваливания" прибора в пролабирующий сегмент
- ✓ д) затруднения прохождения прибора через кардиальный жом

546

005. К эндоскопическим признакам аксиальной грыжи относятся все перечисленные, исключая

- а) расширение пищевода в нижней трети
- б) утолщение складок слизистой оболочки пищевода
- в) выраженный пролапс слизистой желудка в грыжевой мешок
- г) зияние кардии

✓ д) спазм кардии

547

006. Источниками кровотечения при аксиальной грыже являются все перечисленные, кроме

- а) эрозивного эзофагита
- ✓ б) разрыва слизистой оболочки кардио-эзофагального перехода
- в) язвы пищевода
- г) язвы в грыжевом мешке
- д) венозного стаза в наддиафрагмальной части желудка

548

007.К осложнениям аксиальной грыжи относятся все перечисленные, кроме

- а)эзофагита
- б)эрозии пищевода
- в)язвы пищевода
- г)кровотечения

V д)варикозного расширения вен пищевода

549

008.Эндоскопическими критериями эзофагита являются все перечисленные, исключая

- а)гиперемия слизистой оболочки пищевода
- б)эрозии и язвы
- в)лейкоплакии

V г)полипы

д)утолщение складок слизистой оболочки пищевода

550

009.К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относится

а)розовая слизистая

V б)гиперемия слизистой в виде продольных полос

в)багрово-синюшная слизистая

г)сосудистый рисунок не виден

д)эрозии слизистой

551

010.К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относится

а)гиперемия слизистой незначительная

V б)ярко гиперемированная слизистая

в)розовая слизистая

г)незначительная контактная кровоточивость

д)эластичность слизистой сохранена

552

011.К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени относятся

а)гиперемия слизистой незначительная

б)эластичность слизистой оболочки сохранена

в)сосудистый рисунок прослеживается

г)незначительная контактная кровоточивость

V д)одиночные или множественные язвы

553

012.К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относятся все перечисленные, исключая

а)гиперемия слизистой в виде продольных полос

V б)снижение эластичности слизистой оболочки

в)отек слизистой оболочки

г)наличие вязкой слизи

д)изменение сосудистого рисунка

554

013.К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относятся все перечисленные, за исключением

а)диффузной гиперемии слизистой оболочки

б)утолщения складок слизистой оболочки

в)контактной кровоточивости слизистой оболочки

г)наличия эрозий

V д)сохранения эластичности слизистой

555

014.К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени относятся все перечисленные, за исключением

- а)яркой гиперемии слизистой оболочки
- б)снижения эластичности слизистой оболочки
- в)изменения сосудистого рисунка

V г)сохранения эластичности слизистой

д)одиночных или множественных язв

556

015.Причинами острого эзофагита могут быть все перечисленные, кроме

- а)инфекционных заболеваний
- б)травмы
- в)ожогов

г)отравления

V д)рефлюкса желудочного содержимого

557

016.Причинами хронического эзофагита могут быть все перечисленные, кроме

а)постоянного рефлюкса желудочного содержимого

V б)ахализии кардии

в)грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

г)пищевых раздражителей

д)ахализии кардии

558

017.Клиническая картина эзофагита включает все перечисленное, исключая

а)боли в эпигастральной области

б)изжогу

в)отрыжку

г)псевдокоронарный синдром

V д)дисфагию

559

018.Эндоскопическая картина пептической язвы пищевода характеризуется всеми перечисленными признаками, исключая

а)локализацию в зоне кардиоэзофагального перехода

б)неглубокую язву без воспалительного вала вокруг

V в)глубокую язву с высоким воспалительным валом вокруг

г)размеры язвы не превышают 1 см

д)плотные края язвы при инструментальной пальпации

560

019.Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии гипертрофированных складок пищевода включают все перечисленные признаки, за исключением

а)калибр складок на всем протяжении одинаков

б)при раздувании пищевода воздухом складки расправляются

V в)при раздувании пищевода воздухом складки не расправляются

г)в фазе максимального вдоха складки сглаживаются

д)у кардии складки обрываются, зубчатая линия сохранена

561

020.Причинами синдрома Мэллори - Вейса могут быть все перечисленные, исключая

V а)прием алкоголя

- б)рвоту
- в)подъем тяжести
- г)сильный кашель
- д)закрытую травму живота

562

021.При синдроме Мэллори - Вейса разрывы слизистой локализуются

- а)в антральном отделе желудка
- ✓ б)в области кардиоэзофагального перехода на задней стенке
- в)в области кардии или кардиоэзофагального перехода на передней стенке
- г)в области кардии или кардиоэзофагального перехода на боковых стенках
- д)на большой кривизне желудка

563

022.Предрасполагающими факторами Мэллори - Вейса могут быть все перечисленные, исключая

- а)фиксацию кардиальной части желудка связками
- б)грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- в)хронический гастрит
- г)язвенную болезнь

✓ д)безоар желудка

564

023.Эндоскопическая картина синдрома Мэллори - Вейса включает все перечисленное, за исключением

- а)излюбленная локализация - малая кривизна и задняя стенка кардиоэзофагального перехода
- б)щелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами.
- ✓ в)излюбленная локализация - передняя стенка кардиоэзофагального перехода
- г)длина разрывов от 3 до 15 мм и более
- д)края разрывов отечны, пропитаны кровью

565

024.Эндоскопические признаки дивертикулита включают все перечисленные признаки, кроме

- а)гиперемии слизистой
- б)отека слизистой
- ✓ в)хорошего опорожнения дивертикула
- г)плохого опорожнения дивертикула
- д)наличия содержимого в дивертикуле

566

025.К осложнениям дивертикулов пищевода относят все перечисленные, кроме

- а)кровотечения
- б)перфорации
- в)формирования свища
- г)эзофагита

✓ д)стеноза

567

026.Клиническими проявлениями глоточно-пищеводного дивертикула (Ценкера) являются все перечисленные, кроме

- а)чувства першения в горле
- б)неприятного запаха изо рта
- ✓ в)афонии

г)покашливания

д)одышки

568

027.Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленные признаки, за исключением

а)увеличения диаметра вены по направлению к кардии

б)при раздувании воздуха вены не спадаются

В в)при раздувании воздуха вены спадаются

г)в фазе максимального вдоха отчетливо видны

д)при инструментальной пальпации ощущается сопротивление

569

028.Эндоскопические признаки варикозного расширения вен пищевода включают все перечисленные, за исключением

а)продольно расположенные тяжи голубого цвета

б)узловой формы, диаметр по направлению к кардии увеличивается

в)при раздувании воздухом не спадаются

г)при инструментальной пальпации ощущается сопротивление

В д)зубчатая линия сохранена

570

029.Варикозное расширение вен желудка обычно определяется

а)в области угла желудка

б)в области дна желудка

В в)в кардиальном отделе на малой кривизне

г)в антральном отделе

д)в области привратника

571

030.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 1 стадии включает все перечисленные признаки, исключая

а)равномерно расширенные вены диаметром до 2 мм

В б)располагаются в верхней трети пищевода

в)слизистая оболочка пищевода не изменена

г)перистальтика в пищеводе сохранена

д)кардия смыкается

572

031.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 2 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением

а)расширенных вен диаметром до 3-4 мм

б)располагаются в средней и нижней трети пищевода

В в)слизистая оболочка пищевода не изменена

г)перистальтика в пищеводе сохранена

д)кардия смыкается либо зияет

573

032.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 3 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением

В а)извитые вены до 1.5 см

б)располагаются в нижней трети пищевода

в)слизистая оболочка пищевода истончена, гиперемирована, местами с изъязвлениями

г)просвет пищевода сужен наполовину

д)перистальтика вялая, кардия зияет

574

033.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 4 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением

- а)значительно выступающего в просвет конгломерата извитых сосудов
- б)поражается весь пищевод и кардиальный отдел желудка
- в)на слизистой оболочке в нижней трети пищевода - множественные эрозии в виде цепочки
- г)просвет сужен наполовину

д)просвет сужен на 2/3

575

034.Варикозное расширение вен следует дифференцировать

- а)с эзофагитом
- б)с кардиоспазмом
- в)с гипертрофированными складками слизистой оболочки
- г)с синдромом Мэллори - Вейса
- д)с подслизистой опухолью пищевода

576

035.Клиника кардиоспазма включает все перечисленные симптомы, исключая

- а)дисфагию
- б)регургитацию
- в)чувство першения
- г)боли за грудиной при глотании
- д)боли вне приема пищи

577

036.К основным методам диагностики кардиоспазма относятся все перечисленные, исключая

- а)рентгенологический
- б)эзофагоскопию
- в)эзофаготономографию
- г)анамнез
- д)ультразвуковое исследование

578

037.Эндоскопические признаки кардиоспазма включают все перечисленные, за исключением

- а)расширения пищевода
- б)большого количества содержимого в пищеводе
- в)хорошего расправления пищевода воздухом
- г)рефлюкса желудочного содержимого в пищевод
- д)спазма кардии

579

038.Эндоскопические изменения при кардиоспазме 1 степени включают все перечисленные, за исключением

- а)просвет пищевода расширен
- б)просвет пищевода не расширен
- в)кардия спазмирована
- г)слизистая пищевода не изменена
- д)перистальтика не нарушена

580

039.Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают все перечисленное, за исключением

- а)слизистая пищевода не изменена
- V б)просвет пищевода не расширен
- в)просвет пищевода расширен
- г)кардия спазмирована
- д)перистальтика усилена

581

040.Эндоскопические изменения при кардиоспазме 3 степени включают все перечисленное, за исключением

- а)просвет пищевода резко расширен
- б)поперечная складчатость слизистой оболочки выражена
- V в)кардия не изменена
- г)кардия спазмирована
- д)перистальтика резко усилена

582

041.Эндоскопические изменения при кардиоспазме 4 степени включают все перечисленное, кроме

- а)просвет пищевода в виде мешка
- б)трещины и язвы на слизистой оболочке пищевода
- в)кардия не визуализируется
- г)перистальтика отсутствует
- V д)перистальтика усилена

583

042.Минимальный диаметр сужения, достаточный для прохождения пищи, составляет

- а)15 мм
- б)10 мм
- в)8 мм
- V г)5 мм
- д)2 мм

584

043.Клинические проявления рубцовых сужений пищевода включают все перечисленное, за исключением

- а)болей за грудиной
- б)анорексии
- в)дисфагии
- V г)френикус - симптома
- д)потери массы тела

585

044.Показаниями к оперативному лечению при рубцовых сужениях пищевода служат все перечисленные, исключая

- а)рак в области стриктуры
- б)полная непроходимость пищевода
- в)свищи
- V г)эзофагит
- д)отсутствие эффекта от бужирования

586

045.Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 1 степени включает все перечисленные признаки, кроме

- V а)некротического струпа
- б)отека слизистой
- в)гиперемии слизистой
- г)поверхностных эрозий
- д)наложения фибрина

587

046.Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 2 степени включает все перечисленные признаки, за исключением

- а)некротического струпа
- V б)кольцевидного стеноза пищевода
- в)изъязвления слизистой оболочки пищевода
- г)контактной кровоточивости
- д)грануляции

588

047.Поздние осложнения ожогов пищевода включают все перечисленное, кроме

- а)рубцовой стриктуры
- V б)перфорации пищевода
- в)озлокачествления рубца
- г)тракционной хиатальной грыжи
- д)свищей

589

048.Видами рубцовых сужений пищевода по протяженности являются все перечисленные, кроме

- а)четкообразных
- б)коротких
- V в)трубчатых
- г)тотальных
- д)субтотальных

590

049.Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются все перечисленные, кроме

- а)гладкие, блестящие рубцы
- V б)неровные, тусклые рубцы
- в)слизистая оболочка вокруг рубцов не изменена
- г)плотность при инструментальной пальпации
- д)расширение просвета пищевода

591

050.Эндоскопическая картина доброкачественной подслизистой опухоли пищевода включает все перечисленное, исключая

- а)правильную округлую форму
- б)гладкую поверхность
- V в)бугристую поверхность
- г)слизистая оболочка над опухолью не изменена
- д)плотно-эластическую консистенцию

592

051.Эндоскопическая картина папилломы пищевода включает все перечисленное, кроме

- а)бородавчато-подобного выступа над слизистой пищевода
- б)белесоватого цвета
- в)на ножке или на широком основании

г)диаметр 0.2-0.5 см

V д)диаметр 0.6-1 см

593

052.Дисфагия проявляется, когда раком поражается более

а)10% окружности пищевода

б)30% окружности пищевода

V в)50% окружности пищевода

г)70% окружности пищевода

д)90% окружности пищевода

594

053.Характерной микроскопической структурой рака пищевода является

а)низкодифференцированный рак

V б)плоскоклеточный рак с ороговением

в)овсяноклеточный рак

г)перстневидноклеточный рак

д)мелкоклеточный рак

595

054.Эндоскопическая картина изъязвившегося рака пищевода включает все перечисленное, кроме

V а)при взятии биопсии кровоточивость снижена

б)язвенный дефект неправильной формы с нечеткими контурами

в)дно бугристое

г)воспалительный вал отсутствует

д)просвет не сужен

596

055.Эндоскопическая картина пристеночной опухоли пищевода характеризуется всем перечисленным, за исключением

а)форма полиповидная, бляшковидная

V б)локализуется на одной стенке

в)поверхность бугристая

г)наличие изъязвлений

д)просвет пищевода сужен

597

056.Эндоскопическая картина кардио-эзофагального рака характеризуется всем перечисленным, исключая

а)перестройку рельефа слизистой

б)слизистая тусклая, серого цвета

в)функция кардии нарушена

V г)функция кардии не нарушена

д)зубчатая линия нечетко выражена, смазана

598

057.Эндоскопическая картина циркулярной раковой стриктуры пищевода характеризуется всем перечисленным, за исключением

а)циркулярного сужения просвета пищевода

б)слизистая оболочка сероватого цвета, тусклая, бугристая

в)при инструментальной пальпации - выраженная ригидность

г)кровоточивость умеренная

V д)кровоточивость повышенная

599

058.Эндоскопическая картина рака пищевода характеризуется всем перечисленным, кроме

- а)поражается одна стенка пищевода
- б)рельеф слизистой перестроен
- в)просвет пищевода не изменен
- V г)просвет пищевода сужен
- д)выраженная контактная кровоточивость

600

059.К эндоскопическим критериям поверхностного гастрита относят

- а)слизистая оболочка бледная, сосудистый рисунок подчеркнут
- V б)слизистая оболочка гиперемирована, большое количество слизи
- в)слизистая оболочка розовая, складки утолщены
- г)складки слизистой истончены, небольшое количество слизи
- д)слизистая оболочка бархатистая, шероховатая, складки утолщены

601

060.Эндоскопическая картина атрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая

- а)слизистая бледно-серого цвета
- V б)складки слизистой нормального калибра
- в)сосудистый рисунок выражен
- г)складки слизистой истончены
- д)перистальтика сохранена

602

061.Эндоскопическая картина гипертрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая

- а)слизистая оболочка ярко гиперемирована
- б)складки слизистой оболочки утолщены, извиты
- V в)большое количество слизи
- г)перистальтика активная
- д)умеренное количество слизи

603

062.Излюбленная локализация гранулярного очагового гастрита

- а)кардиальный отдел
- б)свод желудка
- V в)задняя стенка тела желудка
- г)передняя стенка тела желудка
- д)антральный отдел

604

063.Для эндоскопической картины бородавчатого гастрита характерно

- а)слизистая оболочка бархатистая, складки утолщены
- V б)слизистая оболочка имеет вид булыжной мостовой, складки утолщены, извиты
- в)слизистая оболочка гиперемирована, складки утолщены, извиты
- г)на слизистой оболочке полиповидные образования, не отличающиеся по цвету от окружающей слизистой
- д)слизистая оболочка бледная, складки утолщены

605

064.Излюбленная локализация бородавчатого гастрита

- а)кардиальный отдел
- б)свод желудка

в)тело желудка

V г)антральный отдел

д)привратник

606

065.Эндоскопическая картина болезни Менетрие характеризуется всем перечисленным, кроме

а)яркой гиперемии слизистой оболочки

б)складки слизистой оболочки утолщены, извиты, хаотично расположены

V в)складки слизистой оболочки утолщены, продольные

г)эрозии и бородавчатые разрастания на высоте складок

д)эластичность слизистой оболочки снижена

607

066.Эндоскопическая картина зернистого гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением

V а)слизистая оболочка гладкая, блестящая

б)слизистая оболочка неровная, шероховатая, "бархатистая"

в)складки слизистой утолщены

г)перистальтика активная

д)количество слизи умеренное

608

067.Эндоскопическая картина полипозного гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением

а)множественные полиповидные образования на слизистой оболочке

V б)слизистая оболочка розовая, блестящая

в)слизистая оболочка гиперемирована, отечна

г)складки слизистой оболочки утолщены

д)перистальтика активная

609

068.Полипозный гастрит необходимо дифференцировать

а)с инфильтративным раком желудка

б)с болезнью Менетрие

V в)с полипозом желудка

г)с неполными эрозиями желудка

д)с подслизистой опухолью желудка

610

069.Эндоскопическая картина эрозивно-геморрагического гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением

а)множественных точечных эрозий темно-вишневого цвета

б)слияния эрозий с образованием пятен

в)отсутствием слизистой оболочки вокруг эрозий

V г)воспалением слизистой оболочки вокруг эрозий

д)диаметр эрозий 1 мм

611

070.Морфологическая картина атрофического гастрита включает все перечисленные признаки, исключая

а)укорочение желез слизистой оболочки

V б)образование железистых кист

в)уменьшение количества специфичных для данного отдела желудка железистых клеток

г)дисплазию

д) метаплазию

612

071. Морфологическая картина гиперпластического гастрита включает все перечисленные признаки, исключая

а) гиперплазию лимфоидных фолликулов

б) гиперплазию желез

✓ в) структура желез не меняется

г) перестройку структуры желез

д) пролиферацию лимфоидных и плазматических клеток стромы

613

072. Глубина поражения стенки желудка при эрозии касается

а) слизистого слоя

б) слизистого и подслизистого слоев

✓ в) собственной пластинки слизистой оболочки

г) слизистого, подслизистого и мышечного слоев

д) всех слоев стенки желудка

614

073. Излюбленная локализация неполной эрозии желудка

✓ а) малая кривизна

б) большая кривизна

в) передняя стенка

г) задняя стенка

д) антральный отдел

615

074. Эндоскопическая картина неполной эрозии включают все перечисленное, за исключением

а) излюбленная локализация - малая кривизна

б) форма округлая, овальная

✓ в) размеры от 0.5 до 1 см

г) размеры от 0.2 до 0.4 см

д) вокруг эрозий венчик гиперемии

616

075. Сроки заживления неполных эрозий желудка

✓ а) от нескольких часов до 4 недель

б) от 1 до 2 недель

в) от 2 до 4 недель

г) до 2 месяцев

д) персистируют годами

617

076. Заживление неполных эрозий желудка характеризуется

а) образованием звездчатого рубца

б) образованием линейного рубца

в) деформацией стенки органа

✓ г) отсутствием рубца

д) сужением просвета органа

618

077. Неполную эрозию желудка следует дифференцировать

✓ а) с острой язвой

б) с изъязвившимся раком

- в)с хронической язвой
 - г)с лимфогрануломатозом
 - д)с подслизистой опухолью
- 619

078.Излюбленная локализация полной эрозии

- а)малая кривизна
- V б)большая кривизна
- в)передняя стенка
- г)задняя стенка
- д)привратник

620

079.Возвышение слизистой оболочки при полной незрелой эрозии обусловлено

- а)фиброзными изменениями
- V б)псевдогиперплазией за счет отека
- в)гиперплазией
- г)дисплазией
- д)метаплазией

621

080.Возвышение при полной зрелой эрозии обусловлено

- V а)фиброзными изменениями
- б)псевдогиперплазией за счет отека
- в)гиперплазией
- г)дисплазией
- д)метаплазией

622

081.Эндоскопические критерии полной незрелой эрозии включают все перечисленное, за исключением

- а)полиповидного образования
- б)неправильной формы
- в)нечетких контуров
- г)изъязвления на вершине
- V д)четких контуров

623

082.Эндоскопические критерии полной зрелой эрозии включают все перечисленное, исключая

- а)полиповидное образование
- б)изъязвление на вершине
- в)правильную форму
- V г)нечеткие контуры
- д)четкие контуры

624

083.Полную зрелую эрозию следует дифференцировать

- а)с язвой желудка
- б)с полиповидным раком
- V в)с ранним раком тип 2а 2с
- г)с подслизистой опухолью
- д)с лимфомой желудка

625

084.Множественные полные эрозии следует дифференцировать

- V а)с полипозом желудка
- б)с полиповидным раком
- в)с ранним раком типа 2а 2с
- г)с подслизистыми опухолями
- д)с хронической язвой

626

085.Сроки заживления полных незрелых эрозий составляют

- а)несколько часов
- б)несколько дней

V в)от 2 до 4 недель

- г)до 2 месяцев
- д)персистируют годами

627

086.Сроки заживления полных зрелых эрозий составляют

- а)несколько часов
- б)несколько дней

в)от 2 до 4 недель

- г)до 2 месяцев
- V д)персистируют годами

628

087.Заживление полных незрелых эрозий характеризуется

- а)образованием звездчатого рубца
- б)образованием линейного рубца

V в)эпителизацией язв язвления и исчезновением выбухания слизистой оболочки

- г)эпителизацией язв язвления с сохраняющимся возвышением слизистой
- д)образованием псевдодивертикула

629

088.Заживление полных эрозий характеризуется

- V а)эпителизацией язв язвления с сохраняющимся возвышением слизистой
- б)эпителизацией язв язвления и исчезновением выбухания слизистой оболочки
- в)формированием деформации стенки желудка
- г)образованием звездчатого рубца
- д)образованием линейного рубца

630

089.Длительно незаживающие полные эрозии следует дифференцировать

- V а)с лимфомой желудка и язвенно-инфильтративным раком
- б)с болезнью Менетрие
- в)с гранулярным гастритом
- г)с бородавчатым гастритом
- д)со всем перечисленным

631

090.Глубина разрушения стенки желудка при острой язве включает

- а)собственную пластинку
- б)слизистый слой
- V в)подслизистый слой
- г)мышечный слой
- д)все слои стенки

632

091.Эндоскопические признаки острой язвы желудка характеризуются всем перечисленным, за исключением

- а)дефект слизистой округлой или овальной формы
- V б)к язве конвергируют складки слизистой
- в)края язвы отечны, легко кровоточат
- г)окружающая слизистая гиперемирована
- д)дно язвы покрыто желтоватым или сероватым налетом

633

092.Эндоскопические признаки острой язвы желудка характеризуются всем перечисленным, исключая

- а)излюбленная локализация - малая кривизна
- б)края язвы мягкие
- V в)размер от 1 до 3 см
- г)воспаление слизистой оболочки вокруг язвы
- д)часто осложняется кровотечением

634

093.Диаметр острой язвы желудка составляет

- а)несколько мм
- V б)до 1 см
- в)от 1 до 3 см
- г)от 3 до 5 см
- д)свыше 5 см

635

094.К признакам, по которым проводится дифференциальный диагноз между острой язвой и неполной эрозией, относятся

- а)результаты биопсии
- V б)глубина поражения
- в)состояние слизистой вокруг (гиперемия, отек, инфильтрация)
- г)размеры
- д)форма

636

095.Излюбленной локализацией острых язв желудка является

- а)большая кривизна
- V б)малая кривизна
- в)задняя кривизна
- г)передняя стенка
- д)привратник

637

096.Множественные острые язвы желудка встречаются в

- а)1-5% случаев
- б)5-10% случаев
- в)10-15% случаев
- V г)15-20% случаев
- д)20-25% случаев

638

097.Частота осложнений острых язв желудка составляет

- а)10-15%
- б)15-20%
- в)20-30%

г)30-40%

V д)40-45%

639

098.Наиболее частое осложнение острых язв желудка

а)перфорация

б)пенетрация

V в)кровотечение

г)малигнизация

д)стеноз

640

099.Клинические проявления язв антрального отдела желудка включают все перечисленное, за исключением

V а)нет сезонности обострения

б)поздние "голодные боли"

в)ночные боли в эпигастрии

г)изжога

д)рвота кислым желудочным содержимым

641

100.Клинические проявления язв пилорического канала включают все перечисленное, за исключением

а)локализации болей в правом участке эпигастрия

б)отсутствия сезонности болевого синдрома

в)интенсивные боли

г)иррадиации боли в поясничную область

V д)ночные боли

642

101.Глубина разрушения стенки желудка при хронической язве включает

а)собственную пластинку слизистой оболочки

б)слизистый слой

в)подслизистый слой

V г)мышечный слой

д)все слои стенки

643

102.Хронические язвы желудка чаще всего локализуются

а)в области дна

б)в субкардиальном отделе

в)на большой кривизне тела желудка

V г)на малой кривизне в области угла желудка

д)в препилорической зоне

644

103.Эндоскопические признаки хронической язвы желудка включают все перечисленное, за исключением

V а)края язвы ригидны

б)излюбленная локализация - малая кривизна, угол желудка

в)размеры от 1 до 3 см

г)слизистая вокруг гиперемирована, отечна

д)конвергенция складок

645

104.Эндоскопические признаки хронической язвы желудка включают все перечисленное, за исключением

- а)округлая или овальная форма
- б)четкие контуры
- ✓ в)изъеденные контуры
- г)выраженный воспалительный вал вокруг
- д)гладкое дно

646

105.К особенностям хронической язвы желудка, локализующейся на большой кривизне, относится все перечисленное, за исключением

- ✓ а)небольших размеров
- б)больших размеров
- в)выраженной конвергенции складок к краям язвы
- г)заживления с образованием грубого рубца
- д)склонностью к пенетрации в соседние органы

647

106.Эндоскопическая картина старческой язвы включает все перечисленное, кроме

- а)больших или гигантских размеров
- б)нечетких контуров
- ✓ в)четких контуров
- г)неровного дна, покрытого серым фиброзным налетом
- д)атрофии слизистой вокруг язвы

648

107.Изъязвления Дьюлафуа локализуются обычно

- а)в кардиальном отделе желудка на малой кривизне
- ✓ б)в дне и теле желудка на большой кривизне
- в)в дне и теле желудка на малой кривизне
- г)в антральном отделе желудка
- д)в привратнике

649

108.Изъязвления Дьюлафуа осложняется

- а)скрытым кровотечением
- б)перфорацией
- ✓ в)профузным кровотечением
- г)пенетрацией
- д)малигнизацией

650

109.Сроки заживления острых язв желудка составляют

- а)от 1 до 14 дней
- ✓ б)от 14 до 28 дней
- в)несколько часов
- г)от 1 до 1.5 мес
- д)свыше 1.5 мес

651

110.На месте зажившей острой язвы образуется

- а)рубец звездчатой формы
- б)рубец линейной формы
- ✓ в)нежный эпителиальный рубец, полностью исчезающий после стихания воспалительных явлений

г)деформация стенки желудка

д)псевдодивертикул

652

111.После заживления острой язвы наблюдается

а)незначительная деформация стенки желудка

б)умеренно выраженная деформация стенки

в)значительная деформация стенки

г)рубцовое сужение просвета желудка

V д)деформация стенки желудка отсутствует

653

112.Хронические язвы встречаются на большой кривизне желудка

а)никогда

б)в 1% случаев

в)в 3-5% случаев

V г)в 5-10% случаев

д)в 10-15% случаев

654

113.Размеры "траншееподобной" язвы составляют

а)до 1 см длиной

б)от 1 до 3 см длиной

в)от 2 до 3 см длиной

V г)от 4 до 6 см длиной

д)больше 10 см

655

114."Траншееподобная" язва локализуется

V а)на малой кривизне тела желудка

б)на большой кривизне тела желудка

в)в кардиоэзофагальном переходе

г)в антральном отделе

д)в привратнике

656

115.Каллезная язва - это

а)хроническая язва

б)длительно незаживающая хроническая язва

в)часто рецидивирующая хроническая язва

V г)язва, не склонная к рубцеванию

д)острая язва

657

116.Хроническая язва желудка морфологически характеризуется

а)нормальной слизистой в препарате

V б)разрастаниями грануляционно-рубцовой ткани

в)перестройкой желез по кишечному типу

г)метаплазией

д)дисплазией

658

117.Гиперемия слизистой вокруг язвы свидетельствует

V а)о выраженном воспалении

б)об инфильтрации слизистой

в)о рубцевании язвы

г) о малигнизации язвы

д) о пенетрации язвы

659

118. Сроки заживления хронической язвы желудка составляют

а) несколько часов

б) от 14 до 28 дней

в) от 1 до 1.5 мес

г) от 1.5 до 2 мес

✓ д) от 2 до 3 мес

660

119. Различают

а) один путь заживления хронических язв

б) два пути заживления хронических язв

в) три пути заживления хронических язв

✓ г) четыре пути заживления хронических язв

д) пять путей заживления хронических язв

661

120. Возможны следующие варианты заживления хронических язв желудка, исключая

а) заживление язв, сохраняющих овальную форму

б) заживление через стадию линейной язвы перпендикулярной к малой кривизне

✓ в) бесследное заживление

г) разделение язв на "целующиеся"

д) заживление гигантских язв, через стадию линейной язвы, параллельной малой кривизне

662

121. К осложнениям язвенной болезни желудка относятся все перечисленные, исключая

а) кровотечение

✓ б) дуоденостаз

в) перфорацию

г) пенетрацию

д) деформацию желудка

663

122. К видам деформации желудка при грубых рубцовых изменениях относятся все перечисленные, кроме

а) признаки Хенкинга

б) стеноза привратника

✓ в) стеноза кардиального отдела

г) укорочения малой кривизны

д) деформации угла желудка

664

123. Морфологическая характеристика язвенного процесса в стадии заживления характеризуется всем перечисленным, исключая

а) уменьшение слоя некроза

б) резкое уменьшение полнокровия

в) разрастание грануляций на дне язвы

г) наплыв однослойного эпителия с краев язв

✓ д) увеличение полнокровия

665

124. К опухолевидным поражениям желудка относятся все перечисленные, за исключением

- а)гиперпластического полипа
 - б)гамартomatного полипа Пейтца - Егерса
 - V в)аденоматозного полипа (аденомы)
 - г)ювенильного полипа
 - д)лимфоидной гиперплазии
- 666

125.К фоновым заболеваниям, относящимся к предраковому состоянию, являются все перечисленные, кроме

- а)аденомы желудка
- V б)лимфоидной гиперплазии
- в)хронического атрофического гастрита
- г)язвенной болезни желудка
- д)болезни Менетрие

667

126.Эндоскопические признаки злокачественной лимфомы желудка включают все перечисленное, за исключением

- а)инфильтрации подслизистого слоя
- б)деформации просвета желудка
- в)плохого расправления желудка воздухом
- г)изъязвлений на слизистой различной формы и величины
- V д)выделения сливкообразного гноя из дефектов слизистой

668

127.Полипы желудка чаще локализуются

- а)в кардиальном отделе
- б)в дне
- в)в теле
- V г)в антральном отделе
- д)излюбленной локализации нет

669

128.Доброкачественные подслизистые опухоли обычно осложняются

- а)перфорацией
- б)стенозом
- V в)кровотечением
- г)образованием свища
- д)озлокачествлением

670

129.К предраковым относятся все следующие изменения слизистой оболочки желудка, исключая

- а)кишечную метаплазию
- б)тяжелую дисплазию слизистой оболочки
- V в)слабую дисплазию слизистой оболочки
- г)гиперплазию слизистой оболочки
- д)атрофию слизистой оболочки

671

130.Излюбленная локализация полиповидного рака желудка

- а)кардиальный отдел
- V б)тело желудка
- в)малая кривизна
- г)привратник

д)свод желудка

672

131.Излюбленная локализация блюдцеобразного рака желудка

а)кардиальный отдел

V б)большая кривизна тела и антрального отдела желудка

в)малая кривизна

г)привратник

д)свод

673

132.Излюбленная локализация изъязвившегося рака желудка

а)свод

V б)малая кривизна

в)большая кривизна

г)антральный отдел

д)излюбленной локализации нет

674

133.Излюбленная локализация инфильтративного рака желудка

а)свод

б)малая кривизна

в)большая кривизна

г)антральный отдел

V д)излюбленной локализации нет

675

134.Проксимальная граница опухоли обязательно определяется

а)при полиповидном раке

б)при блюдцеобразном раке

в)при изъязвившемся раке

V г)при инфильтративном раке

д)при раннем раке

676

135.Полиповидный рак чаще развивается на фоне

а)поверхностного гастрита

б)атрофического гастрита

V в)полипоза желудка

г)острой язвы желудка

д)хронической язвы желудка

677

136.Изъязвившийся рак чаще развивается на фоне

V а)хронической язвы

б)острой язвы

в)эрозивного гастрита

г)атрофического гастрита

д)поверхностного гастрита

678

137.Инфильтративный рак чаще развивается на фоне

а)хронической язвы

б)острой язвы

V в)гипертрофического гастрита

г)эрозивного гастрита

д)поверхностного гастрита

679

138.Эндоскопические признаки изъязвившегося рака включают все перечисленное, за исключением

V а)четких контуров

б)прерывистого воспалительного вала вокруг

в)изъеденных контуров

г)бугристого дна

д)инфильтрации слизистой вокруг

680

139.Эндоскопические признаки изъязвившегося рака желудка характеризуются всем перечисленным, за исключением

а)локализуется по малой кривизне

б)язвенный дефект неправильной формы с изъеденными контурами

в)воспалительный вал окружает изъязвление неполностью

V г)воспалительный вал окружает изъязвление полностью

д)окружающая слизистая тусклая, мелкобугристая

681

140.К причинам ложноотрицательных результатов биопсии при раке желудка относятся все перечисленные, исключая

а)материал взят из одного края или только из дна язвы

б)взято мало материала (1-2 кусочка)

в)невозможность прицельной биопсии из-за деформаций стенки желудка

г)небольшие размеры биоптата

V д)"горячая" биопсии

682

141.В понятие "дисплазия" входит

а)клеточная атипия

б)нарушение структуры тканей

в)нарушение дифференцировки

V г)все перечисленное

683

142.Классификация раннего рака желудка предложена

а)Боррманном в 1926 г

б)Мураками в 1970 г

V в)Японским гастроэнтерологическим обществом в 1962 г

г)Каваи в 1970 г

д)Оттенъян в 1970 г

684

143.К предраковым заболеваниям пищевода относятся все перечисленные, кроме

а)тимоз (гиперкератоз стоп и ладоней)

б)пищевод Барретта

в)стриктуры пищевода

г)ахалазия кардии

V д)дивертикул

685

144.Наиболее частая локализация раннего рака желудка

а)свод

б)кардиальный отдел

V в)малая кривизна

г)задняя стенка

д)большая кривизна

686

145.Наиболее редкая локализация раннего рака желудка

V а)свод

б)кардиальный отдел

в)малая кривизна

г)задняя стенка

д)большая кривизна

687

146.Глубина поражения при раннем раке желудка включает

а)собственную пластинку слизистой оболочки желудка

б)всю слизистую

V в)слизистый и подслизистый слои

г)слизистый, подслизистый и мышечные слои

д)все стенки желудка

688

147.К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся

а)метаплазия

б)дисплазия 1 степени

в)дисплазия 2 степени

г)дисплазия 3 степени

V д)прогрессирующая дисплазия

689

148.Клиническая картина раннего рака желудка включает

а)тяжесть в эпигастральной области

б)тошноту

V в)симптоматика отсутствует

г)похудание

д)слабость

690

149.Эндоскопические признаки раннего рака типа I включают все перечисленное, за исключением

а)полиповидного образования с неровной бугристой поверхностью

б)слизистая вокруг гладкая, блестящая

V в)слизистая вокруг инфильтрирована

г)перистальтика сохранена

д)выраженная контактная кровоточивость

691

150.Эндоскопические признаки раннего рака типа IIa характеризуются всем перечисленным, кроме

а)бляшковидной формы

V б)поверхностного изъязвления

в)четких, ровных контуров

г)бугристой поверхности

д)площадки неизменной слизистой

692

151.Эндоскопические признаки раннего рака типа IIb характеризуются всем перечисленным, за исключением

- а)площадки, лишенной складчатости
- б)площадки с нечеткими, неровными контурами
- в)шероховатой, тусклой слизистой оболочки
- ✓ г)площадки неизменной слизистой
- д)ригидности при инструментальной пальпации

693

152.Эндоскопические признаки раннего рака типа IIc характеризуются всем перечисленным, исключая

- а)поверхностное изъязвление неправильной формы
- б)неизмененную слизистую вокруг
- в)отсутствие воспалительного вала вокруг
- г)локализацию на малой кривизне
- ✓ д)бугристое мелкозернистое дно

694

153.Эндоскопические признаки раннего рака типа III включают все перечисленное, кроме

- а)язвы неправильной формы
- ✓ б)выраженного воспалительного вала вокруг язвы
- в)сохраненной перистальтики
- г)ригидности при инструментальной пальпации
- д)конвергирующие складки не доходят до краев изъязвления

695

154.Эндоскопические признаки малого рака характеризуются всем перечисленным, исключая

- а)язвенный дефект, не превышает 1 см в диаметре
- б)ригидность при инструментальной пальпации
- в)незначительную контактную кровоточивость
- г)абсолютную неподвижность опухоли
- ✓ д)подвижность опухоли

696

155.Ранний рак типа I следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

- а)полипа
- б)полной эрозии
- в)формирующего полипа желудка
- ✓ г)инфильтративного типа злокачественной лимфомы
- д)раннего рака типа IIa

697

156.Эндоскопическая картина язвы 12-перстной кишки в острой стадии включает все перечисленные признаки, исключая

- а)дно язвы глубокое, покрыто фибрином
- б)края язвы высокие, отечные
- в)формы язвы чаще округлая
- ✓ г)размеры в среднем составляют 1-2 см в диаметре
- д)выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки

698

157.Эндоскопическая картина язвы 12-перстной кишки в стадии начинающегося заживления характеризуется всем перечисленным, исключая

- а)очищение дна язвы от налета
- б)уплощение краев язвы
- в)уменьшение язвы в размерах
- V г)эпителизацию язвы с дна
- д)стихание явлений бульбита

699

158.Эндоскопическая картина язвы 12-перстной кишки при полном ее заживлении включает все перечисленные признаки, за исключением

- а)рубца линейной либо звездчатой формы на месте бывшей язвы
- б)конвергенции складок к рубцу
- в)зона умеренной гиперемии вокруг рубца
- г)деформации полости луковицы 12-перстной кишки
- V д)изменений слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки по типу "манной крупы"

700

159.Эндоскопическая картина при синдроме Золлингер - Эллисона включает все перечисленное, за исключением

- а)большого количества жидкости в желудке
- б)гипертрофии складок желудка и его атонии
- в)язвенного дефекта больших размеров с глубоким дном, окруженного большим воспалительным валом
- V г)плоского язвенного дефекта без воспалительного вала вокруг
- д)наличия множественных язв в желудке и 12-перстной кишке, особенно в ее постбульбарном отделе

701

160.Наиболее частой причиной желудочно-кишечного кровотечения является

- а)хроническая язва желудка
- V б)хроническая язва 12-перстной кишки
- в)рак желудка
- г)синдром Мэллори - Вейса
- д)острая язва желудка

702

161.Эндоскопическими признаками хронической дуоденальной непроходимости являются все перечисленные, исключая

- а)дуодено-гастральный рефлюкс
- б)отек и гиперемия слизистой оболочки желудка, особенно в антральном отделе
- в)выпрямленность верхней горизонтальной ветви 12-перстной кишки и свободное прохождение эндоскопа в вертикальную часть кишки
- г)увеличение диаметра 12-перстной кишки
- V д)гипертрофию слизистой оболочки антрального отдела желудка

703

162.Причинами хронической дуоденальной непроходимости могут быть все перечисленные заболевания, исключая

- а)нарушение вегетативной иннервации 12-перстной кишки
- б)артерио-мезентериальную компрессию
- V в)острый бульбит
- г)массивный рубцовый перидуоденит

д)необычную фиксацию 12-перстной кишки и нарушение ее анатомической формы в месте дуодено-еюнального перехода

704

163.К факторам, способствующим стимуляции кислотообразования при хронической дуоденальной непроходимости, относятся все перечисленные, исключая

а)механическое растяжение стенок желудка

б)антральный стаз

в)непосредственное воздействие застойного содержимого на секреторные клетки слизистой оболочки желудка

✓ г)гипергастринемию

д)нарушение механизмов ингибиции кислотообразования

705

164.Морфологические изменения слизистой оболочки 12-перстной кишки при хронической дуоденальной непроходимости характеризуются всем перечисленным, исключая

а)воспалительную инфильтрацию собственной пластинки слизистой

б)уплощение поверхностного железистого эпителия

✓ в)атрофические изменения поверхностного железистого эпителия

г)укорочение ворсин

д)снижение процессов слизиобразования

706

165.Эндоскопическая характеристика псевдодивертикула луковицы 12-перстной кишки характеризуется всем перечисленным, кроме

а)локализации на передней стенке

б)неправильной или цилиндрической формы

в)отсутствия шейки

✓ г)атрофического гастродуоденита

д)повышенной кислотности

707

166.Наиболее характерным осложнением дивертикула 12-перстной кишки является

✓ а)дивертикулит

б)язва дивертикула

в)перфорация

г)кровотечение

д)рак

708

167.Эндоскопическая картина фолликулярного дуоденита характеризуется всем перечисленным, исключая

а)выбухания округлой формы на широком основании на бледно-розовой слизистой оболочке

б)белесоватый цвет

в)размеры 0.2-0.3 см

✓ г)излюбленная локализация - нисходящая часть 12-перстной кишки

д)множественный характер фолликулярных выбуханий

709

168.К косвенным эндоскопическим признакам хронических заболеваний желчных путей и поджелудочной железы относятся все перечисленные, исключая

а)воспалительные изменения слизистой оболочки нисходящего отдела 12-перстной кишки

✓ б)эрозивный бульбит

- в)грубую складчатость слизистой оболочки постбульбарного отдела
- г)выраженный очаговый дуоденит в парафатеральной зоне
- д)деформацию стенок, сужение просвета, изменение углов изгибов 12-перстной кишки

710

169.К косвенным эндоскопическим признакам острого панкреатита относятся все перечисленные, исключая

- а)локальные воспалительные изменения слизистой оболочки по задней стенке желудка и медиальной стенке 12-перстной кишки
- б)увеличение в размерах большого дуоденального сосочка
- В в)отсутствие визуализации большого дуоденального сосочка
- г)оттеснение задней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки
- д)распрямление верхнего дуоденального изгиба

711

170.Эндоскопические признаки прорастания рака в стенку 12-перстной кишки без вовлечения слизистой оболочки характеризуются всем перечисленным, кроме

- В а)подвижности слизистой
- б)фиксированности слизистой
- в)воспалительных изменений слизистой
- г)наличия эрозий
- д)стойкой деформации просвета

712

171.Эндоскопические признаки прорастания раком всех слоев стенки 12-перстной кишки характеризуются всем перечисленным, за исключением

- а)стойкой деформации просвета
- б)фиксированности слизистой
- в)разрастания опухолевой ткани
- г)наличия свищей
- В д)воспаленной, эрозированной слизистой

713

172.Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет около

- а)0.5 м/час
- В б)1 м/час
- в)1.5 м/час
- г)2 м/час
- д)2.5 м/час

714

173.Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке составляет около

- В а)0.1 м/час
- б)0.5 м/час
- в)1 м/час
- г)1.5 м/час
- д)2 м/час

715

174.Перистальтические движения в толстой кишке совершаются с частотой

- В а)1 перистальтическая волна в минуту
- б)2-3 перистальтических волны в минуту
- в)4-5 перистальтических волн в минуту
- г)до 10 перистальтических волн в минуту
- д)более 10 перистальтических волн в минуту

716

175. Перистальтические движения в тонкой кишке совершаются с частотой

- а) 1 перистальтическая волна в минуту
- б) 2-3 перистальтических волны в минуту
- ✓ в) 5-8 перистальтических волн в минуту
- г) до 10 перистальтических волн в минуту
- д) более 10 перистальтических волн в минуту

717

176. Для атрофического колита не характерны следующие эндоскопические признаки

- а) сосудистый рисунок в виде ангиоматозных звездочек
- ✓ в) отек слизистой и смазанность сосудистого рисунка
- в) при биопсии слизистая не тянется за щипцами
- г) изрытость слизистой
- д) все перечисленное

718

177. Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны все перечисленные признаки, кроме

- а) усиления сосудистого рисунка
- б) отека слизистой
- в) смазанности сосудистого рисунка
- г) наличия слизи на стенках и в просвете кишки
- ✓ д) при биопсии слизистая не тянется за щипцами, а отрывается от подслизистого слоя

719

178. Для атрофического колита характерны

- а) отек слизистой
- б) усиление сосудистого рисунка
- ✓ в) при биопсии слизистая не тянется за щипцами
- г) при биопсии слизистая тянется за щипцами
- д) правильно а) и б)

720

179. Критериями оценки тонуса кишечной стенки являются все перечисленные, кроме

- а) расстояния между складками
- б) высоты складок
- в) внутреннего диаметра кишки
- г) время расправления просвета кишки
- ✓ д) толщины складок

721

180. Время расправления просвета нормотоничной кишки составляет

- а) 1-2 мин
- ✓ б) 2-3 с
- в) 7-10 с
- г) 15-20 с
- д) 30-40 с

722

181. Время расправления просвета гипотонической кишки составляет

- а) 1-2 мин
- б) 2-3 с
- ✓ в) 7-10 с
- г) 15-20 с

д)30-40 с

723

182.Расстояние между складками в нормотоничной кишке составляет

а)1 см

✓ б)2 см

в)более 2 см

г)не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

724

183.Расстояние между складками в гипотоничной кишке составляет

а)1 см

б)2 см

✓ в)более 2 см

г)не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

725

184.Расстояние между складками в гипертоничной кишке составляет

а)более 2 см

✓ б)менее 2 см

в)не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

726

185.В понятие "функциональная кишечная диспепсия" включаются все перечисленные симптомокомплексы, кроме

а)синдрома раздраженной толстой кишки

б)функциональной диареи

в)спастического запора

✓ г)ложного запора

д)атонического запора

727

186.К запорам, являющимся разновидностью функциональной кишечной диспепсии, относят

✓ а)спастический и анатомический запор

б)вторичный запор

в)запор органической природы

г)ложный запор

728

187.К запорам, не являющимися разновидностью функциональной кишечной диспепсии, относят

а)спастический и атонический запор

б)вторичный запор

в)запор органической природы

г)ложный запор

✓ д)все перечисленное, кроме а)

729

188.Запором называется задержка акта дефекации более

а)24 часов

✓ б)32 часов

в)40 часов

г)48 часов

д)72 часов

730

189.Эндоскопическими признаками недостаточности Баугиниевой заслонки являются все перечисленные, кроме

а)стойкого спазма сфинктера Гирша

V б)спазма всех сфинктеров толстой кишки

в)наличия большого количества жидкого химуса в слепой и восходящей кишке

г)раздражения слепой и восходящей кишки - грубые, высокие складки, разрыхленная мелкозернистая слизистая оболочка розового или красного цвета

731

190.Эндоскопическая характеристика колита, вызванного употреблением антибиотиков, включает все перечисленные признаки, кроме

а)сегментарного геморрагического колита

б)в процесс чаще вовлекаются проксимальные отделы толстой кишки

V в)поражение толстой кишки сочетается с изменениями слизистой тонкой кишки

г)морфологические изменения слизистой варьируют от неспецифического воспаления до псевдомембранозного колита

д)изменения слизистой прямой кишки встречаются крайне редко

732

191.К слабительным средствам, которые могут вызвать при длительном приеме меланоз толстой кишки, относятся все перечисленные, кроме

а)ревеня

б)александрийского листа

V в)пургена (фенолфталейна) и свечей бисакодила

г)коры крушины

733

192.Меланоз толстой кишки бывает наиболее выражен

а)в слепой и восходящей кишке

б)в поперечно-ободочной кишке

в)в сигмовидной кишке

г)в прямой кишке

V д)правильно а) и г)

734

193.Лимфофолликулярная гиперплазия чаще всего выявляется

а)в тощей кишке

б)в 12-перстной кишке

V в)в терминальном отделе подвздошной кишки

г)в ободочной кишке

д)в прямой кишке

735

194.Ангиодисплазии наиболее часто встречаются

V а)в слепой кишке

б)в прямой кишке

в)в сигмовидной кишке

г)в поперечно-ободочной кишке

д)в нисходящей кишке

736

195.К признакам радиационного колита относятся все перечисленные, кроме

а)ограниченной эритемы, телеангиоэктазии

б)изъязвления окруженного воспалительной отечной слизистой

в)формирования стриктуры в сочетании с проктитом и изъязвлениями слизистой

г)проктита, изъязвления, стриктуры и формирования ректовагинальных свищей или перфорации стенки кишки

V д)формирования глубоких продольных длительно не заживающих трещин, которые сочетаются со стриктурами

737

196.Эндоскопическая картина минимальной степени активности неспецифического язвенного колита включает

а)отек слизистой оболочки

б)слабую контактную кровоточивость

в)поверхностные язвочки

г)отек подслизистого слоя

V д)правильно а) и б)

738

197.К морфологическим изменениям слизистой толстой кишки неспецифического характера относятся все перечисленные, кроме

а)лейкоцитарной инфильтрации

б)гистиоцитарной инфильтрации

в)атипии и анаплазии эпителия

г)грануляционной ткани

V д)саркоидных гранулем

739

198.Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется

а)отеком слизистой оболочки

V б)отеком подслизистого слоя и поверхностными изъязвлениями

в)повышенной контактной кровоточивостью

г)усиленным сосудистым рисунком

д)всем перечисленным

740

199.Для болезни Крона в фазе инфильтрации не характерны

а)отек слизистой оболочки

б)отек подслизистого слоя и поверхностные язвочки

в)повышенная контактная кровоточивость

г)глубокие трещины, проникающие через все слои кишечной стенки

V д)все перечисленное, кроме б)

741

200.Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе деструкции характеризуется

V а)глубокими продольными трещинами, проникающими через все слои кишечной стенки, симптомом "булыжной мостовой"

б)поверхностными плоскими язвами

в)глубокими кратерообразными язвами

г)эластичностью кишечной стенки

д)всем перечисленным

742

201.К факторам, способствующим развитию псевдоинвазий в полипах толстой кишки относятся все перечисленные, исключая

а)большие размеры полипов и наличие длинной ножки

б)длительно существующие полипы

в)полипы, локализующиеся на уровне максимальной мышечной активности толстой кишки

г) часто повторяющиеся завороты полипов вокруг ножки

V д) частые рецидивы полипа на месте ранее удаленного

743

202. К полипам, в которых практически никогда не встречается псевдоинвазия, относятся все перечисленные, кроме

V а) аденоматозных полипов на длинной ножке

б) аденоматозных полипов на широком основании

в) аденоматозных полипов на короткой ножке

г) воспалительных полипов при болезни Крона

д) ювенильных полипов

744

203. Для гистологической картины псевдоинвазии в аденоматозных полипах толстой кишки характерны

V а) эктопия хорошо сформированных эпителиальных желез на собственную мембрану подслизистого слоя

б) инвазия атипических клеток за собственную пластинку слизистой

в) эктопия атипических желез на собственную мембрану подслизистого слоя

г) наличие атипических клеток в концевых лимфососудах подслизистого слоя

д) инвазия атипических клеток в мышечный слой

745

204. Отделы толстой кишки, в которых чаще всего встречаются ворсинчатые опухоли

а) нисходящая кишка

б) поперечно-ободочная кишка

V в) прямая

г) восходящая кишка

д) слепая кишка

746

205. Болезнь Бешета характеризуется всем перечисленным ниже, исключая

V а) одиночные язвы чаще локализуются в прямой кишке

б) одиночные язвы чаще локализуются в илеоцекальной кишке

в) изъязвления располагаются на противобрыжеечном крае кишки

г) изъязвления размерами от 2-3 мм до гигантских в несколько см округлой или овальной формы

д) афты на губах

747

206. Болезнь Бешета следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

а) туберкулеза толстой кишки

б) болезни Крона

в) язвенного колита

г) ишемического колита

V д) паразитарной инвазии

748

207. К эндоскопическим признакам, характерным для минимальной степени активности неспецифического язвенного колита, относятся

а) отек слизистой оболочки и слабая контактная кровоточивость

б) отек подслизистого слоя

в) поверхностные язвочки

г) гиперемия слизистой

V д)правильно а) и г)

749

208.Эндоскопическая картина умеренной степени активности неспецифического язвенного колита включает все перечисленное, кроме

а)отека слизистой

б)гиперемии слизистой

в)легкой контактной кровоточивости

V г)глубоких язв

д)поверхностных язв

750

209.Для умеренной степени активности неспецифического язвенного колита не характерны

а)глубокие язвы, слабая контактная кровоточивость

б)множественные эрозии и геморрагии

в)отек слизистой оболочки

г)отек подслизистого слоя

V д)правильно а) и г)

751

210.Для максимальной степени активности неспецифического язвенного колита характерны

а)слабая контактная кровоточивость

V б)отек слизистой оболочки; последняя диффузно кровоточит

в)поверхностные язвы

г)отек подслизистого слоя

д)все перечисленное

752

211.К эндоскопическим признакам ранее перенесенного неспецифического язвенного колита относятся все перечисленные, кроме

V а)смазанности сосудистого рисунка и отека слизистой оболочки

б)атрофии слизистой

в)наличия псевдополипов

г)зернистости на верхушках циркулярных складок и в местах физиологических сфинктеров

753

212.Синонимы болезни Крона

а)илеоколит Крона

б)гранулематозный колит

в)ишемический колит

г)эрозивно-язвенный колит и эрозивно-геморрагический колит

V д)правильно а) и б)

754

213.Болезнь Крона впервые была описана

а)в 1896 году

б)в 1912 году

V в)в 1932 году

г)в 1940 году

д)в 1956 году

755

214.Болезнь Крона надо дифференцировать

- а)с неспецифическим язвенным колитом
- б)с ишемическим колитом
- в)с туберкулезом толстой кишки
- г)с паразитарным колитом
- V д)со всем перечисленным

756

215.К морфологическим изменениям слизистой оболочки толстой кишки, характерным только для болезни Крона, относятся

- а)лейкоцитарная инфильтрация
- б)гистиоцитарная инфильтрация
- в)атипия и анаплазия эпителия
- г)грануляционная ткань
- V д)саркоидные гранулемы

757

216.К возможным осложнениям дивертикулеза толстой кишки относятся все перечисленные, кроме

- а)кровотечения
- V б)свища
- в)дивертикулита
- г)микроперфорации дивертикула
- д)непроходимости

758

217.Частота сочетания дивертикулита и рака толстой кишки составляет

- а)от 2 до 3% случаев
- V б)от 8 до 10% случаев
- в)от 15 до 25% случаев
- г)от 25 до 30% случаев
- д)свыше 40% случаев

759

218.Частота осложнения дивертикулеза толстой кишки дивертикулитом встречается

- а)в 5-10% случаев
- б)в 15-20% случаев
- V в)в 20-30% случаев
- г)до 40% случаев
- д)свыше 40% случаев

760

219.Наиболее характерные морфологические изменения при неспецифическом язвенном колите следующие

- V а)"крипт"-абсцессы
- б)саркоидные гранулемы
- в)гемосидеринсодержащие макрофаги
- г)фибробластная инфильтрация собственной пластинки слизистой
- д)фиброз и гиалиноз мелких сосудов кишечной стенки

761

220.Критерии неспецифического язвенного колита при эндоскопии включают все перечисленное, кроме

- а)цвета слизистой
- б)характера складок
- в)контактной кровоточивости

V г)характера содержимого

д)вида поверхности

762

221.К наследственным заболеваниям толстой кишки относятся все перечисленные, исключая

а)синдром Пейтца - Егерса

V б)синдром Кронкхайта - Канады

в)синдром Гарднера

г)синдром Олфилда

д)ювенильный полипоз

763

222.К опухолевым поражениям толстой кишки относятся все перечисленные, исключая

а)гиперпластический полип

б)гамартомный полип Пейтца - Егерса

V в)аденоматозный полип

г)ювенильный полип

д)лимфофолликулярная гиперплазия

764

223.Для ножки полипа толстой кишки характерно

V а)ножка конусовидная, истончается по направлению к головке полипа

б)ножка конусовидная, истончается по направлению к кишечной стенке

в)ножка имеет одинаковую толщину на всем протяжении

г)ножка имеет булавовидное утолщение в середине

д)ножка может быть любой формы

765

224.К заболеваниям, наиболее часто сопровождающимся образованием воспалительных полипов, относятся все перечисленные, кроме

а)идеопатических воспалительных заболеваний толстой кишки (неспецифического язвенного колита, болезни Крона)

б)ишемического колита (транзиторная форма)

в)дизентерии

г)амебного колита

V д)лекарственного колита

766

225.Колоноскопическая картина гипергрануляций характеризуется

а)неправильной бугристой формой с широким основанием

б)ножкой различной длины

в)кровоточивостью при дотрагивании форцептом

г)правильной округлой формы

V д)правильно а) и б)

767

226.К эндоскопическим признакам, не характерным для гипергрануляций, относятся

а)неправильная бугристая форма

V б)правильная округлая форма с ножкой различной длины

в)широкое основание

г)кровоточивость при инструментальной пальпации

д)все перечисленное

768

227.При диффузном полипозе реже всего выявляется рак

V а)в слепой кишке

б)в восходящей кишке

в)в нисходящей кишке

г)в сигмовидной кишке

д)в прямой кишке

769

228.Для синдрома Гарднера не характерны

а)полипоз толстой кишки

б)наследственный характер заболевания

в)опухоли мягких тканей

г)остеомы черепа, нижней челюсти

V д)наличие пигментных пятен на коже и слизистой

770

229.Наиболее частая локализация полипов при синдроме Гарднера

а)слепая кишка

б)печеночный угол

в)поперечная ободочная кишка

V г)селезеночный угол

д)прямая кишка

771

230.Наиболее редкая локализация полипов при синдроме Гарднера

а)слепая кишка

б)печеночный угол

в)селезеночный угол

V г)сигмовидная и прямая кишка

772

231.Для полипов при синдроме Гарднера гистологическая картина характеризуется, как

а)полип Пейтца - Егерса

б)ювенильный полип

в)гиперпластический полип

V г)аденопапилломатозный или аденоматозный полип

773

232.Синдром Кронкайта - Канады характеризуется всем перечисленным, кроме

а)полипоза желудочно-кишечного тракта

V б)наследственного характера заболевания

в)облысения

г)атрофии ногтей

д)приобретенного характера заболевания

774

233.К полипам толстой кишки, реже всего малигнизирующимся, относятся

V а)ювенильные

б)гиперпластические

в)аденоматозные

г)аденопапилломатозные

д)ворсинчатые

775

234.Среди анатомических типов полипов, чаще всего встречающихся в толстой кишке, выделяют

а)мелкие полипы на ножке

- б) крупные полипы на ножке
 - V в) мелкие полипы на широком основании
 - г) мелкие ворсинчатые полипы
 - д) крупные ворсинчатые полипы
- 776

235. На возможность метастазирования карциноида толстой кишки не влияют все перечисленные признаки, за исключением

- а) цвета новообразования
 - б) гистологической структуры (аргентаффиновые или неаргентаффиновые)
 - V в) размеров новообразования
 - г) количества новообразований
 - д) локализации новообразований
- 777

236. Карциноид толстой кишки имеет все следующие эндоскопические признаки, кроме

- а) локализуется преимущественно в прямой кишке
 - б) образования одиночные, размерами до 1-2 см
 - в) подслизистое образование округлой формы, покрыто неизменной слизистой оболочкой, плотно-эластической консистенции
 - V г) подслизистое образование округлой формы, желтого цвета
 - д) в большинстве случаев образование морфологически не идентифицируется, т.к. расположено подслизисто
- 778

237. Для синдрома Кронкайта - Канады не характерны

- а) полипоз только толстой кишки
 - б) полипоз желудочно-кишечного тракта
 - в) облысение и атрофия ногтей
 - г) наследственный характер заболевания
 - V д) правильно а) и г)
- 779

238. При подозрении на малигнизацию полипа при диффузном полипозе эндоскопические признаки выявляют все перечисленное, кроме

- а) в участке кишки, где выявляется большое скопление полипов
 - б) они находятся на различных стадиях пролиферативной активности
 - V в) полипы с изъязвлениями, фибринозными и некротическими наложениями
 - г) полипы кровоточат, отмечается выраженный спазм кишки
 - д) фиксированных изгибов, деформации просвета кишки
- 780

239. Отделом толстой кишки, в котором чаще всего обнаруживается рак, является

- а) слепая кишка
 - б) поперечная ободочная кишка
 - в) нисходящая кишка
 - г) сигмовидная кишка
 - V д) прямая кишка
- 781

240. Для синдрома Пейтца - Егерса характерно все перечисленное, кроме

- а) полипоза желудочно-кишечного тракта
- V б) полипоза только толстой кишки
- в) наличия пигментных пятен на коже и слизистой
- г) наследственного характера заболевания

782

241. Полипы при синдроме Пейтца - Егерса чаще всего локализуются

- а) в желудке
- б) в 12-перстной кишке
- в) в пищеводе
- ✓ г) в тонкой кишке
- д) в толстой кишке

783

242. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся реже всего, относятся

- ✓ а) ювенильные
- б) гиперпластические
- в) аденоматозные
- г) аденопапилломатозные
- д) ворсинчатые

784

243. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся чаще всего, относятся

- а) ювенильные
- б) полипы Пейтца - Егерса
- в) гиперпластические
- ✓ г) villous
- д) аденоматозные

785

244. Ворсинчатые полипы встречаются чаще всего

- ✓ а) в прямой и сигмовидной кишке
- б) в поперечной ободочной кишке
- в) в восходящей кишке
- г) в слепой кишке
- д) во всех отделах с одинаковой частотой

786

245. К клинико-эндоскопическим данным, указывающим на малигнизацию ворсинчатой опухоли, относятся

- а) увеличение выделения слизи при дефекации
- б) уменьшение или исчезновение выделения слизи при дефекации
- в) кровоточивость полипа при инструментальной пальпации
- г) наличие ригидности при инструментальной пальпации
- ✓ д) правильно б) и г)

787

246. В толстой кишке встречаются все перечисленные анатомические типы ворсинчатых опухолей, кроме

- а) узловой формы
- б) стелющей формы
- в) ковровой формы
- г) распластанной формы
- ✓ д) инфильтративной формы

788

247. Ворсинчатые полипы впервые были описаны

- ✓ а) в 1841 году
- б) в 1896 году
- в) в 1903 году

г)в 1908 году

д)в 1912 году

789

248.Для визуальной картины ворсинчатого полипа не характерны

а)дольчатая поверхность

✓ б)гладкая поверхность и стенозирование просвета

в)наложение слизи на поверхности полипа

г)кровоточивость полипа

790

249.Для визуальной картины ворсинчатого полипа характерны

а)дольчатая поверхность

б)гладкая поверхность

в)наложение слизи на поверхности полипа

г)кровоточивость полипа

✓ д)все перечисленное, кроме б)

791

250.Небольшие полипы на широком основании наиболее характерны

✓ а)для правой половины толстой кишки

б)для левой половины толстой кишки

в)для прямой кишки

г)для поперечной ободочной кишки

д)для слепой кишки

792

251.По цвету не отличаются от окружающей слизистой полипы размерами

а)более 0.5 см в диаметре

✓ б)до 0.5 см в диаметре

в)до 1.0 см в диаметре

г)более 1.0 см в диаметре

д)от 0.5до 1.0 см в диаметре

793

252.Факторами, способствующими развитию псевдоинвазии в полипах толстой кишки, являются

а)большие размеры полипов и наличие длинной ножки

б)локализация полипа

в)длительное существование полипа

г)часто повторяющиеся завороты полипа вокруг ножки

✓ д)все перечисленные

794

253.Чаще всего в толстой кишке встречаются

✓ а)мелкие полипы на широком основании

б)крупные полипы на широком основании

в)мелкие полипы на ножке

г)крупные полипы на ножке

д)мелкие ворсинчатые полипы

795

254.Крупные полипы на ножках наиболее характерны для

а)правой половины толстой кишки

б)поперечной ободочной кишки

✓ в)левой половины толстой кишки

г) сигмовидной кишки

д) прямой кишки

796

255. Относительные противопоказания к выполнению эндоскопической полипэктомии из толстой кишки

а) психические заболевания

б) нарушение свертывающей системы крови

в) тяжелые формы сахарного диабета

✓ г) все перечисленное

797

256. Для ножки полипа характерно

✓ а) ножка конусовидная, истончается по направлению к головке полипа

б) ножка конусовидная, истончается по направлению к кишечной стенке

в) ножка имеет одинаковую толщину на всем протяжении

г) ножка имеет булабовидное утолщение в середине

д) ножка может быть любой формы

798

257. Ворсинчатые полипы чаще всего встречаются

✓ а) в прямой и сигмовидной кишке

б) в нисходящей кишке

в) в поперечной ободочной кишке

г) в слепой кишке

д) во всех отделах толстой кишки одинаково часто

799

258. Наиболее часто встречаются в толстой кишке

✓ а) полипы на широком основании

б) полипы на узком основании

в) полипы на короткой ножке

г) полипы на длинной ножке

д) ворсинчатые полипы

800

259. Ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает

а) 0.5 см

✓ б) 1 см

в) 1.5 см

г) 2 см

д) 3 см

801

260. Ножка полипа считается длинной, если ее размеры

а) до 1 см

б) до 2 см

✓ в) более 1 см

г) более 2 см

д) от 2 до 5 см

802

261. Диффузный полипоз, характеризующийся наличием одинаковых по величине полипов, расположенных равномерно во всех отделах толстой кишки - это

а) гамартомный полипоз

✓ б) милиарный полипоз

- в) ювенильный полипоз
- г) аденоматозный полипоз
- д) аденопапилломатозный полипоз

803

262. Диффузный полипоз, для которого характерно нарастание количества и величины полипов по направлению к анусу - это

- а) гамартоз
- б) милиарный полипоз
- в) ювенильный полипоз

г) аденоматозный полипоз

✓ д) аденопапилломатозный полипоз

804

263. Для ювенильного полипа характерны

- а) резкое преобладание стромы над железистым компонентом
- б) наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- в) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- г) резкое преобладание железистой ткани над стромой

✓ д) правильно а) и в)

805

264. Для полипа Пейтца - Еггерса характерно

- а) резкое преобладание стромы над железистым компонентом
- ✓ б) наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- в) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- г) резкое преобладание железистой ткани над стромой

д) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

806

265. Для аденоматозного полипа характерно

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

✓ д) резкое преобладание железистой ткани над стромой

807

266. Для аденопапилломатозного полипа характерно

- а) резкое преобладание стромы над железистым компонентом
- б) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- в) резкое преобладание железистой ткани над стромой
- г) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

✓ д) правильно в) и г)

808

267. Для ювенильного полипа не характерно все перечисленное, кроме

- а) наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- ✓ б) большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью
- в) резкого преобладания железистой ткани над стромой
- г) наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

809

268. Для полипа Пейтца - Еггерса не характерно все перечисленное, кроме

- а) резкого преобладания стромы над железистым компонентом
- ✓ б) наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме

- в) большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью
 - г) резкого преобладания железистой ткани над стромой
 - д) наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
- 810

269. Для аденопапилломатозного полипа не характерно все перечисленное, кроме

- а) резкого преобладания стромы над железистым компонентом
- б) наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- в) большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью
- г) наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

811

270. Для аденоматозного полипа не характерно все перечисленное, кроме

- а) резкого преобладания стромы над железистым компонентом
- б) наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- в) большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью
- г) резкого преобладания железистой ткани над стромой

- д) наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
- 812

271. К формам диффузного полипоза, характеризующегося преобладанием процессов пролиферации, относятся все перечисленные, кроме

- а) гамартomatного полипоза
- б) милиарного полипоза
- в) аденоматозного полипоза
- г) аденопапилломатозного полипоза

813

272. К диффузным полипозам, для которых не характерно преобладание процессов пролиферации, относятся

- а) гамартomatный и ювенильный полипоз
- б) милиарный полипоз
- в) аденоматозный полипоз
- г) аденопапилломатозный полипоз

814

273. К формам диффузного полипоза, характеризующегося преобладанием процессов секреции, относятся

- а) гамартomatный полипоз
- б) милиарный полипоз
- в) ювенильный полипоз
- г) аденоматозный полипоз
- д) аденопапилломатозный полипоз

815

274. К формам диффузного полипоза, для которых не характерно преобладание процессов секреции, относятся

- а) гамартomatный полипоз
- б) милиарный полипоз
- в) аденоматозный полипоз
- г) аденопапилломатозный полипоз

- д) все перечисленное

816

275. Основным клиническим симптомом рака правой половины толстой кишки является

- а) боль

- б)расстройство стула
 - V в)анемия
 - г)потеря веса
 - д)отсутствие аппетита
- 817

276.Основными заболеваниями, относящимися к предраковым, являются все перечисленные, исключая

- а)аденому толстой кишки
- б)виллезный полип толстой кишки
- V в)лимфофолликулярную гиперплазию
- г)болезнь Крона
- д)диффузный полипоз толстой кишки

818

277.Причиной кровотечений являются все перечисленные заболевания толстой кишки, кроме

- а)рака
- б)неспецифического язвенного колита
- V в)эндометриоза
- г)дивертикулеза
- д)болезни Крона

819

278.К эндоскопическим признакам, позволяющим дифференцировать рак толстой кишки и дивертикулит, относятся все перечисленные, кроме

- а)характеристики тонуса кишки в области поражения
- б)протяженности участка поражения
- в)характеристики размеров суженного участка кишки в динамике
- V г)наличия или отсутствия дивертикулов в области сужения
- д)характера изменения слизистой в дистальной части сужения (наличие или отсутствие опухолевых тканей)

820

279.Причинами острой толстокишечной непроходимости могут быть все перечисленные, за исключением

- а)опухоли
- б)воспалительных и рубцовых стриктур толстой кишки
- в)каловых и желчных камней
- г)заворота сигмовидной кишки
- V д)ковровой ворсинчатой опухоли

821

280.К методам эндоскопического лечения острой толстокишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме

- а)заведения зонда выше области препятствия
- б)лазерной коагуляции тканей опухоли для частичного восстановления просвета кишки
- в)эндоскопического удаления каловых камней
- г)эндоскопического удаления заворота сигмовидной кишки
- V д)динамической лечебной колоноскопии

822

281.При экзофитной форме рака толстой кишки наиболее достоверная информация может быть получена при всех перечисленных формах забора тканевого материала, исключая

- а)щипцевую биопсию

- б) сочетание щипцевой биопсии и "лаваж"-цитологии
- в) сочетание щипцевой биопсии и "браш"-цитологии
- г) сочетание щипцевой биопсии с "лаваж"- и "браш"-цитологиями
- ✓ д) сочетание "лаваж"- и "браш"-цитологии

823

282. Максимально достоверную информацию при инфильтративных формах рака толстой кишки дают

- а) щипцевая биопсия
- б) "лаваж"-цитология
- в) "браш"-цитология
- г) только а) и б)
- ✓ д) все перечисленное

824

283. Причинами ложноотрицательного результата гистологического исследования при блюдцеобразной карциноме толстой кишки могут быть

- а) выраженное сужение просвета кишки, которое мешает взятию биопсии из ткани опухоли
- б) видимый приподнятый край опухоли, представленный неизменной слизистой
- в) утолщенную инфильтрированную складку слизистой, расположенную дистальнее опухоли, которая может быть принята за край опухоли
- г) дно раковой язвы, покрытое некротическими тканями
- ✓ д) все перечисленное

825

284. Ко вторичным изменениям слизистой прямой кишки при прорастании ее раком предстательной железы относятся все перечисленные, кроме

- а) деформации просвета прямой кишки; сдавления ее передней стенки объемным процессом, локализующимся извне, слизистая кишки при этом не изменена
- б) циркулярного сужения прямой кишки с инфильтрацией слизистой по периферии сужения
- в) изъязвления слизистой передней стенки прямой кишки на фоне инфильтрированной слизистой
- ✓ г) изъязвления слизистой передней стенки прямой кишки на фоне интактной слизистой
- д) изолированных метастазов в ректо-сигмовидном отделе толстой кишки

826

285. К эндоскопическим признакам метастатического поражения толстой кишки относятся все перечисленные, кроме

- а) множественности поражения (однотипные изменения)
- б) образований плотной, округлой формы, возвышающихся над неизменной слизистой
- в) гиперемированной слизистой на ними в большинстве случаев
- ✓ г) края образования приподнятые, плотные, бугристые, в центре может быть вдавление или изъязвление
- д) края образования приподнятые, закругленные, гладкие, в центре может быть вдавление или изъязвление

827

286. Метастатическое поражение толстой кишки следует дифференцировать со всеми перечисленными поражениями, кроме

- а) лимфангиомы толстой кишки
- б) злокачественной лимфомы
- в) первичного рака толстой кишки

V г)липомы

д)кавернозной гемангиомы

828

287.Анемия характерна для

V а)рака правой половины толстой кишки

б)рака левой половины толстой кишки

в)полиповидного рака толстой кишки

г)блюдцеобразной карциномы прямой кишки

д)инфильтративного рака сигмовидной кишки

829

288.Кишечная непроходимость чаще всего возникает при раке

а)прямой кишки

б)ректо-сигмовидного отдела толстой кишки

в)нижней трети сигмовидной кишки

г)средней трети сигмовидной кишки

V д)всех перечисленных локализаций

830

289.Локализация рака толстой кишки в области физиологических сфинктеров характерна для

а)прямой кишки

б)нижней трети сигмовидной кишки

в)средней трети сигмовидной кишки

г)верхней трети сигмовидной кишки

V д)всех отделов толстой кишки, расположенных проксимальнее сигмовидной кишки

831

290.К экзофитным формам рака толстой кишки относятся

V а)нодозная и ворсиноподобная

б)инфильтративная

в)скиррозная

г)блюдцеобразная карцинома

832

291.К эндофитным формам рака толстой кишки относятся

а)нодозная

б)полиповидная

V в)инфильтративная и скиррозная

г)ворсиноподобная

833

292.К формам рака толстой кишки, не склонным к циркулярному поражению, относятся

а)скиррозная

б)инфильтративная

в)блюдцеобразная карцинома

V г)нодозная

д)ворсиноподобная

834

293.К циркулярному поражению склонны все перечисленные формы рака толстой кишки, кроме

а)скиррозной

б)инфильтративной

в)блюдцеобразной карциномы

V г)нодозной

д)ворсиноподобной

835

294.К косвенным эндоскопическим признакам, характерным для эндофитных опухолей толстой кишки, относятся

V а)инфильтрация и утолщение циркулярных складок перед опухолью

б)прожилки или сгустки крови в просвете кишки

в)гной и фибрин в просвете кишки

г)спазм толстой кишки дистальнее опухоли

д)атония толстой кишки дистальнее опухоли

836

295.К косвенным эндоскопическим признакам, характерным для экзофитных опухолей толстой кишки, относятся

а)инфильтрация и утолщение циркулярных складок перед опухолью

V б)прожилки или сгустки крови в просвете кишки

в)гной и фибрин в просвете кишки

г)спазм толстой кишки дистальнее опухоли

д)атония толстой кишки дистальнее опухоли

837

296.К формам рака толстой кишки, для которых характерно воронкообразное сужение просвета кишки, относятся

а)скирр

V б)инфильтративный рак

в)полиповидный рак

г)нодозная форма рака

д)блюдцеобразная карцинома

838

297.Склонность к прорастанию в соседние петли кишки имеет

V а)узловой (нодозный) рак толстой кишки

б)полиповидный рак толстой кишки

в)инфильтративный рак толстой кишки

г)скиррозный рак толстой кишки

д)блюдцеобразная карцинома толстой кишки

839

298.Рак толстой кишки, имеющий закругленный, ровный, плотный край, сужение просвета кишки до 3-5 мм в диаметре -

V а)скирр

б)блюдцеобразная карцинома

в)инфильтративный

г)узловой

д)полиповидный

840

299.Эндоскопическая картина блюдцеобразной карциномы характеризуется всем нижеперечисленным, кроме

а)наличия изъязвления

б)склонности к циркулярному поражению

в)большой протяженности процесса

г)наличия высокого приподнятого края

V д)склонности к прорастанию в соседние петли кишечника при ограниченной инфильтрации кишечной стенки

841

300.Сужение просвета толстой кишки при инфильтративной форме рака следует дифференцировать

V а)с болезнью Крона

б)с рубцовой стриктурой толстой кишки

в)со сдавлением толстой кишки извне

г)с радиационным колитом

д)с неспецифическим язвенным колитом

842

301.Классификацию хронического бронхита в зависимости от распространенности процесса создал

V а)Лемуан

б)Брюннингс

в)В.И.Стручков

г)Лазнек

д)Г.И.Лукомский

843

302.Первая степень интенсивности воспаления характеризуется

V а)отеком и гиперемией слизистой

б)усилением сосудистого рисунка

в)деформацией хрящевых колец

г)гнойным секретом

д)устья сегментарных бронхов не дифференцируются

844

303.Вторая степень интенсивности воспаления характеризуется

а)умеренной гиперемией слизистой

б)слизистым секретом

V в)слизисто-гнойным секретом

г)очень большим количеством гнойного секрета

д)расширением устьев слизистых желез

845

304.Третья степень интенсивности воспаления характеризуется

а)умеренной гиперемией слизистой

б)слизистым секретом

в)слизисто-гнойным секретом

г)гнойным секретом в умеренном количестве

V д)гнойным секретом в большом количестве

846

305.Для эндоскопической картины гипертрофического бронхита характерно

а)слизистая бронхов гиперемирована

V б)слизистая бронхов бледная

в)сосудистый рисунок усилен

г)хрящевые кольца подчеркнуты

д)устья бронхов широкие

847

306.Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно

а)слизистая гиперемирована

- V б)сосудистый рисунок усилен
 - в)сосудистый рисунок обеднен
 - г)рисунок хрящевых колец стерт
 - д)устья слизистых желез точечные
- 848

307.Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно

- V а)устья и шпоры бронхов III-IV порядков деформированы, сужены
- б)хрящевые кольца не изменены
- в)сосудистый рисунок усилен
- г)устья бронхов III-IV порядков деформированы, расширены
- д)шпоры бронхов подвижны

849

308.Для диффузного бронхита характерно

- а)легочное кровотечение
- V б)распространение на все видимые бронхи
- в)верхнедолевые бронхи интактны
- г)нижнедолевые бронхи интактны
- д)воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева

850

309.Для частично диффузного бронхита характерно

- а)легочное кровотечение
- б)распространение на все видимые бронхи
- V в)верхнедолевые бронхи интактны
- г)нижнедолевые бронхи интактны
- д)поражены только верхнедолевые бронхи

851

310.Дистония - это

- а)выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха
- V б)выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и бронхов во время выдоха
- в)выпячивание хрящевой части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха
- г)выпячивание хрящевой части в просвет трахеи и бронхов во время выдоха
- д)спадение боковых стенок трахеи и бронхов во время выдоха

852

311.Дистония наиболее часто отмечается

- V а)при диффузном двустороннем бронхите II-III степени воспаления
- б)при строго ограниченном бронхите II степени воспаления
- в)при раке легкого
- г)при инородном теле бронха
- д)при абсцессе легкого

853

312.Для бронхоскопической картины при острой пневмонии характерно

- а)слизистая оболочка ярко гиперемирована
- V б)слизистая оболочка умеренно гиперемирована
- в)устья сегментарных бронхов деформированы
- г)устья бронхов резко сужены
- д)секрет гнойный

854

313.Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно

- а)слизистая оболочка ярко гиперемирована

- б) устья сегментарных бронхов не деформированы
- V в) устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов
- г) контактная кровоточивость слизистой повышена
- д) секрет слизистой

855

314. Для диагностики бронхоэктазов эффективна

- а) рентгеноскопия органов грудной клетки
- б) рентгенография органов грудной клетки
- в) томография
- V г) бронхография
- д) бронхоскопия

856

315. При бронхоскопии определяются следующие изменения, характерные для бронхоэктазов

- а) мешотчатые или цилиндрические бронхоэктазы
- V б) признак Суля
- в) деформация главных бронхов
- г) деформация долевых бронхов
- д) изменений нет

857

316. Признак Суля - это

- а) деформация устья бронхов
- б) секрет в устье бронха смещается воздухом
- V в) опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненного гноем устья
- г) секрет в устье бронха, не смещаемый воздухом
- д) секрет отсутствует

858

317. Признак Суля указывает

- а) на ателектаз
- V б) на дистальное расширение бронха
- в) на дистальное сужение бронха
- г) на стеноз бронха
- д) на рак бронха

859

318. Признак Суля встречается

- а) при раке легкого
- б) при кисте легкого
- V в) при бронхоэктатической болезни
- г) при доброкачественной опухоли бронха
- д) при туберкулезе

860

319. Наиболее частая локализация бронхоэктазов

- V а) нижняя доля слева
- б) верхняя доля слева
- в) язычковая доля
- г) средняя доля
- д) верхняя доля справа

861

320. При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляется

- а) частично диффузный бронхит II степени воспаления
- б) выраженный трахеобронхит
- в) частично диффузный бронхит I степени воспаления
- г) диффузный бронхит II степени воспаления
- д) диффузный бронхит III степени воспаления

862

321. Эндоскопическая картина при бронхоэктазах в стадии обострения характеризуется

- а) диффузным бронхитом I степени воспаления
- б) частично диффузным бронхитом II-III степени воспаления
- в) частично диффузным бронхитом I степени воспаления
- г) частично диффузным бронхитом II степени воспаления
- д) строго ограниченным бронхитом I степени воспаления

863

322. Бронхоскопическая картина при недренирующемся абсцессе характеризуется

- а) диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления
- б) диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления
- в) строго ограниченным бронхитом I степени воспаления
- г) строго ограниченным бронхитом II степени воспаления
- д) изменений нет

864

323. Бронхоскопическая картина при остром дренирующемся абсцессе характеризуется

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

865

324. Бронхоскопическая картина при хроническом дренирующемся абсцессе характеризуется

- а) диффузным двусторонним бронхитом I степени воспаления
- б) диффузным двусторонним бронхитом II степени воспаления
- в) диффузным двусторонним бронхитом III степени воспаления
- г) зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха
- д) строго ограниченным бронхитом II-III степени воспаления

866

325. Наиболее частая локализация абсцесса легкого

- а) верхняя доля справа
- б) верхняя доля слева
- в) средняя доля
- г) нижняя доля справа
- д) нижняя доля слева

867

326. Излюбленная локализация кист легких

- а) верхняя доля справа
- б) верхняя доля слева
- в) нижняя доля справа
- г) нижняя доля слева

V д) все доли поражаются одинаково

868

327. Полипы воспалительной этиологии наиболее часто встречаются

а) при раке легкого

б) при туберкулезе

в) при доброкачественной опухоли бронха

г) при кисте легкого

V д) при бронхоэктазах

869

328. Излюбленная локализация полипов в трахеобронхиальном дереве

а) карина

б) междолевая шпора

в) межсегментарная шпора

V г) устье бронха

д) стенка бронха

870

329. Эндоскопическая картина полипа бронха выявляет

V а) гладкую поверхность

б) бугристую поверхность

в) узкую ножку

г) мягкую консистенцию

д) дольчатое строение

871

330. Излюбленной локализацией грануляций в трахеобронхиальном дереве является

а) карина

V б) стенка бронха

в) междолевая шпора

г) устье бронха

д) межсегментарная шпора

872

331. Эндоскопическая картина грануляций характеризуется

а) серым цветом

б) плотной консистенцией

в) гладкой поверхностью

г) бугристой поверхностью

V д) дольчатым строением

873

332. Первое клиническое проявление аденомы бронха

а) кашель с гнойной мокротой

б) высокая температура

V в) кровохарканье

г) боли в груди

д) одышка

874

333. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии

а) бугристая опухоль

б) тонкая ножка

в) инфильтрация слизистой вокруг опухоли

г) мягкая консистенция опухоли

V д)выраженная контактная кровоточивость

875

334.Отличительная особенность гемангиомы

а)плотная консистенция

б)мягкая консистенция

в)выраженная контактная кровоточивость

г)выраженная спонтанная кровоточивость

V д)правильно б) и г)

876

335.Отличительная особенность хондромы

а)плотная консистенция

б)мягкая консистенция

в)выраженная контактная кровоточивость

г)бугристая опухоль

V д)каменистая плотность

877

336.К раннему раку легких относится

V а)T1N0M0

б)T1N1M0

в)T2N2M0

г)T3N2M0

д)T1N1M1

878

337.Эндоскопическая картина при острой эмпиеме плевры характеризуется

а)диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления

б)диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления

в)частично диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления

г)частично диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления

V д)строго ограниченным односторонним бронхитом II степени воспаления

879

338.Эндоскопическая картина при хронической эмпиеме плевры характеризуется

а)диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления

б)диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления

V в)диффузным односторонним бронхитом III степени воспаления

г)частично диффузным бронхитом I степени воспаления

д)частично диффузным бронхитом II степени воспаления

880

339.Эндоскопическая картина при наличии бронхо-плеврального свища характеризуется

V а)диффузным бронхитом на стороне поражения и частично диффузным на противоположной стороне

б)частично диффузным двусторонним бронхитом

в)частично диффузным бронхитом на стороне поражения и строго ограниченным на противоположной стороне

г)диффузным односторонним бронхитом

д)строго ограниченным двусторонним бронхитом

881

340.Эндоскопическая картина экзофитной раковой опухоли включает все перечисленное, кроме

V а)гладкой поверхности поражения на узкой ножке

- б)бугристой поверхности
 - в)широкого основания
 - г)плотной консистенции
- 882

341.При эндоскопической картине эндофитной раковой опухоли (инфильтрат) выявляется все перечисленное, кроме

- а)шероховатой поверхности
- б)белесоватого цвета
- в)темно-вишневого цвета
- ✓ г)гладкой поверхности
- д)стертости рисунка бронхиальных колец

883

342.К косвенным анатомическим признакам рака легкого при бронхоскопии относятся

- а)расширение устьев бронхов
- б)сужение устьев бронхов
- в)слизистая шероховатая
- г)слизистая не изменена
- ✓ д)правильно б) и г)

884

343.К косвенным функциональным признакам рака легкого при бронхоскопии относятся

- а)устья бронхов подвижны
- б)устья бронхов неподвижны
- в)передаточная пульсация сохранена
- г)передаточная пульсация отсутствует
- ✓ д)правильно б) и г)

885

344.Синдром "мертвого устья" является

- а)косвенным признаком бронхоэктатической болезни
- б)прямым признаком центрального рака легкого
- в)косвенным анатомическим признаком центрального рака легкого
- ✓ г)косвенным функциональным признаком центрального рака легкого
- д)косвенным признаком периферического рака легкого

886

345.Микроскопическая картина рака легкого включает все перечисленные формы, кроме

- а)плоскоклеточного с ороговением
- б)плоскоклеточного без ороговения
- в)мелкоклеточного
- ✓ г)скирр
- д)аденокарциномы

887

346.К грибковым заболеваниям легких относится

- а)силикоз
- б)муковисцидоз
- в)силикатоз
- ✓ г)актиномикоз
- д)карбокониоз

888

347.Наличие опухоли деревянистой плотности на грудной клетке характерно

- а)для силикоза

- б) для муковисцидоза
 - в) для рака легкого
 - г) для туберкулеза
 - V д) для актиномикоза
- 889

348. Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву

- а) диффузный двусторонний процесс
 - б) диффузный односторонний процесс
 - в) частично диффузный процесс
 - V г) строго ограниченный односторонний процесс
 - д) строго ограниченный двусторонний процесс
- 890

349. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает

- V а) пневмонию
 - б) туберкулез
 - в) бронхоэктатическую болезнь
 - г) поликистоз легких
 - д) рак легкого
- 891

350. При актиномикозе наиболее часто поражаются

- а) верхняя доля справа
 - б) средняя доля
 - в) язычковые сегменты
 - V г) базальные сегменты
 - д) верхняя доля слева
- 892

351. Для актиномикоза характерен секрет

- а) слизистый вязкий
 - б) слизисто-гнойный
 - в) густой, гнойный, без запаха
 - V г) густой, гнойный, с запахом
 - д) отсутствие секрета
- 893

352. Для верификации диагноза актиномикоза необходима

- а) браш-биопсия
 - б) щипцевая биопсия
 - в) бронхиальный смыв на атипические клетки
 - V г) бронхиальный смыв для посева на питательные среды
 - д) трансбронхиальная биопсия легких
- 894

353. К наследственным заболеваниям относится

- а) актиномикоз
 - V б) муковисцидоз
 - в) бронхоэктатическая болезнь
 - г) силикоз
 - д) бериллиоз
- 895

354. К клиническим проявлениям муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме

- а) кашля

- б)затрудненного отхождения мокроты
- в)одышки

V г)стридорозного дыхания

- д)кровохарканья

896

355.К клиническим формам муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме

- а)бронхо-легочной

- б)легочно-кишечной

V в)легочно-желудочной

- г)кишечной

897

356.Для муковисцидоза характерно распространение по бронхиальному дереву

- а)диффузное одностороннее

V б)диффузное двустороннее

- в)частично-диффузное

- г)строго ограниченное, одностороннее

- д)строго ограниченное, двустороннее

898

357.Эндоскопическая картина муковисцидоза характеризуется всем перечисленным, кроме

- а)яркой гиперемии слизистой

- б)выраженного отека слизистой

- в)сужения устьев сегментарных бронхов

- г)густого слизисто-гнойного секрета

V д)выраженного сосудистого рисунка

899

358.Для муковисцидоза характерен секрет

- а)слизистый вязкий

- б)слизисто-гнойный, жидкий

V в)слизисто-гнойный, густой, натянутый в виде струн

- г)гнойный, густой, с запахом

- д)отсутствие секрета

900

359.Наиболее эффективным лечением муковисцидоза является

- а)иммунотерапия

- б)лучевая терапия

- в)хирургическое лечение

V г)санационные бронхоскопии

- д)переливание крови

901

360.Пневмокониозы - это

- а)наследственные заболевания

V б)профессиональные заболевания

- в)врожденные заболевания

- г)ни одно из перечисленных

902

361.По этиологическому признаку выделяют

- а)2 вида пневмокониозов

- б)3 вида пневмокониозов

в) 4 вида пневмокониозов
г) 5 видов пневмокониозов
V д) 6 видов пневмокониозов
903

362. Самым тяжелым по клиническому течению из всех пневмокониозов является
V а) силикоз
б) силикатоз
в) металлокониоз
г) карбокониоз
д) пневмокониоз
904

363. При гистологическом исследовании легких при силикозе обнаруживаются
а) экссудативное воспаление
б) продуктивное воспаление
V в) клеточно-фиброзные узелки
г) опухоль
д) множественные кисты
905

364. Течение силикоза усугубляет присоединение
а) сифилиса
V б) туберкулеза
в) бронхоэктазов
г) хронического бронхита
д) ничего из перечисленного
906

365. Асбестоз относится
а) к силикозу
б) к металлокониозам
V в) к силикатозам
г) к карбокониозам
д) к пневмокониозам
907

366. К пневмокониозам, обусловленным вдыханием органической пыли, относятся все перечисленные, кроме
V а) цементного
б) хлопкового
в) зернового
г) пробкового
д) тростникового
908

367. Баритоз относится
а) к силикозу
б) к силикатозам
в) к карбокониозам
V г) к металлокониозам
д) к пневмокониозам
909

368. Термин "пневмокониоз" предложен
а) Кильяном

- б)Брюннингсом
- в)Фриделем
- г)Лемуаном
- ✓ д)Ценкером

910

369.Клиническая картина пневмокониозов характеризуется всем перечисленным, кроме

- а)болей в грудной клетке
- б)"сковывания" грудной клетки
- ✓ в)высокой температуры

г)одышки

д)кашля

911

370.К частым осложнениям пневмокониозов относится

- ✓ а)кровохарканье и легочное кровотечение
- б)эмпиема плевры
- в)рак легкого
- г)бронхоэктатическая болезнь
- д)абсцесс легкого

912

371.К редким осложнениям пневмокониозов относится

- а)кровохарканье и легочное кровотечение
- б)эмпиема плевры
- ✓ в)пищеводно-бронхиальный свищ
- г)абсцесс легкого

913

372.Кашель при пневмокониозах характеризуется

- а)постоянным характером
- б)выделением большого количества гнойного секрета без запаха
- в)выделением большого количества гнойного секрета с запахом
- ✓ г)выделением незначительного количества вязкого секрета
- д)отсутствием секрета

914

373.К диагностике пневмокониозов решающее значение принадлежит

- ✓ а)рентгенографическому исследованию органов грудной клетки
- б)эндоскопическому исследованию
- в)бронхографии
- г)томографии
- д)гистологическому исследованию

915

374.В мокроте больных пневмокониозом обнаруживают все перечисленное, кроме

- а)лейкоцитов
- б)пылевых клеток
- в)слущенных эпителиальных клеток
- ✓ г)атипических клеток
- д)эритроцитов

916

375.В зависимости от выраженности процесса выделяют

- а)2 стадии пневмокониоза
- ✓ б)3 стадии пневмокониоза

- в) 4 стадии пневмокониоза
 - г) 5 стадий пневмокониоза
 - д) стадийность отсутствует
- 917

376. При рентгенологическом исследовании определяются все перечисленные типы затенения, кроме

- а) интерстициального
 - в) опухолевидного
 - г) узлового
- 918

377. Для I стадии узлового пневмокониоза характерны размеры узелков

- а) 1-2.5 мм
 - б) 2.5-5 мм
 - в) 5-10 мм
 - г) 10-15 мм
 - д) 15-20 мм
- 919

378. Для II стадии узлового пневмокониоза характерны размеры узелков

- а) 1-2.5 мм
 - б) 2.5-5 мм
 - в) 5-10 мм
 - г) 10-15 мм
 - д) 15-20 мм
- 920

379. При пневмокониозе преимущественно поражаются

- а) верхняя доля
 - б) средняя доля
 - в) язычковые сегменты
 - г) нижняя доля
 - д) все доли одинаково
- 921

380. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется

- а) восходящим двусторонним диффузным бронхитом
 - б) восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом
 - в) нисходящим двусторонним диффузным бронхитом, трахеитом
 - г) строго ограниченным двусторонним бронхитом
 - д) строго ограниченным односторонним бронхитом
- 922

381. При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается

- а) гипертрофический бронхит
 - б) атрофический бронхит
 - в) I степень интенсивности воспаления
 - г) II степень интенсивности воспаления
 - д) III степень интенсивности воспаления
- 923

382. Участки пылевой пигментации определяются

- а) в устьях долевых бронхов
- б) на стенках главных бронхов

V в)на всех уровнях бронхиального дерева

г)в устьях сегментарных бронхов

д)на стенках долевых бронхов

924

383.При туберкулезе бронхов эндоскопические изменения включают все перечисленное, кроме

а)инфильтративного поражения слизистой оболочки бронхов

б)инфильтративно-язвенного поражения слизистой оболочки бронхов

в)бронхо-фистулезного процесса

г)рубцового стеноза

V д)опухолеподобного поражения

925

384.Наиболее частой формой туберкулеза бронхов является

V а)инфильтративный

б)инфильтративно-язвенный

в)бронхо-фистулезный

г)рубцовый стеноз бронха

926

385.Инфильтративный туберкулез бронха характеризуется всем перечисленным, кроме

а)инфильтрата круглой или овальной формы

V б)гладкой поверхности

в)шероховатой поверхности

г)плотной консистенции

д)рыхлой консистенции

927

386.Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе

а)трахея

б)стенки главных бронхов

V в)устья главных и долевых бронхов

г)устья субсегментарных бронхов

д)излюбленной локализации нет

928

387.Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов характеризуется всем перечисленным, кроме

а)края язвы неровные, подрывы

б)дно язвы гладкое

в)слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, тусклая

V г)слизистая оболочка вокруг язвы мелкозернистая, блестящая

д)язвы множественные

929

388.Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов дифференцируем

а)с бронхоэктатической болезнью

б)со строго ограниченным бронхитом III степени интенсивности воспаления

в)с деформирующим бронхитом со стенозом бронхов

г)с перибронхиальной формой центрального рака легкого

V д)с эндобронхиальной формой центрального рака легкого

930

389.Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является

а)бронхоэктатическая болезнь

V б) рубцовый стеноз бронха

в) рак бронха

г) поликистоз легких

д) бронхо-плевральный свищ

931

390. Бронхо-фистулезный туберкулез характеризуется

а) двумя стадиями

V б) тремя стадиями

в) четырьмя стадиями

г) пятью стадиями

д) шестью стадиями

932

391. Рубцовые стенозы бронха характеризуются

V а) белесоватыми, тусклыми рубцами, лишенными сосудов

б) блестящими рубцами без сосудов

в) блестящими рубцами с выраженным сосудистым рисунком

г) белесоватыми тусклыми рубцами с выраженными сосудами

д) ничем из перечисленного

933

392. Болезнь Бенье - Бека - Шаумана - это

а) муковисцидоз

V б) саркоидоз

в) пневмокониоз

г) микоз

д) мезотелиома

934

393. При болезни Бека поражается все перечисленное, кроме

а) лимфатических узлов

б) легких

в) кожи

V г) печени

д) костей

935

394. Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является

V а) расширение сосудов слизистой оболочки и набухание медиальных стенок главных бронхов

б) утолщение складок слизистой бронхов

в) смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки

г) острая картина

д) смазанность рисунка бронхиальных колец

936

395. Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является

а) щипцевая биопсия

б) браш-биопсия

в) трансбронхиальная биопсия

V г) транстрахеальная биопсия

д) исследование бронхиального секрета

937

396. Синдром Зиверта - Картагенера - это

- а) бронхоэктазы и пансинусит
 - б) пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов
 - V в) бронхоэктазы, пансинусит и обратное расположение внутренних органов
 - г) бронхоэктазы, поликистоз и обратное расположение внутренних органов
 - д) поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов
- 938

397. Патологической сущностью саркоидоза является

- а) гранулема, подвергающаяся казеозному распаду
 - V б) гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду
 - в) фиброз легких
 - г) опухоль
 - д) ничего из перечисленного
- 939

398. Патологической сущностью синдрома Зиверта - Картагенера является

- V а) врожденная неподвижность ресничек слизистой бронхов
 - б) врожденная повышенная подвижность ресничек слизистой бронхов
 - в) гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду
 - г) гранулема, подвергающаяся казеозному распаду
 - д) ничего из перечисленного
- 940

399. Остеохондропластическая трахеобронхопатия - это

- а) микоз
 - б) пневмокониоз
 - в) опухоль
 - V г) обызвествление и окостенение слизистой трахеи и бронхов
 - д) синдром Зиверта - Картагенера
- 941

400. Для саркомы легкого характерно все перечисленное, кроме

- а) молодого возраста
 - б) гематогенного метастазирования
 - V в) пожилого возраста
 - г) периферической формы опухоли
 - д) сходства с раковым поражением
- 942

401. Остеохондропластическую трахеобронхопатию следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме

- а) трахеобронхиального амилоидоза
 - б) папилломатоза
 - в) трахеобронхита III степени интенсивности воспаления
 - г) рака трахеи и бронхов
 - V д) саркоидоза
- 943

402. Эндоскопическими признаками цирроза печени являются

- а) цвет печени с диффузным глинистым оттенком
 - б) консистенция печени тестоватая
 - в) капсула печени неравномерно утолщена, белесовато-сероватого цвета
 - V г) в тканях печени выраженный венозный стаз
 - д) на капсуле печени мелкие, белесоватого цвета, просовидной формы высыпания
- 944

403. К эндоскопическим признакам макронодулярной формы цирроза печени относятся все перечисленные, за исключением

- а) печень равномерно увеличена в размерах
- В б) признаки портальной гипертензии резко выражены
- в) поверхность печени крупнобугристая
- г) цвет печени с серым оттенком
- д) консистенция печени плотная

945

404. К эндоскопическим признакам макронодулярной формы цирроза печени относятся все перечисленные, кроме

- а) печень обычных размеров
- В б) желчный пузырь увеличен, напряжен
- в) рубцовые втяжения фиброзно-измененной интерстиции глубокие
- г) размеры регенератов печеночной ткани превышают 4 мм в диаметре
- д) в пределах регенерирующих тканей вторичные фиброзные изменения

946

405. Для механической желтухи характерны все перечисленные признаки, за исключением

- а) интерстициальная ткань печени не прослеживается
- б) расширенные внутрипеченочные желчные протоки деформированы, неравномерно округлой формы
- В в) окраска деформированных печеночных долек пятнистая
- г) ткани печеночно-двенадцатиперстной связки не изменены
- д) по нижнему краю печеночно-двенадцатиперстной связки белесовато-серого цвета плотные лимфатические узлы

947

406. К эндоскопическим признакам механической желтухи, обусловленной нарушением проходимости внутрипеченочных желчных протоков, относятся все перечисленные, кроме

- а) желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен
- б) правая доля печени увеличена в размерах, нижний край ее закруглен, цвет печени серо-зеленый
- в) на поверхности печени видны расширенные поверхностные внутрипеченочные протоки
- г) ткани печеночно-двенадцатиперстной связки гиперемизированы, по нижнему краю связки прослеживаются бледно-красного цвета лимфатические узлы

В д) правильно б) и в)

948

407. К эндоскопическим признакам механической желтухи, обусловленной нарушением проходимости супрадуоденальной части холедоха, относятся

- а) печень равномерно увеличена в размерах, цвет ее серовато-зеленый
- б) желчный пузырь небольших размеров, не напряжен
- в) поверхностные внутрипеченочные желчные протоки расширены
- г) дистальный отдел желудка смещен кпереди

В д) правильно б) и г)

949

408. Наиболее характерными для холестатического гепатита эндоскопическими признаками являются все перечисленные, кроме

- а) цвет печени серовато-зеленоватый
- В б) поверхностные желчные протоки печени расширены, деформированы, холедох расширен в виде зеленоватого тяжа

- в) окраска видимых печеночных долек мозаична
- г) прослеживаются отдельные деформированные сосуды интерстиция печени
- д) правильно а) и б)

950

409. Эндоскопическим признаком механической желтухи при сегментарной обтурации желчных протоков является

- а) печень увеличена в размерах
- б) цвет печени диффузно серый с зеленоватым оттенком
- в) желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен
- г) по нижнему краю печеночно-двенадцатиперстной связки виден напряженный общий желчный проток

У д) окраска печени пятнистая за счет отдельных участков, имеющих серовато-зеленый цвет

951

410. Характерным эндоскопическим признаком механической желтухи является

- а) расширенные поверхностные внутрипеченочные протоки, хорошо отграниченные друг от друга

б) отмечается инъекция сосудов капсулы печени

в) интерстициальная ткань печени хорошо прослеживается

У г) сдавленные печеночные долики имеют равномерную красноватого цвета окраску

д) консистенция печени тестоватая

952

411. Для жировой инфильтрации печени характерны все перечисленные признаки, за исключением

а) увеличения печени

б) цвет печени с глинистым (желтоватым) оттенком

в) печеночные долики четко прослеживаются

г) интерстициальная ткань печени хорошо видна

У д) отмечается выраженная инъекция сосудов интерстиция

953

412. К эндоскопическим признакам сифилитического цирроза печени относятся

а) печень увеличена в размерах

б) поверхность печени мелкобугристая

У в) печень имеет дольчатое строение за счет глубоких "канавовидных" борозд, консистенция печени плотная

г) отмечаются микроскопические признаки портальной гипертензии

д) правильно а) и б)

954

413. Для паренхиматозной желтухи характерны

У а) печень увеличена в размерах, цвет ее диффузно-красный

б) структура печеночной дольчатости прослеживается

в) консистенция печени плотная

г) желчный пузырь умеренно напряжен

955

414. К лапароскопическим признакам ретикулосаркомы печени относятся

а) печень обычных размеров, консистенция ее тестоватая

б) поверхность печени ровная

в) мозаичность окраски печени напоминает "снежную бурю" за счет хаотичного смещения белесовато-желтоватых тонов

г)отмечается выраженный стаз венозных сосудов печени

V д)правильно б) и в)

956

415.Характерным эндоскопическим признаком гидатидной формы эхинококка печени является

а)эхинококковая киста имеет только округлую форму

б)стенка кисты толстая

в)стенка кисты хорошо васкуляризирована

V г)видимая часть стенки кисты по периметру отграничена от печеночной ткани четко выраженным углублением в виде "канавки"

д)цвет кисты с синевато-зеленоватым оттенком

957

416.К эндоскопическим признакам однокамерной непаразитарной кисты печени относятся

а)киста имеет только овальную форму

б)стенка кисты толстая, васкуляризация ее очень бедная

в)содержимое кисты сероватого цвета

г)местами на видимую часть стенки кисты напоздает печеночная ткань в виде истонченной полосы

V д)правильно в) и г)

958

417.Эндоскопическими признаками сифилитической гуммы печени являются

а)печень уменьшена в размерах

б)в тканях печени прослеживаются крупные аморфно-белесые опухолевидные узлы

в)в проекции сифилитической гуммы печени на париетальной брюшине диафрагмы - выраженные реактивно-воспалительные изменения

г)консистенция тканей, образующих сифилитическую гумму, тестоватая, а гумма в зоне своей локализации резко возвышается над поверхностью печени

V д)правильно б) и в)

959

418.Дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной возможно

а)по изменению размеров и консистенции печени

б)по характеру изменения поверхностных желчных протоков печени

в)по характеру окраски видимых печеночных долек

г)по характеру изменений желчного пузыря

V д)правильно б) и в)

960

419.При холестатической форме гепатита

а)желчь жидкая

V б)консистенция желчи гелеподобная

в)цвет желчи бледно-оливковый

г)в лучах проходящего света желчь прозрачная

д)при отстаивании осадка не образуется

961

420.Эндоскопические признаки острого катарального холецистита включают все перечисленное, кроме

а)желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, серозный покров его с инъекцией сосудов

б)желчный пузырь обычных размеров, серозный покров его гиперемирован

V в)стенки желчного пузыря гиперемированы, между стенкой желчного пузыря, большой кривизной антрального отдела желудка и задней поверхностью правой доли печени - мутный выпот

г)желчный пузырь частично закрыт большим сальником, не сращен с ним; большой сальник, прилежащий к дну желчного пузыря, умеренно отечен с инъекцией сосудов

д)стенка желчного пузыря, прилежащая к нижнему краю печени, гиперемирована в виде полосы

962

421.Эндоскопическая картина деструктивного холецистита с образованием воспалительного инфильтрата характеризуется следующим

а)желчный пузырь частично закрыт большим сальником, который сращен с париетальной брюшиной передней брюшной стенки, цвет большого сальника желтоватый

б)дно желчного пузыря сращено с нижним краем правой доли печени и париетальной брюшиной передней брюшной стенки

в)дно желчного пузыря фиброзными спайками сращено с круглой связкой печени и большим сальником

г)желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его покрыта налетом фибрина; налет фибрина имеется на прилежащем к пузырю отечном большом сальнике

V д)желчный пузырь закрыт большим сальником, последний рыхлыми спайками сращен с нижним краем правой доли печени, по краю сращения большой сальник гиперемирован с налетом фибрина

963

422.Эндоскопическими признаками водянки желчного пузыря являются

V а)желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его утолщена, беловато-сероватого цвета

б)желчный пузырь больших размеров, напряжен, стенка его ярко-красного цвета, с враженной инъекцией сосудов

в)желчный пузырь увеличен в размерах, стенка его дряблая, при поворотах большого желчный пузырь свободно свисает в сторону поворота

г)желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, цвет его серовато-зеленоватый

д)желчный пузырь обычных размеров, стенка его утолщена, плотная, белесоватого цвета

964

423.Эндоскопические признаки острого флегмонозного холецистита включают все перечисленное, кроме

а)желчный пузырь увеличен в размерах, серозный покров его гиперемирован с налетом фибрина

V б)стенка желчного пузыря багрово-красного цвета, утолщена, с участками темного цвета

в)желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его гиперемирована; между большой кривизной дистального отдела желудка, нижним краем правой доли печени и желчным пузырем - мутный серозный выпот

г)желчный пузырь прикрыт большим сальником, который на отдельных участках рыхлыми спайками сращен с ним

д)желчный пузырь обычных размеров, напряжен; между дном пузыря и нижним краем правой доли печени фибрин

965

424.Эндоскопическими признаками хронического холецистита являются все перечисленные, исключая

а)дно желчного пузыря сращено с нижним краем правой доли печени; капсула передней поверхности печени в проекции желчного пузыря утолщена, белесоватого цвета
б)желчный пузырь увеличен в размерах, не напряжен, серозный покров его с инъекцией сосудов

в)желчный пузырь сморщен, стенка его уплотнена, белесоватого цвета

У г)желчный пузырь частично закрыт большим сальником и сращен с ним, стенка желчного пузыря и большой сальник гиперемированы

д)между стенкой желчного пузыря, большим сальником и нижним краем печени - плоскостные спайки

966

425.К эндоскопическим признакам острого холецисто-панкреатита относятся все перечисленные, кроме

а)желчный пузырь обычных размеров, напряжен, стенка его умеренно гиперемирована

б)малый сальник гиперемирован, отечен

в)круглая связка печени отечна, гиперемирована с участками точечных кровоизлияний

У г)желчный пузырь сморщен, стенка его уплотнена, белесоватого цвета

д)в брюшной полости небольшое количество геморрагического выпота

967

426.Для холедохолитиаза характерны следующие физические свойства желчи

а)желчь жидкая

б)консистенция желчи коллоидоподобная

в)цвет желчи темно-оливковый

У г)в лучах проходящего света прозрачная

д)при отстаивании образует 2-слойный осадок

968

427.Для отечной формы острого панкреатита характерно

а)гиперемия и инъекция сосудов большой кривизны желудка

б)наличие в брюшной полости мутноватого выпота

в)деформация желудка в виде смещения его дистального отдела кпереди

У г)вздутие правой половины толстой кишки

д)вздутие левой половины толстой кишки

969

428.К прямым эндоскопическим признакам деструктивного панкреатита относятся

а)фибрин и гнойный выпот вдоль малой кривизны желудка

У б)белесоватого цвета пятна различной величины и формы на париетальной брюшине, серозе абдоминальных органов, большом и малом сальниках

в)геморрагическая жидкость в брюшной полости

г)деформация желудка в виде "седла" за счет смещения его дистального отдела кпереди

д)геморрагическая имбиция забрюшинной клетчатки задней брюшной стенки между шейкой желчного пузыря и большой кривизной антрального отдела желудка

970

429.К эндоскопическим признакам геморрагического панкреонекроза относятся все перечисленные, исключая

а)в брюшной полости мутный геморрагический выпот

б)круглая связка печени отечна

в)малый сальник инфильтрирован

У г)на большом сальнике белесоватого цвета округлой формы возвышающиеся над поверхностью мелкие узлы, дистальный отдел желудка смещен кпереди

971

430.К эндоскопическим признакам жирового панкреонекроза относятся

а)в брюшной полости мутный выпот

б)желудочно-ободочная связка отечна, гиперемирована

в)правая половина толстой кишки вздута

У г)на серозных покровах брюшной полости белесоватого цвета высыпания различной формы и величины

д)большая кривизна дистального отдела желудка смещена кпереди

972

431.О геморрагическом панкреонекрозе можно думать

а)по диффузной гиперемии круглой связки печени

б)по геморрагической инфильтрации малого сальника и мезоколона

в)по выраженному венозному застою брыжеечного края тонкой кишки

г)по незначительному скоплению геморрагического выпота в полости малого таза

У д)правильно а) и б)

973

432.О гнойном панкреонекрозе можно думать по всем перечисленным эндоскопическим признакам, за исключением

а)на желудочно-ободочной связке имеются очаги некроза с налетом фибрина

б)диффузного вздутия кишечника

У в)вдоль малой кривизны желудка гнойный выпот

г)выявленного отека и гиперемии печеночного края круглой связки печени

д)в малом сальнике увеличенные лимфоузлы

974

433.К эндоскопическим признакам острого гангренозного холецистита относятся

а)стенка желчного пузыря багрово-красного цвета с налетом фибрина

б)желчный пузырь небольших размеров, напряжен; нижний край правой доли печени, прилегающий к желчному пузырю, багрово-красного цвета

в)желчный пузырь закрыт большим сальником, который гиперемирован, на поверхности большого сальника фибрин

г)желчный пузырь больших размеров, напряжен; стенка его неравномерно гиперемирована, утолщена

У д)стенка желчного пузыря инфильтрирована, с участками темного цвета

975

434.Для головчатой формы индуративного панкреатита характерны все перечисленные физические свойства желчи, исключая

а)желчь жидкая

б)консистенция желчи коллоидоподобная

в)цвет желчи грязно-болотный

г)в лучах проходящего света желчь мутная

У д)при отстаивании осадка не образует

976

435.Эндоскопическими признаками жировой инфильтрации печени является

а)печень обычных размеров

б)цвет печени с желтоватым оттенком

У в)консистенция печени плотная

г)структура дольчатости печеночной ткани сохранена

д)интерстиций печени хорошо прослеживается

977

436. К эндоскопическим признакам болезни Бадда - Хиари относятся все перечисленные, кроме

- а) печень увеличена в размерах
- б) цвет печени синюшно-вишневый
- ✓ в) желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен
- г) вены печени расширены, напряжены
- д) консистенция печени плотная

978

437. Микроскопическими признаками ретикулосаркомы печени являются

- а) печень и селезенка увеличены в размерах
- б) консистенция печени плотная
- в) в тканях печени прослеживаются крупные опухолевые узлы, которые возвышаются над ее поверхностью
- г) на вершинах видимых опухолевых узлов "пупковидные" втяжения или уплощения
- ✓ д) правильно а) и б)

979

438. Для отечной формы острого панкреатита характерны все перечисленные признаки, исключая

- а) гиперемия, отек и инъекцию сосудов печеночного края круглой связки печени
- б) гиперемия, отек и инъекцию сосудов желудочно-ободочной связки
- в) вздутие правой половины толстой кишки
- г) отечность тканей и помутнение серозного покрова брыжейки поперечно-ободочной кишки

✓ д) гиперемия, отек и инъекцию сосудов серповидной связки печени

980

439. К эндоскопическим признакам острого панкреатита относятся все перечисленные, за исключением

- а) малый сальник гиперемирован, инфильтрирован
- б) поперечно-ободочная кишка в области печеночного угла вздута
- ✓ в) передняя стенка желудка по малой кривизне неровная, бугристая, красновато-белесоватого цвета
- г) в брюшной полости геморрагический выпот
- д) на большом сальнике пятна жирового некроза

981

440. Косвенными эндоскопическими признаками острого панкреатита являются все перечисленные, исключая

- а) парез кишечника
- б) гиперемия, отек, инъекцию сосудов малого сальника
- ✓ в) гиперемия серозного покрова большой кривизны нижней трети тела желудка с наличием в этой зоне белесоватого цвета извитых нитевидных тяжей по ходу расширенных сосудов
- г) отек, гиперемия верхнего края брыжейки тонкой кишки
- д) неравномерную геморрагическую инфильтрацию большого сальника

982

441. Косвенными эндоскопическими признаками хронического панкреатита являются все перечисленные, за исключением

- а) увеличения лимфатических узлов малого сальника
- б) мелких белесоватого цвета рубцов на большом и малом сальниках
- в) умеренной деформации дистального отдела желудка в виде его смещения кпереди

г)плоскостных спаек между большим сальником, круглой связкой печени и париетальной брюшиной

V д)равномерного вздутия кишечника, серозный покров кишечных петель гиперемирован
983

442.Для рака головки поджелудочной железы характерны следующие физические свойства желчи

а)желчь густая

б)консистенция желчи гелеподобная

в)цвет желчи темно-зеленый

г)в лучах проходящего света желчь не прозрачная

V д)в желчи прослеживаются хлопья фибрина в виде грязно-зеленых пленок
984

443.К эндоскопическим признакам рака желудка относятся

а)передняя стенка желудка бугристая, что обусловлено наличием в ее серозе белесоватого цвета опухолевых узлов

б)консистенция видимых опухолевых узлов желудочной стенки тестовато-мягкая

в)кровеносные сосуды желудочной стенки по периферии от ее опухолевой инфильтрации расширены

г)расширенные сосуды желудочной стенки сохраняют свою древовидную структуру ветвления

V д)правильно а) и б)

985

444.Для лимфомы селезенки характерны все перечисленные признаки, за исключением

а)селезенка увеличена в размерах

б)цвет селезенки с желтовато-белесоватым оттенком

в)в тканях селезенки прослеживаются различной величины серовато-белесоватого цвета инфильтраты

г)на капсуле селезенки просовидные белесоватого цвета высыпания

V д)селезеночно-ободочная связка смещена проксимально

986

445.К эндоскопическим признакам рака желудка относятся все перечисленные, исключая

а)желудок увеличен в размерах, малая кривизна его выступает из-под нижнего края левой доли печени

V б)перистальтика желудка сохранена

в)передняя стенка желудка неровная, слегка бугристая

г)на отдельных участках желудочной стенки имеются очаги втяжения

д)цвет передней стенки желудка пятнистый за счет отдельных участков гиперемии ее серозного покрова

987

446.Для метастазов рака желудка в печень наиболее характерными являются все перечисленные признаки, кроме

а)округло-цилиндрической формы

V б)сероватого цвета

в)пупковидного втяжения на вершине

г)плотной консистенции

д)выраженного сосудистого венчика у основания

988

447.Для метастазов рака толстой кишки в печень наиболее характерными являются все перечисленные признаки, за исключением

- а) округло-цилиндрической формы
- б) пупковидного втяжения на вершине
- в) хорошо выраженного рисунка у основания и на поверхности метастаза
- ✓ г) желтовато-белесоватого цвета метастазов
- д) плотной консистенции

989

448. Эндоскопические признаки метастазов меланосаркомы в органы брюшной полости включают все перечисленные, за исключением

- а) субкапсулярно на поверхности печени видны разной величины синевато-коричневатого цвета узлы
- б) коричневатого цвета мелкоточечные высыпания распространяются вдоль сосудов капсулы печени

✓ в) на серозном покрове брыжейки тонкой кишки имеются узловые образования синевато-сероватой окраски с незначительным "пупковидным" втяжением в центре

г) пятна округлой формы синевато-сероватой окраски прослеживаются субсерозно на стенках кишечных петель

д) на париетальной брюшине брюшных стенок видны уплощенные неправильной формы узловые образования интенсивно-коричневой окраски

990

449. Для метастазов меланомосаркомы наиболее характерными являются все перечисленные признаки, исключая

- а) синевато-коричневый цвет
- б) полиморфизм формы и размеров
- ✓ в) пупковидное втяжение на вершине
- г) плотную консистенцию
- д) распространенность локализации

991

450. Для метастазов рака поджелудочной железы наиболее характерными являются все перечисленные признаки, исключая

- а) полиморфность размеров
- б) сероватый цвет
- в) плотную консистенцию
- ✓ г) хорошо выраженный сосудистый рисунок у основания
- д) распространенность локализации

992

451. Эндоскопическими признаками поверхностного аппендицита являются все перечисленные, кроме

- а) гиперемии серозного покрова отростка
- б) инъекции сосудов отростка
- в) хлопьев фибрина на серозном покрове верхушки отростка
- ✓ г) напряжения отростка
- д) отека и инъекции сосудов брыжейки отростка

993

452. Парааортальный лимфаденит на уровне видимой при лапароскопии абдоминальной части аорты может быть обусловлен всем перечисленным, за исключением

- а) терминального илиита
- б) туберкулезного спондилеза
- ✓ в) метастазов рака желудка
- г) абдоминальной формы лимфогранулематоза

д)острого энтероколита

994

453.К эндоскопическим признакам катарального сальпингита относят все перечисленные, за исключением

а)маточные трубы гиперемированы

б)отемчается диффузная инъекция серозного покрова маточных труб

в)фимбрии маточных труб отечные, ярко-красного цвета

г)в полости малого таза небольшое количество мутноватого выпота

У д)между ампулярным отделом одной из маточных труб и верхним полюсом яичника имеются рыхлые фибринные спайки

995

454.Прямыми эндоскопическими признаками флегмонозного аппендицита являются все перечисленные, исключая

а)диффузную гиперемию червеобразного отростка

б)выраженное напряжение червеобразного отростка и отек его брыжейки

в)рыхлые спайки между червеобразным отростком и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки

г)фибрин на серозном покрове червеобразного отростка и серозе купола слепой кишки

У д)гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости

996

455.Косвенными эндоскопическими признаками деструктивного аппендицита являются все перечисленные, кроме

а)гиперемии серозного покрова купола слепой кишки

б)гиперемии париетальной брюшины правой подвздошной ямки

У в)гиперемии серозного покрова терминального отдела тощей кишки

г)рыхлых спаек между большим сальником и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки

д)гиперемии и отека большого сальника, сращенного с брюшиной правой подвздошной ямки

997

456.Эндоскопическими признаками хронического аппендицита могут быть все перечисленные, за исключением

а)уплотнения серозного покрова червеобразного отростка в виде белесоватых полос

У б)серозного выпота в правой подвздошной ямке

в)спаек между отростком и серозным покровом купола слепой кишки

г)спаек между отростком и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки

д)червеобразный отросток имеет "четкообразную" форму за счет поперечных перетяжек

998

457.К эндоскопическим признакам терминального илиита относятся все перечисленные, исключая

У а)локальную гиперемию купола слепой кишки

б)отсутствие перистальтики подвздошной кишки

в)увеличенные лимфатические узлы брыжейки подвздошной кишки

г)неравномерное вздутие подвздошной кишки и инъекцию сосудов ее брыжейки

д)гиперемию серозного покрова подвздошной кишки

999

458.К эндоскопическим признакам пиосальпингса относятся все перечисленные, за исключением

У а)одна из маточных труб колбовидно расширена

- б)ампулярный отдел этой маточной трубы в сращениях с широкой связкой матки
- в)отмечается диффузная гиперемия серозного покрова деформированной маточной трубы
- г)на серозном покрове расширенной части маточной трубы пленки фибрина
- д)в полости малого таза серозно-гнойный выпот

1000

459.К эндоскопическим признакам гидросальпингса относятся

- а)маточные трубы в ампулярных отделах булабовидно расширены
- б)фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются
- в)цвет расширенной части маточных труб сероватый

V г)сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения с резко выраженной инъекцией

- д)в зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется

1001

460.Эндоскопическими признаками хронического сальпингита являются все перечисленные, исключая

- а)маточные трубы извиты
- б)между яйчником и маточной трубой хорошо васкуляризированные плоскостные спайки
- в)маточные трубы располагаются за маткой и плоскостными спайками, сращены с брюшиной малого таза

г)на серозе ампулярных отделов маточных труб кистоподобные образования, заполненные серозным содержимым

V д)серозным содержимым заполнены кистоподобные образования в широкой связке матки

1002

461.Для прогрессирующей трубной беременности характерно

- а)увеличение матки
- б)колбовидное расширение одной из маточных труб с синюшной окраской расширенной ее части

в)расширение сосудов серозного покрова матки со стороны беременной трубы

г)расширение сосудов широкой связки матки со стороны трубной беременности

V д)все перечисленное

1003

462.Разрыв маточной трубы при нарушении трубной беременности сопровождается следующими эндоскопическими признаками

V а)в брюшной полости жидкая кровь и массивные сгустки крови в полости малого таза

б)сгустки крови заполняют весь малый таз

в)из-за тампонады малого таза сгустками крови осмотреть придатки матки не удастся

г)при попытке смещения сгустков крови отмечается их равномерное фиксирование к серозным покровам малого таза и его органов

д)все перечисленное

1004

463.Эндоскопическими признаками нодозных изменений в маточной трубе являются

а)на серозе маточной трубы проксимальнее и дистальнее зоны ее расширения имеются белесоватого цвета рубцы, которые могут переходить на серозу широкой связки матки

б)при натяжении маточной трубы участки деформации ее диаметра не исчезают

в)заполнение красителем участка деформации маточной трубы или поступление его дистальнее этой зоны при хромосальпингоскопии не происходит

г)при хромосальпингоскопии может наблюдаться эндоваскулярное распространение красителя по матке или маточной трубе со стороны нодоза

V д)все перечисленное

1005

464.Для аденомиоза матки характерно все перечисленное, за исключением

- а)мозаичности окраски поверхности матки
- б)наличия тонких плоскостных сращений между маткой и прилежащими органами
- в)неравномерного фиброза серозного покрова матки
- г)скопления серозной или серозно-геморрагической жидкости в виде мелких кистозных образований между тонкими фиброзными напластованиями, покрывающими серозный покров матки

V д)наличия на серозном покрове матки очагов эндометриоидной имплантации

1006

465.Для малых форм наружного эндометриоза характерно все перечисленное, кроме

- а)скопления в полости малого таза небольшого количества геморрагической жидкости
- б)наличия небольших синеватого цвета серозных гематом, в виде "глазков", на органах малого таза
- в)наличия небольших красноватого цвета кистоподобных образований в тканях яичников
- г)наложения гемосидерина на серозных покровах малого таза в виде небольших очагов коричневатой окраски

V д)наличия тонких "паутинообразных" сращений между органами малого таза

1007

466.Для синдрома Алена - Мастерса характерны

- а)укорочение круглой связки матки
- б)сращение широкой связки матки с париетальной брюшиной боковой поверхности малого таза
- в)сращение задней поверхности матки с сигмовидной кишкой

V г)дефект париетальной брюшины дна малого таза

д)атрезия одной из маточных труб

1008

467.Для метастазов рака яичников наиболее характерными являются все перечисленные признаки, за исключением

- а)локализации метастазов
- б)полиморфизма размеров
- в)мягкой консистенции
- г)серовато-красноватого цвета

V д)хорошо видимого перифокального сосудистого рисунка

1009

468.Для нодоза маточных труб характерно

- а)извитость маточных труб и их деформация с участками расширения и сужения диаметра
- б)сочетание извитости маточных труб с уменьшением размеров матки
- в)серовато-белесоватый цвет стенки маточной трубы в зоне ее очагового расширения
- г)отсутствие болевых ощущений у больных при выполнении им хромосальпингоскопии

V д)правильно а) и в)

1010

469.Нарушение трубной беременности по типу трубного аборта проявляется всеми перечисленными эндоскопическими признаками, кроме

- а)маточная труба, из которой произошел выкидыш, приобретает веретенообразную форму

б)на всем протяжении своего веретенообразного расширения маточная труба сохраняет синюшную окраску

в)в полости малого таза имеется скопление жидкой крови

г)сгустки крови при трубном аборте небольшие и частично или полностью прикрывают только фибрин абортировавшей маточной трубы

У д)на всем протяжении абортированной маточной трубы очагового уплотнения не определяется

1011

470.К эндоскопическим признакам гематосальпингса относятся все перечисленные, за исключением

а)одна или обе маточные трубы в дистальных отделах веретенообразно расширены

б)окраска расширенных отделов маточных труб синюшная

в)на всем протяжении расширения маточных труб очаговые уплотнения не определяются

г)фимбрии маточных труб с геморрагическими помарками

У д)серозный покров маточных труб с резко выраженной гиперемией и инъекцией сосудов

1012

471.Эндоскопические признаки апоплексии яичника характеризуются всем перечисленным, за исключением

а)в брюшной полости жидкая кровь

б)в полости малого таза сгустки крови

в)сгустки крови локализуются только со стороны апоплексированного яичника

У г)из-за сгустков крови, односторонне расположенных с разорванным яичником, маточную трубу проследить не удастся

д)придатки матки, с противоположной стороны апоплексированного яичника, хорошо доступны осмотру

1013

472.Макроскопические признаки склерокистоза яичников включают все перечисленное, кроме

а)яичники равномерно увеличены в размерах

б)цвет белочной оболочки яичников сероватый с белесовато-маточным оттенком

в)поверхность яичников ровная

г)консистенция яичников плотная

У д)яичники хорошо доступны осмотру в связи с тем, что обычно располагаются проксимальнее и впереди от матки

1014

473.К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся

У а)оба яичника увеличены в размерах

б)на верхнем полюсе одного из яичников кистозное образование до 3 см в диаметре

в)на нижнем полюсе другого яичника тоже кистозное образование диаметром до 2 см

г)на стенке одного из кистозных образований прослеживается желтое тело

д)на медиальном крае яичника прослеживаются мелкокистозные образования, напоминающие собой уплощенную виноградную гроздь

1015

474.Для склерокистоза яичников характерно

а)неравномерное увеличение яичников

У б)равномерное утолщение белочной оболочки яичников с наклонностью сосудов белочной оболочки яичников к варикозу

в)наличие видимых в тканях яичников созревающих фолликулов

г)наличие в белочной оболочке яичников отграниченных узлов выраженного фиброза
1016

475.К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся

- а)один из яичников увеличен в размерах
- б)цвет увеличенного яичника диффузно сероватый с синеватым оттенком
- в)венозные сосуды белочной оболочки яичников извиты с наклонностью к варикозу
- ✓ г)на фоне видимых мелкокистозных изменений яичников в них просматриваются желтые тела на разных фазах своего развития
- д)на поверхности яичников видны небольшие тонкостенные кистоподобные образования, заполненные серозным содержимым

1017

476.Эндоскопическими признаками склерокистоза яичников являются

- а)сосуды белочной оболочки яичников деформированы, нет обычной их древовидной ветвистости
- б)кистозные изменения при склерокистозе яичников видны в виде интритканевых сероватого цвета округлых (диаметром до 5-7 мм) образований, желтые тела в тканях яичников не видны
- в)взять щипцевую биопсию из яичников без предварительного рассечения белочной оболочки крайне затруднительно
- г)в тканевом дефекте яичника, после щипцевой биопсии, полиморфизма размеров фолликулов не отмечается
- ✓ д)все перечисленное

1018

477.К эпителиальным опухолям яичников относятся

- ✓ а)серозная киста
- б)фолликулома
- в)дермоидная киста
- г)параовариальная киста
- д)киста желтого тела

1019

478.Эндоскопическими признаками поликистоза яичников являются

- а)оба яичника увеличены в размерах
- ✓ б)белочная оболочка яичников равномерно утолщена
- в)в тканях яичников прослеживаются слабо выраженные созревающие фолликулы
- г)ткани яичников при щипцевой биопсии захватываются без труда
- д)в образовавшемся после щипцевой биопсии тканевом дефекте яичника прослеживаются фолликулы, имеющие различную величину

1020

479.Эндоскопически различие между склерокистозом и поликистозом яичников характеризуется следующим

- а)при склерокистозе яичники увеличены равномерно, при поликистозе увеличение яичников неравномерное
- б)при склерокистозе белочная оболочка яичников утолщена равномерно, при поликистозе - нет
- в)при склерокистозе созревающих фолликулов в яичниках не видно, при поликистозе они видны
- г)при склерокистозе желтые тела в яичниках не просматриваются, при поликистозе они видны на разных фазах своего развития

V д)склерокистоз обычно сочетается с микроскопическими признаками хронического воспаления маточных труб, а поликистоз с умеренно выраженной жировой инфильтрацией печени

1021

480.Для первичного сифилитического комплекса характерны

а)маточные трубы с признаками гнойного сальпингита

б)вдоль подвздошных сосудов отмечается выраженное увеличение лимфатических узлов, имеющих бледно-розоватую окраску

в)в тканях печени имеются сифилитические гуммы

г)в тканях брыжейки тонкой кишки прослеживается лимфостаз

V д)ничего из перечисленного

1022

481.К опухолевидным образованиям яичников относятся

а)папиллярные серозные кистомы

V б)ретенционные кисты

в)фибромы

г)текомы

д)дермоидные кисты

1023

482.Для ретенционной кисты яичников характерны все перечисленные микроскопические признаки, за исключением

а)киста небольших размеров

б)стенка кисты тонкая

в)окраска кисты с серовато-голубоватым оттенком

V г)сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу

д)на утолщенных участках стенки кисты могут прослеживаться очаги желтоватой окраски

1024

483.Для ретенционной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки, кроме

а)киста небольших размеров

б)стенка кисты тонкая

V в)киста заполняет весь яичник

г)окраска кисты серовато-желтоватая с красноватым оттенком

д)сосуды стенки кисты расширены

1025

484.Для параовариальной кисты характерны

а)киста небольших размеров, имеет сероватый оттенок

б)стенка кисты утолщена

в)поверхность кистозной стенки бугристая

г)локализация кисты обычно в широкой связке матки

V д)правильно а) и г)

1026

485.Для эндометриоидной кисты яичников характерны все перечисленные макроскопические признаки, за исключением

а)размеры кисты переменны

б)стенка кисты утолщена с фиброзно-рубцовыми изменениями

в)между стенкой кисты и прилежащими органами плоскостные спайки

г)цвет кисты с серовато-синеватым оттенком

V д)на поверхности кисты серовато-красноватого цвета узловые разрастания

1027

486.Для простой серозной кистомы яичников характерны все перечисленные ниже макроскопические признаки, за исключением

а)размеры кисты переменны

б)стенка кисты неравномерно утолщена

в)цвет кисты белесовато-сероватый с синеватым оттенком

V г)наряду с видимой кистой прослеживаются участки неизменной ткани яичника

д)сосуды стенки кисты хорошо выражены

1028

487.Для папиллярной кистомы характерны все перечисленные макроскопические признаки, кроме

а)киста больших размеров

б)стенка кисты плотная, непрозрачная

в)цвет кисты серовато-белесоватый

г)на поверхности кисты прослеживаются серовато-мутноватой окраски сосочковые или узелковые разрастания

V д)сосудистый рисунок стенки кисты не прослеживается

1029

488.Для псевдомуцинозной кистомы яичников характерны все перечисленные признаки, за исключением

а)размеры кисты большие

б)поверхность кисты неровная с грубыми фиброзными перетяжками

V в)стенка кисты тонкая, прозрачная

г)на отдельных участках стенки кисты прослеживаются очаги гиперемии или кровоизлияний

д)сосуды стенки кисты расширены

1030

489.Для фибромы яичника характерны все перечисленные признаки, за исключением

а)опухоль небольших размеров, различной формы

б)располагается на поверхности яичника в виде узла на ножке

в)консистенция опухоли плотная

г)окраска белесоватая

V д)опухоль хорошо васкулизована

1031

490.Выраженный лимфаденит по ходу подвздошных сосудов бывает обусловлен всем перечисленным, кроме

а)острого сальпингоофорита

б)сифилиса

в)параовариального воспалительного инфильтрата

V г)рака яичников

д)пиосальпинкса

1032

491.Эндоскопическая картина лимфореи в брюшную полость характеризуется наличием

V а)в латеральных каналах брюшной полости беловато-сероватого цвета жидкость

б)между кишечными петлями и в латеральных каналах брюшной полости геморрагическая жидкость

в)в правом латеральном канале и полости малого таза жидкость светло-желтого цвета

г)во всех отделах брюшной полости прозрачная соломенного цвета жидкость

д)в верхних отделах брюшной полости и между кишечными петлями мутная жидкость с примесью беловато-сероватых хлопьев

1033

492.Париетальная плевра с мелкими высыпаниями, покрытая фибрином на различном протяжении с образованием полостей, характерна

а)для эмпиемы плевры

б)для метастатических опухолей плевры при раке легкого

в)для туберкулезного плеврита

г)для первичных опухолей плевры

д)для саркоидоза плевры

1034

493.Сращения при туберкулезном плеврите

а)отсутствуют всегда

б)интимно спаяны с медиастиальной или диафрагмальной плеврой

в)рыхлые нити фибрина

г)струнообразные или тонкие

д)плотные струнообразные или плоские, мощные, ограничивающие полости

1035

494.Для эмпиемы плевры характерны

а)париетальная плевра блестящая, гиперемирована, с точечными высыпаниями

б)висцеральная плевра тусклая с фибринными наложениями, свисающими по типу "сталактитов", и зернистыми скоплениями грануляционной ткани

в)обильный, быстро накапливающийся серозно-геморрагический экссудат

г)ткань легкого с участками ателектазов

д)сращения с медиастиальной плеврой мощные, плотные

1036

495."Решетчатое" легкое характерно

а)для первичных опухолей плевры

б)для метастазов рака легкого в плевру

в)для туберкулезного плеврита

г)для эмпиемы плевры

д)для синдрома Мейгса

1037

496.Буллезная эмфизема чаще поражает

а)сегмент VI

б)сегменты IV, V

в)сегменты I, II, III

г)сегменты IX, X, VIII

д)сегмент VII

1038

497.Париетальная плевра при спонтанном пневмотораксе имеет вид

а)прозрачного листка с хорошо видимыми титрами

б)"стеариновых бляшек" на диафрагмальной плевре, легкой гиперемии

в)утолщена, покрыта пластами фибрина, гнойным налетом

г)пятнисто гиперемирована, утолщена

д)прозрачна, имеются одиночные буллы

1039

498.Сращения и их вид при спонтанном пневмотораксе

а)не характерны, отсутствуют

- V б) струнообразные или шнуровидные
 - в) плотные, рубцовые, особенно в ребернодиафрагмальном углу
 - г) в виде рыхлых нитей фибрина
 - д) интимные спаяния с медиастинальной или диафрагмальной плеврой
- 1040
499. При спонтанном пневмотораксе экссудат
- а) отсутствует всегда
 - V б) встречается редко, прозрачный, соломенно-желтый, реже с геморрагической окраской
 - в) встречается часто, обильный, серозно-геморрагический
 - г) мутный, кровянистый
 - д) мутный, с запахом и хлопьями фибрина
- 1041
500. Наличие булл в легком характерно
- а) для туберкулезного плеврита
 - б) для хронической пневмонии
 - V в) для спонтанного пневмоторакса
 - г) для метастазов экстраторакальных раков
 - д) для пиопневмоторакса
- 1042
501. При спонтанном пневмотораксе чаще встречаются следующие патоморфологические изменения
- а) буллы
 - б) ателектаз
 - в) плевральные сращения
 - г) экссудат
 - V д) эмфизема мягких тканей грудной клетки
- 1043
502. Для первичных опухолей плевры характерно
- а) наличие участков ателектаза легкого
 - б) наличие гнойного экссудата
 - в) интимные сращения с медиастинальной плеврой
 - V г) наличие опухолевых узлов в области средостения или реберно-диафрагмального синуса
 - д) легкое ригидно, малоподвижно
- 1044
503. Для мелких ателектазов легкого характерно
- а) ткань плотнее воздушного участка
 - б) ограниченная подвижность
 - в) синюшно-фиолетовый цвет
 - V г) яркая гиперемия этих участков
 - д) эти участки выглядят запавшими на поверхности легкого
- 1045
504. Наличие участков ателектазов характерно
- а) для туберкулезного плеврита
 - б) для эмпиемы плевры
 - V в) для метастатических опухолей рака легкого
 - г) для саркоидоза плевры
 - д) для метастазов экстраторакальных опухолей

1046

505. Висцеральная плевра, напоминающая "шагреновую кожу", с прикорневой инфильтрацией и мелкими диффузными узелками характерна

V а) для экстраторакальных метастазов

б) для туберкулезного плеврита

в) для метастазов рака легкого

г) для саркоидоза плевры

д) для синдрома Мейгса

1047

506. Медиастиноскопия является наиболее информативным методом при всех перечисленных заболеваниях, за исключением

а) лимфогранулематоза

б) диссеминированного туберкулеза

V в) неспецифической аденомы

г) болезни Бенье - Бека - Шауманна

д) болезни Ходжкина

1048

507. Наиболее информативным методом обследования при изолированном поражении Ходжкина является

а) рентгенологический

V б) медиастиноскопия с биопсией

в) торакоскопия

г) фибробронхоскопия

д) плевроскопия

1049

508. Характерной эндоскопической картиной лимфогранулематоза является

V а) клетчатка средостения - диффузный склероз, диаметр лимфоузлов 0.3-5 см, цвет "сырого мяса", мягкие

б) перигландулярный склероз клетчатки средостения, диаметр лимфоузлов 3-5 мм, цвет белесоватый, мягкая консистенция

в) клетчатка средостения не изменена, диаметр лимфоузлов от 1 до 4 см, цвет фиолетовый, мягкой консистенции

г) диффузный склероз клетчатки средостения, диаметр лимфоузлов от 1 до 3 см, цвет черный, плотной консистенции

д) клетчатка средостения не изменена, диаметр лимфоузлов от 1 до 3 см, цвет серый, консистенция очень плотная

1050

509. Лимфатические узлы при метастазе рака легкого (аденокарцинома)

а) каменистой плотности

V б) мягкие

в) плотные

г) не изменены

д) рыхлые

1051

510. Следующая эндоскопическая картина - клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы величиной от 1 до 3 см, белесовато-серого цвета, плотные - характерна

а) для силикоза

б) для лимфогранулематоза

V в) для метастазов рака

г) для туберкулеза
д) для неспецифической аденопатии
1052

511. Наиболее редко подвергаются поражению при саркоидозе лимфатические узлы

- а) правые паратрахеальные
- б) бифуркационные
- в) лимфатические узлы по ходу правого главного бронха
- ✓ г) околопищеводные
- д) лимфатические узлы по ходу левого главного бронха

1053

512. Для недостаточности большого дуоденального сосочка характерно

- а) зияние отверстия большого дуоденального сосочка
- б) диффузная гиперемия слизистой, видимая на всем протяжении супрадуоденальной части холедоха
- ✓ в) плохая видимость просвета холедоха при операционной холедохоскопии
- г) хорошая видимость всех отделов желчных протоков
- д) наличие изъязвления на слизистой в дистальном отделе холедоха

1054

513. Наиболее характерным эндоскопическим признаком хронического холангита является

- а) наличие в просвете мутной желчи с примесью замазкообразных масс
- б) эрозирование слизистой дистального отдела холедоха
- в) полиповидные разрастания на слизистой ампулы большого дуоденального сосочка
- г) полное исчезновение продольных складок слизистой в терминальном отделе холедоха
- ✓ д) сероватый цвет слизистой холедоха с наличием на ней различной выраженности рубцов

1055

514. К макроскопическим признакам катарального холангита относятся

- а) неравномерная гиперемия слизистой желчных протоков
- б) исчезновение ячеистости структуры слизистой и повышенная контактная кровоточивость
- в) наличие пленок фибрина на слизистой желчных протоков
- г) расширение интрамуральной части холедоха
- ✓ д) правильно а) и б)

1056

515. К микроскопическим признакам фибринозной формы холангита относится все перечисленное, кроме

- ✓ а) рубцов на слизистой холедоха
- б) сосуды подслизистого слоя холедоха не прослеживаются
- в) наличие на стенках желчных протоков пленок фибрина
- г) "моторная" игра сфинктера Одди не прослеживается
- д) в ирригационной жидкости просматриваются пленки фибрина

1057

516. К макроскопическим признакам фибринозно-язвенной формы холангита относится все перечисленное, кроме

- а) слизистая желчных протоков отечна с видимыми внутрислизистыми кровоизлияниями
- б) повышенная кровоточивость при снятии пленок фибрина со слизистой протоков
- в) в ирригационной жидкости - комочки фибрина
- г) на отдельных участках слизистой - эрозии и изъязвления

V д) моторика желчных протоков усилена

1058

517. К макроскопическим признакам гнойной формы холангита относится все перечисленное, за исключением

а) в просвете желчных протоков скопления густого гноя

б) осмотр слизистой протоков затруднен из-за мутности ирригационной жидкости

в) в просвете желчных протоков гнойные тромбы

г) отверстие ампулы большого дуоденального сосочка плохо визуализируется

V д) продольные складки слизистой холедоха хорошо выражены

1059

518. К макроскопическим признакам стеноза большого дуоденального сосочка относится все перечисленное, кроме

а) интрамуральная часть холедоха мешковидно расширена

б) продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются

в) отверстие сфинктера Одди не определяется

V г) сосуды подслизистого слоя холедоха резко расширены

д) диаметр холедоха расширен

1060

519. К макроскопическим признакам псевдостеноза сфинктера Одди относятся

а) холедохоскоп без усилия проводится в двенадцатиперстную кишку

б) холедох расширен

в) слизистая супрадуоденальной части холедоха гиперемирована

V г) отверстие сфинктера Одди щелевидной формы и слизистая его отечна

д) правильно а) и г)

1061

520. К макроскопическим признакам недостаточности сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка относятся

а) ирригационная жидкость в просвете холедоха не удерживается

б) просвет холедоха хорошо просматривается на всем протяжении, на слизистой его - пленки фибрина

в) слизистая интрамуральной части холедоха очагово гиперемирована

г) отверстие сфинктера Одди зияет

V д) все перечисленное, кроме б)

1062

521. Эндоскопические признаки субсерозной миомы матки с преобладанием фиброзной ткани характеризуется всем перечисленным, кроме

а) изменения конфигурации матки

б) узлы имеют вид белесоватых бугристых опухолей различной величины

V в) сосудистый рисунок на поверхности узлов выражен

г) сосудистый рисунок на поверхности узлов не выражен

д) при инструментальной пальпации узлы очень плотные

1063

522. Эндоскопические признаки миоматозных узлов с нарушением кровообращения характеризуются всем перечисленным, кроме

а) синюшно-багрового цвета узлов

б) тусклой серозной оболочки узлов

в) определения под серозной оболочкой многочисленных кровоизлияний

V г) наличия желтого, мутного выпота

д) гиперемии брюшины, покрывающей соседние органы

1064

523. Во время кульдоскопии при осмотре яичников оценивается все перечисленное, исключая

- а) их размеры
- б) состояние поверхности
- в) выраженность сосудистой сети
- ☐ г) консистенцию
- д) цвет

1065

524. Эндоскопическая характеристика ретенционной кисты включает все перечисленное, кроме

- ☐ а) больших размеров
- б) небольших размеров
- в) прозрачной, тонкостенной капсулы
- г) голубоватого цвета
- д) сосудистого рисунка капсулы в виде петливидной сети

1066

525. Эндоскопическая характеристика параовариальной кисты включает все перечисленное, кроме

- а) расположения межсвязочно или у наружного полюса яичника
- б) различных размеров
- в) расположения яичника отдельно, сохранено его строение
- г) яичник всегда виден
- ☐ д) яичник не виден

1067

526. К эндоскопической характеристике эндометриoidной кисты яичника относится все перечисленное, исключая

- а) капсула плотная, гладкая
- б) капсула непрозрачная
- ☐ в) капсула прозрачная
- г) на капсуле кисты видны отложения гемосидерина
- д) на брюшине малого таза часто видны эндометриoidные "глазки"

1068

527. Эндоскопически дермоидная киста яичника характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) неравномерную желтовато-белесоватую окраску
- б) чаще имеет длинную, тонкую ножку
- в) плотную консистенцию
- г) расположение в переднем своде
- ☐ д) расположение в заднем своде

1069

528. Макроскопическая характеристика фибромы яичника включает все перечисленное, кроме

- ☐ а) опухоли неправильной формы
- б) опухоли округлой или овоидной формы
- в) скудной васкуляризации оболочки фибромы
- г) беловатой или бело-розовой окраски капсулы
- д) плотной консистенции опухоли

1070

529.Макроскопическая характеристика простой серозной кистомы включает все перечисленное, кроме

а)различной окраски от голубоватого до белесовато-серого цвета

б)тонкой капсулы

V в)плотной капсулы

г)выраженного сосудистого рисунка

д)отсутствия неизменной яичниковой ткани

1071

530.Макроскопически псевдомуцинозная кистама характеризуется всем перечисленным, кроме

а)опухоли неправильной формы

б)плотной, непрозрачной капсулы кистомы

б)многокамерного строения

V г)невыраженного сосудистого рисунка капсулы

д)на капсуле хорошо видны ветвящиеся, крупные сосуды

1072

531.Макроскопически рак яичников характеризуется всем перечисленным, кроме

а)бугристой опухоли

б)мягковатой консистенции опухоли

V в)плотной консистенции опухоли

г)на поверхности видны хрупкие, крошащиеся папиллярные разрастания в виде цветной капусты

д)разнообразных величины и формы опухоли

1073

532.При склерокистозных изменениях яичника макроскопически определяется все перечисленное, за исключением

а)увеличения яичников в размерах

б)яичники покрыты плотной капсулой

в)белого цвета капсулы

V г)видны кистозно атрезирующиеся фолликулы в виде голубоватых выпячиваний или мелких кист

д)отсутствия сосудистого рисунка

1074

533.Классификация клинических форм туберкулеза внутренних половых органов в зависимости от морфологических изменений включает все перечисленные формы, кроме

а)очаговой

б)инфильтративной

в)казеозной

г)рубцово-спаечной

V д)экссудативной

1075

534.Макроскопическая картина туберкулезного поражения брюшины включает все перечисленное, за исключением

а)множественных мелких бугорков по всей поверхности париетальной и висцеральной брюшины

б)наличия экссудатов в брюшной полости

в)наличия множественных спаек

г)маточные трубы с яичниками образуют большие воспалительные "опухоли"

V д)вздутия петель тонкого и толстого кишечника

1076

535. Экссудат при туберкулезном перитоните характеризуется всем перечисленным, за исключением

- а) желтоватого цвета
- б) зеленоватого цвета
- в) серозно-кровоянистого характера
- г) прозрачности
- ✓ д) мутности

1077

536. При первом типе поражения половых органов туберкулезом сначала инфицируется

- а) истмическая часть маточных труб
- ✓ б) ампулярный отдел маточных труб
- в) матка
- г) яичники
- д) тазовая брюшина

1078

537. В клинической картине туберкулезного эндометрита преобладает

- ✓ а) нарушение менструальной функции
- б) изменение общего состояния
- в) изменение гемограммы
- г) повышение температуры тела
- д) болезненность при пальпации живота

1079

538. Гистероскопическая картина эндометрия в фазе ранней пролиферации (до 7-го дня менструального цикла) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) эндометрий на всем протяжении тонкий и бледный
- б) на отдельных участках просвечивают мелкие кровоизлияния
- ✓ в) устья маточных труб видны не всегда
- г) видны единичные неотторгнувшиеся участки эндометрия
- д) хорошо видны устья маточных труб

1080

539. Гистероскопическая картина эндометрия в фазе пролиферации, начиная с 9-10-го дня менструального цикла, характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) эндометрий более сочен, бледно-розового цвета
- б) эндометрий утолщается, на отдельных участках видны утолщенные продольные или поперечные складки
- в) сосуды не видны
- г) устья маточных труб осмотреть можно
- ✓ д) эндометрий желтоватого цвета

1081

540. Для эндометрия в фазу секреции характерно все перечисленное, исключая

- а) более выраженное утолщение и складчатость
- б) складки приобретают форму полипов
- в) складки особенно выражены в верхней трети тела матки
- г) желтоватый цвет эндометрия
- ✓ д) цвет эндометрия приобретает красноватый оттенок

1082

541. Гистероскопическая картина эндометрия за 2-3 дня до менструации характеризуется всем перечисленным, за исключением

- а)цвет эндометрия приобретает красноватый оттенок
- б)отмечается резко выраженное утолщение и складчатость эндометрия
- в)видны участки отторжения темно-багрового цвета в виде сочных пластов, свободно свисающих в полость матки
- ✓ г)видны устья маточных труб
- д)устья маточных труб не видны

1083

542.Гистероскопическая картина эндометрия во время менструации характеризуется всем перечисленным, за исключением

- а)в полости матки, особенно в верхней трети, большое количество обрывков эндометрия от бледно-розового до темно-багрового
- б)в нижней и средней трети эндометрий тонкий
- в)цвет его в этой области бледно-розовый
- г)имеются мелкоточечные кровоизлияния и участки старых кровоизлияний
- ✓ д)хорошо видны устья маточных труб

1084

543.Гистероскопическая картина субмукозной миомы матки характеризуется всем перечисленным, кроме

- а)образование бледного или бледно-розового цвета
- б)контуры образования четкие
- в)на поверхности образования могут быть видны мелкоточечные или обширные кровоизлияния, сосуды отсутствуют
- г)форма образования не меняется в зависимости от изменения объема вводимой жидкости
- ✓ д)форма образования меняется в зависимости от вводимой жидкости

1085

544.Субмукозная миома матки отличается от полипа эндометрия

- а)цветом полипа
- б)четкими контурами
- в)деформацией полости матки
- ✓ г)при изменении объема вводимой жидкости узлы не меняют форму
- д)мелкоточечные или обширные кровоизлияния на поверхности узла, сосуды отсутствуют

1086

545.Для рака эндометрия характерная гистероскопическая картина включает все перечисленное, кроме

- а)наличия папилломатозных разрастаний серого цвета различной формы
- ✓ б)при изменении объема вводимой жидкости ткань не меняет свою форму
- в)при изменении объема вводимой жидкости ткань легко распадается
- г)легко кровоточит
- д)много участков кровоизлияний и некроза

1087

546.Атрофия эндометрия является нормальным состоянием у женщин

- а)не является
- б)только в молодом возрасте
- ✓ в)только в период менопаузы
- г)в любом возрасте
- д)в зависимости от дня цикла

1088

547. Атрофия эндометрия характеризуется всем перечисленным, за исключением

- а) слизистая тонкая, бледная
- б) иногда через эндометрий просвечивают варикозно-расширенные вены
- в) хорошо видны устья маточных труб
- г) устья маточных труб имеют округлую или щелевидную форму
- ✓ д) эндометрий имеет "вид мрамора"

1089

548. Основным эндоскопическим признаком, характерным для полипов эндометрия, является

- а) форма образования
- б) цвет образования
- ✓ в) изменчивость формы при изменении объема вводимой жидкости или газа в полость матки
- г) консистенция образования
- д) все перечисленное

1090

549. Оптимальный срок выполнения гистероскопии при аденомиозе

- а) 4-5-й день менструации
- б) начиная с 9-го дня менструации
- в) середина цикла
- г) перед менструацией
- ✓ д) менструация

1091

550. Гистероскопическая картина аденоматозных полипов включает все перечисленные признаки, за исключением

- а) локализуется ближе к устью маточной трубы
- б) небольших размеров
- в) выглядят тусклыми, серыми и рыхлыми
- ✓ г) больших размеров
- д) меняют свою форму в зависимости от изменения объема вводимой жидкости

1092

551. Гистероскопическая картина фиброзных полипов эндометрия включает все перечисленные признаки, кроме

- а) больших размеров
- б) бледного цвета
- в) расположения в дне матки ближе к устью маточной трубы
- г) небольших размеров
- ✓ д) на поверхности образования сосуды не видны

1093

552. Для железисто-кистозных полипов эндометрия характерный цвет

- а) бледно-розовый
- б) бледно-желтый
- в) серовато-розовый
- г) темно-багровый
- ✓ д) все перечисленное

1094

553. Гистероскопическая картина железисто-кистозного полипа эндометрия включает все перечисленное, за исключением

- а) больших размеров (до 6 см)

б) неправильной формы

✓ в) полушаровидной формы

г) цвет полипа бледно-розовый, бледно-желтый, серовато-розовый, с четким сосудистым рисунком в виде капиллярной сети

д) поверхность полипа гладкая, иногда над поверхностью выступают кистозные образования с тонкой стенкой и прозрачным содержимым

1095

554. Возможны все перечисленные формы гистологического строения полипов полости матки, за исключением

а) фиброзных

б) железисто-кистозных

в) железисто-фиброзных

г) аденоматозных

✓ д) папилломатозных

1096

555. Гистероскопическая картина гиперплазии эндометрия зависит от всех перечисленных факторов, за исключением

а) характера гиперплазии (обычная или полиповидная)

б) распространенности процесса (очаговая или диффузная)

в) наличия кровотечения

г) длительности кровотечения

✓ д) сопутствующей патологии (сахарный диабет)

1097

556. Гистероскопическая картина маточной беременности на малых сроках характеризуется всем перечисленным, кроме

а) слизистой сочная, бледно-розового цвета

б) на одном из участков видно утолщение ткани белесоватого цвета

в) при изменении степени наполнения вводимой жидкости можно обнаружить колебания ворсин хореона

г) при детальном осмотре выявляются оболочки плодного пузыря с сосудистым рисунком

✓ д) видны "глазки" темно-багрового цвета на фоне выраженного рельефа стенки матки

1098

557. Эндоскопическая картина полости коленного сустава выявляет

а) внутренний мениск в виде белого, гладкого хряща в виде полоски, идущей от края к центру

б) свободный край мениска находится внизу, а паракапсулярный край вверху

в) мениск имеет вид бледно-красного треугольника

✓ г) мениск в виде белесоватого овала

д) в центре поля зрения мениск соединяется с внутренней мышцей бедра

1099

558. Причинами остеохондропатии надколенника (болезнь Левина) могут являться все перечисленные, исключая

а) повторные мелкие травмы в области надколенника

б) нарушение биомеханики четырехглавой мышцы бедра

✓ в) искривление позвоночника

г) привычный вывих надколенника

д) подвывих надколенника

1100

559. Эндоскопическая картина при болезни Левина выявляет все перечисленное, кроме

- а) нарушения целостности суставного хряща
- V б) гемартроз
- в) шероховатой поверхности надколенника
- г) эрозии хряща надколенника
- д) язвы, поражающей весь хрящ

1101

560. Эндоскопическая картина паракапсулярного повреждения мениска включает все перечисленное, кроме

- а) нарушения целостности прикрепления мениска в капсуле
- V б) синовиальной оболочки в виде валика
- в) линия повреждения покрыта складкой синовиальной оболочки
- г) оболочка имеет вид треугольника бледно-красного цвета
- д) нижняя линия этого треугольника - линия прикрепления мениска

1102

561. Эндоскопическая картина хронического синовита включает все перечисленное, кроме

- а) образования карманов за счет пролиферации синовиальной оболочки
- б) складчатости синовиальной оболочки
- V в) отсутствия складчатости синовиальной оболочки
- г) наличия перемычки на синовиальной оболочке
- д) изменения цвета синовиальной оболочки

1103

562. Эндоскопическая картина ревматоидного артрита характеризуется всем перечисленным, исключая

- V а) синовиальная оболочка не изменена
- б) синовиальная оболочка гиперемирована
- в) синовиальная оболочка гипертрофически изменена
- г) наличие жидкости в полости коленного сустава
- д) фибрин в полости сустава

1104

563. Эндоскопическая картина ревматоидного артрита в хронической стадии характеризуется всем перечисленным, исключая

- а) мелкие капиллярные кровоизлияния в синовиальных складках
- V б) изменение формы суставного хряща
- в) наличие внутрисуставных фиброзных образований
- г) наличие эрозий на суставном хряще
- д) деструкции, доходящие до костной ткани

1105

564. Эндоскопическая картина деформирующего артроза коленного сустава включает все перечисленное, кроме

- а) наличия на синовиальной оболочке участков склерозированной ткани (белой)
- б) наличия внутри сустава жидкости с фибрином
- в) изменения формы суставных хрящей
- V г) форма суставных хрящей не изменена
- д) наличия язв на хрящевидной поверхности

1106

565. Клиника при рассекающем остеохондрозе (болезнь Кенига) включает все перечисленное, исключая

- а) молодой возраст (15-25 лет)
- V б) пожилой возраст

- в)боль в коленном суставе после физической нагрузки
- г)периодический отек коленного сустава
- д)периодическую блокаду коленного сустава (периодическую неподвижность коленного сустава)

6) ЛЕЧЕБНАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

1107

001.Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая

- а)безуспешность консервативной терапии
- б)наличие вокруг язвы фиброзного кольца
- в)наличие вокруг язвы нависающих краев
- V г)гигантские язвы (свыше 3 см)
- д)скопление в полости язвы продуктов распада

1108

002.Эндоскопическое лечение язвенной болезни наименее эффективно при локализации язвы

- V а)в кардии
- б)в теле желудка
- в)в антральном отделе
- г)в пилорическом канале
- д)в луковице 12-перстной кишки

1109

003.Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами

- V а)до 2.5 см, глубиной до 0.5 см
- б)до 1 см, глубиной до 1 см
- в)до 5 см, глубиной до 0.5 см
- г)до 0.5 см, глубиной до 0.2 см
- д)при любых размерах

1110

004.Противопоказаниями к местному лечению язв являются все перечисленные, кроме

- V а)длительно существующих язв
- б)тяжелого общего состояния больного
- в)нарушения свертываемости крови
- г)подозрения на малигнизацию язвы
- д)язвы, превышающие в диаметре 2.5 см и глубиной более 0.5 см

1111

005.Противопоказанием к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки является

- а)локализация за углом желудка
- V б)подозрение на малигнизацию
- в)глубина более 0.2 см
- г)длительно существующая язва
- д)перифокальное воспаление вокруг язвы

1112

006.Характер местного лечения зависит от всех перечисленных факторов, за исключением

- а)размеров язвы

V б)локализации язвы

в)характера краев язвы

г)характера дна язвы

д)изменений окружающей слизистой оболочки

1113

007.Задачи эндоскопического метода лечения язвенной болезни включают все перечисленное, за исключением

V а)способствовать заживлению язвы эпителизацией, а не рубцеванием

б)уточнения диагноза

в)отмены лекарственных препаратов, дающих нежелательные последствия

г)проведения лечения без отрыва от трудовой деятельности

д)сокращения сроков временной нетрудоспособности

1114

008.Основное назначение масляных аппликаций состоит

а)в очищении язвы от некротических масс

V б)в защите грануляций от повреждения желудочным соком

в)в профилактике кровотечений

г)в противовоспалительном действии

д)в дезинфицирующем действии

1115

009.Количество масла, необходимое для однократной аппликации составляет

V а)5-10 мл

б)0.5 мл

в)3-4 мл

г)20-25 мл

д)100 мл

1116

010.Наиболее ценным маслом при местном лечении язв является

а)масло шиповника

б)вазелиновое масло

в)персиковое масло

г)оливковое масло

V д)облепиховое масло

1117

011.К пленкообразующим средствам, используемым при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме

а)клея МК-6

б)клея МК-7

в)лифузолия

V г)феракрила

д)статизоля

1118

012.Наилучшим аппаратом для местного лечения язв луковицы 12-перстной кишки, осложненных рубцовой деформацией пилорoduodenальной зоны, является

а)Д-3

б)К-2

V в)Р-2

г)К

д)Q-10

1119

013. Методы местного лечения язвенной болезни включают все перечисленное, исключая

- а) удаление из язвы некротических масс и фибрина
- б) ликвидацию склерозированного фиброзного края
- ✓ в) введение сосудосуживающих препаратов в края язвы
- г) введение антибиотиков для подавления микрофлоры в периаульцерозной зоне
- д) местное введение лекарственных средств, стимулирующих регенерацию тканей

1120

014. К методам лечения язвенной болезни относятся все перечисленные, за исключением

- а) аппликации веществ, защищающих поверхность язвы от вредного воздействия окружающей среды
- ✓ б) промывания желудка с добавлением лекарственных препаратов
- в) блокады нервных окончаний
- г) блокады вагальных стволов на протяжении
- д) растяжения стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта

1121

015. Удаление некротических масс и фибрина из полости язвы возможно всеми перечисленными методами, за исключением

- а) промывания раствором гидрокарбоната натрия
- б) воздействия ферментами
- в) механического удаления щеткой
- г) механического удаления щипцами
- ✓ д) орошения язвы масляным раствором

1122

016. Объем жидкости, необходимый для промывания язвы, составляет

- а) 10 мл
- ✓ б) 30-50 мл
- в) 100 мл
- г) 500 мл
- д) до 1 л

1123

017. К методам, способствующим уменьшению перифокального воспаления, относятся все перечисленные, кроме местного введения

- а) антибиотиков
- б) кортикостероидов
- в) салицилатов
- г) антисептиков
- ✓ д) оксиферрискарбона

1124

018. Антибиотики при местном лечении язв

- ✓ а) вводятся в подслизистый слой из 2-3 точек
- б) вводятся в подслизистый слой из 1 точки
- в) наносятся на поверхность язвы
- г) применяются для промывания язвы
- д) вводятся в мышечный слой из 2-3 точек

1125

019. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антибиотики, кроме

- а) канамицина

V б)пенициллина

в)цепорина

г)метилциллина

д)мономицина

1126

020.Для местного лечения язв применяются все перечисленные антисептики, кроме

а)перекиси водорода

б)спирта

V в)2% раствора соды

г)колларгола

д)фурацилина

1127

021.Однократная доза гидрокортизона при местном эндоскопическом лечении язв желудка составляет

а)5% - 10 мл

б)3% - 5 мл

в)1% - 10 мл

V г)1% - 5 мл

д)0.1% - 2 мл

1128

022.К средствам, используемым для усиления регенерации при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме

а)сока каланхое

б)солкосерила

в)оксиферрискарбона

г)масла облепихи

V д)ферракрила

1129

023.Использовать солкосерил и оксиферрискарбон целесообразно

а)на начальном этапе для очищения язвы от некротических масс

б)при проявлении стенозирования просвета пищеварительного канала

в)при выраженном перифокальном воспалении

V г)при начальных признаках рубцевания

д)после образования рубца

1130

024.Противопоказанием к применению оксиферрискарбона при местном лечении язв является

V а)стенозирование просвета пищеварительного канала

б)длительное существование язвы

в)локализация язвы в 12-перстной кишке

г)диаметр язвы более 1 см

д)пожилой возраст

1131

025.Однократная доза солкосерила при местном лечении язв желудка и 12-перстной кишки составляет

а)1 мл

б)2 мл

в)3 мл

V г)4 мл

д)до 10 мл

1132

026.К причинам задержки рубцевания язвы относятся все перечисленные, кроме

а)больших размеров

б)нависающих краев

✓ в)выраженного воспаления вокруг язвы

г)фиброзных краев

д)продуктов распада в дне язвы

1133

027.К причинам задержки рубцевания язвы относятся все перечисленные, исключая

а)эрозивно-гнойное периульцерозное воспаление

✓ б)плоские края

в)наличие рубцовой ткани в дне язвы

г)отсутствие воспалительных явлений вокруг язвы

д)высокую кислотность желудочного сока

1134

028.Признаками наличия фиброзной ткани в крае язвы являются все перечисленные, исключая

а)белесоватые, плотные края язвы

б)затруднение введения иглы в край язвы

в)при введении лекарственных препаратов в край язвы инфильтрат не образуется

✓ г)при введении лекарственных препаратов в край язвы образуется локальный инфильтрат

д)при гистологическом исследовании выявляется разрастание соединительной ткани

1135

029.К задачам, которые необходимо решить при эндогастродуоденоскопии по поводу желудочно-кишечного кровотечения, относятся все перечисленные, исключая

а)есть или нет кровотечения на момент осмотра и его интенсивность

б)определить причину кровотечения

в)при остановившемся кровотечении определить, имеется ли угроза его рецидива

г)исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта

✓ д)определение объема возможной кровопотери

1136

030.Эндоскопический метод остановки кровотечения целесообразно применять при всех перечисленных случаях кровотечения, исключая

✓ а)рецидив кровотечения из хронической язвы желудка или 12-перстной кишки

б)язвенное кровотечение у больных с высоким риском хирургического вмешательства

в)кровотечение из острых язв и эрозий

г)кровотечение из доброкачественных или злокачественных опухолей в остром периоде

д)кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде

1137

031.Противопоказаниями к эндоскопическому способу остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме

а)агонального состояния больного

б)невозможности увидеть источник кровотечения (деформация, стеноз)

в)массивного поступления крови, заливающей источник кровотечения и смотровое окно эндоскопа

✓ г)кровотечения из злокачественной опухоли

д) рецидивного кровотечения из дна глубокой язвы 12-перстной кишки

1138

032. Для остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта применяются все перечисленные методы, исключая

а) коагуляцию источника кровотечения токами высокой частоты или лазерным излучением

б) введение склерозирующих и сосудосуживающих растворов

в) нанесение пленкообразующих веществ

У г) аппликацию масла облепихи или шиповника

д) локальное воздействие холодовыми агентами

1139

033. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из расширенных вен пищевода является

а) пероральный антисептический биологический тампон

б) эндоскопическая электрокоагуляция

в) нанесение клеевой пленки

У г) использование баллонного зонда типа Блекмора

д) лазерная фотокоагуляция

1140

034. Метод эндоскопического склерозирования флегбэктазий пищевода и кардиального отдела желудка был предложен

а) И.Т. Ватюниным в 1967 г

б) К.К. Вода в 1965 г

У в) Грэндфордом и Фрэнком в 1939 г

г) Хюнтом в 1969 г

д) Денком в 1971 г

1141

035. Склерозирующий раствор при кровотечениях из флегбэктазий пищевода вводится

а) в просвет варикозно расширенной вены в области разрыва

У б) в просвет варикозно расширенной вены на 2-3 см выше и ниже места разрыва

в) на поверхность слизистой в области разрыва

г) в толщу слизистой в области разрыва

д) в мышечный слой стенки пищевода в области разрыва

1142

036. Эндоскопическое исследование позволяет выявить источник кровотечения

а) в 100% случаев

У б) в 95% случаев

в) в 90% случаев

г) в 85% случаев

д) в 80% случаев

1143

037. Эндоскопическими признаками кровотечения при мезентериальном тромбозе являются все перечисленные, исключая

а) сгустков крови в желудке нет

б) кровь в желудке имеет вид мясных помоев

в) дефектов на слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки не обнаруживается

У г) на слизистой оболочке 12-перстной кишки острые эрозии

д) после отсасывания крови из 12-перстной кишки отмечается вновь ее поступление из дистальных отделов

1144

038.Основными противопоказаниями к применению диатермокоагуляции являются

- а)артериальное кровотечение
- б)невозможность четко осмотреть источник кровотечения
- в)наличие большого свисающего тромба, прикрывающего источник кровотечения
- г)кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

V д)правильно б) и г)

1145

039.Предпочтение диатермокоагуляции хирургическому методу лечения отдается

- а)при синдроме Мэллори - Вейса
- б)при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода - в остром периоде
- в)при кровотечении из полипов желудка

V г)при массивном артериальном кровотечении из дуоденальной язвы

д)при кровотечении из острых язв или эрозий желудка

1146

040.Методические особенности эндогастродуоденоскопии (ЭГДС) при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленное, исключая

- а)минимальная инсульфияция воздуха
- б)использование для смыва катетера
- в)использование шприцевого смыва

V г)отмывание тромба через катетер ледяной водой

д)эндоскоп дистальнее обнаруженного тромба над варикозным узлом - не проводится

1147

041.Обязательными этапами подготовки больного с кровотечением к лечебно-диагностической эндоскопии являются все перечисленные, кроме

- а)катетеризации центральной вены
- б)определения группы крови и резус-фактора
- в)промывания желудка, перфузии ледяной водой
- г)премедикации и местной анестезии глотки

V д)рентгеноскопии желудка

1148

042.Осложнением склеротерапии при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода является

- а)острый эзофагит
- б)кардиоспазм

в)перфорация пищевода

V г)некроз терминального отдела пищевода

д)усиление кровотечения из варикозно расширенных вен

1149

043.Вероятность развития перфорации полого органа при электрокоагуляции зависит от всего перечисленного, исключая

V а)характер источника кровотечения

б)локализацию источника кровотечения

в)способ диатермокоагуляции (моно- или биактивной)

г)мощность электрокоагулятора

д)продолжительность воздействия

1150

044.Профилактические меры против попадания пленкообразующих веществ на оптические стекла и канал эндоскопа предусматривают все перечисленные, за исключением

- а)катетер должен выступать из канала эндоскопа на 3-5 см
- V б)катетер должен выступать из канала эндоскопа на 1-2 см
- в)промывание катетера спиртом, не вынимая из канала эндоскопа
- г)катетер извлекают вместе с эндоскопом, промывают, очищают и только затем извлекают из канала
- д)каналы эндоскопа промывают спиртом

1151

045.Моноактивный способ электрокоагуляции целесообразен

- а)при разрыве слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода
- б)при кровотечении из острой язвы желудка
- в)при кровотечении из эрозии желудка
- V г)при массивном кровотечении из язвы или опухоли желудка
- д)при коагуляции тромбированного сосуда при остановившемся кровотечении

1152

046.Биактивный метод коагуляции показан при всех перечисленных причинах кровотечения, кроме

- а)кровотечения из разрыва слизистой кардиального отдела желудка
- б)кровотечения из острых язв
- в)кровотечения из эрозий
- г)кровотечения из глубоких разрывов слизистой оболочки пищеварительно-желудочного перехода
- V д)кровотечения при бластоматозном поражении желудка

1153

047.Методика диатермокоагуляции включает все перечисленное, кроме

- а)предварительного удаления крови и сгустков
- б)коагуляции ткани, расположенной рядом с кровоточащим сосудом
- V в)непосредственной коагуляции сосуда
- г)диатермокоагуляция выполняется серией коротких включений тока высокой частоты
- д)сочетанного обдувания струей воздуха и промывания источника кровотечения

1154

048.Глубина распространения коагуляционного некроза при электрокоагуляции области источника зависит от всего перечисленного, кроме

- а)способа диатермокоагуляции (моноактивный, биактивный)
- V б)площади коагуляционного некроза
- в)локализации источника кровотечения
- г)продолжительности воздействия
- д)степени давления электрода на слизистую

1155

049.Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет

- а)1 с
- V б)2-3 с
- в)5-6 с
- г)7-8 с
- д)10 с

1156

050. Впервые попытку остановки желудочно-кишечного кровотечения через эндоскоп путем термического воздействия предпринял

а) Блаквуд и соавт. в 1971 г

✓ б) Юмане и соавт. в 1970 г

в) Витт и Юбл в 1971 г

г) Пари в 1974 г

д) Демлинг в 1973 г

1157

051. При эндогастродуоденоскопии по поводу желудочного кровотечения выявлено: кровотечение в настоящий момент отсутствует, его источник покрыт большим свисающим тромбом. В этом случае целесообразно

а) динамическое наблюдение

✓ б) диатермокоагуляция источника кровотечения

в) прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой

г) нанесение пленкообразующего препарата

д) дальнейшее лечение не требуется

1158

052. Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая

а) диатермокоагуляцию или лазерную коагуляцию

в) прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой

в) нанесение аэрозольных пленкообразующих препаратов

г) орошение холодowymi агентами

✓ д) наложение клипс

1159

053. К эндоскопическим признакам устойчивого гемостаза относятся все перечисленные, кроме

а) отсутствия свежей крови в желудке и 12-перстной кишке

б) наличия плотно фиксированного тромба

в) отсутствия видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения

✓ г) четко видимого тромбированного сосуда на дне язвы

д) тромба на дне язвы, имеющего белесоватый цвет

1160

054. Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является

а) введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа

б) нанесение пленкообразующих веществ

в) электрокоагуляция

✓ г) электроэксцизия

д) местное охлаждение хлорэтилом

1161

055. Оптимальным методом остановки кровотечения из распадающихся опухолей желудка является

а) промывание желудка ледяной водой

б) местное введение сосудосуживающих препаратов

в) нанесение пленкообразующих веществ

г) местное охлаждение хлорэтилом

✓ д) электрокоагуляция

1162

056. Для усиления гемостаза при промывании желудка при желудочно-кишечном кровотечении может применяться все перечисленное, за исключением

V а) ферракрила

б) ляписа

в) колларгола

г) танина

д) тромбина

1163

057. Для склерозирования флебэктазий пищевода используются все перечисленные препараты, кроме

V а) гентопласта

б) варикоцида

в) вистарина

г) дондрена

д) этоксисклерола

1164

058. Длительность промывания желудка водой не должна превышать

а) 10-20 мин

V б) 20-30 мин

в) 30-40 мин

г) 40-50 мин

д) 50-60 мин

1165

059. При нанесении медицинского клея пленка обычно сохраняется в течение

а) 1-2 ч

б) 6-8 ч

V в) 12-24 ч

г) 3 суток

д) 10 суток

1166

060. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является

а) обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами

б) аппликация пленкообразующих полимеров

V в) эндоскопическая диатермокоагуляция

г) криовоздействие

д) орошение гемостатическими препаратами

1167

061. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через

а) 12-24 ч

V б) 5-7 дней

в) 10 дней

г) 1 месяц

д) 2 месяца

1168

062. Операционный гастроскоп был создан

а) Гейлером в 1941 г

б) Хеннингом в 1939 г

в) Шиндлером в 1932 г

V г)Бенедиктом в 1948 г

д)Уи в 1950 г

1169

063.Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме

а)всех случаев проглатывания остроконечных предметов

б)застревания инородных тел в области физиологических сужений пищевода

в)инородных тел более 1.5-2 см

V г)инородных тел округлой формы диаметром 1-1.5 см

д)отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции

1170

064.Абсолютными показателями к удалению инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, исключая

а)инородное тело, внедрившееся в стенку органа

б)инородное тело, вызвавшее непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта

V в)инородные тела желудка диаметром 1-1.5 см

г)инородные тела "слепого мешка", приведшие к развитию механической желтухи

д)инородные тела "слепого мешка", осложнившиеся холангитом

1171

065.Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением

а)при инородных телах с острыми концами и гранями

V б)при инородных телах желудка диаметром более 2 см

в)если инородное тело застряло в области физиологического сужения пищевода

г)если инородное тело вклинилось в привратник

д)при застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза

1172

066.Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является

а)общее тяжелое состояние больного

б)психологическое возбуждение

V в)наличие признаков перфорации полого органа

г)нахождение инородного тела в 12-перстной кишке

д)инородное тело больше 2 см в диаметре

1173

067.Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела включают все перечисленное, исключая

а)общее тяжелое состояние больного

б)резкие боли

в)высокую температуру

г)кровотечение

V д)явления непроходимости

1174

068.Этапы подготовки больного к удалению инородных тел включают все перечисленное, кроме

а)рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта

V б)рентгенографического исследования с барием

в)премедикации

г)психопрофилактики (беседа с больным)

д)местной анестезии зева

1175

069.Инородные тела пищевода чаще выявляются

V а)на уровне входа в пищевод

б)в средней трети пищевода

в)на уровне пищеварительного отверстия диафрагмы

г)в абдоминальном отделе пищевода

д)в области кардио-эзофагеального перехода

1176

070.К случайным относятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме

а)пуговиц

б)монет

в)фруктовых косточек

V г)безоаров желудка

д)зубных протезов

1177

071.Безоары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме

а)перфорации стенки желудка

V б)развития стеноза привратника

в)пилородуоденальной или кишечной непроходимости

г)желудочно-кишечного кровотечения

д)механической желтухи

1178

072.Ко вторичным симптомам инородного тела пищевода относятся все перечисленные, исключая

а)резкое усиление боли

б)распространение боли ниже того места, где они были ранее

в)отечность наружных покровов шеи и мягких тканей возле перстневидного хряща

г)резкое повышение температуры, озноб

V д)усиление саливации

1179

073.Клинические проявления при инородных телах зависят от всех перечисленных факторов, исключая

а)характер предмета

б)локализацию инородного тела

в)глубину внедрения в стенку органа

г)психическое состояние больного

V д)наличие сопутствующих заболеваний

1180

074.Наиболее частой причиной локализации инородных тел в нижней трети пищевода является

а)наличие физиологических сужений

б)опухолевое поражение стенки пищевода

V в)структура пищевода

г)хронический эзофагит

д)дивертикул пищевода

1181

075.Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является

а)дисфагия

б)боль

✓ в)нарушение проходимости пищи

г)усиление саливации

д)осиплость голоса

1182

076.Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является

а)дисфагия

✓ б)боль

в)нарушение проходимости пищи

г)усиление саливации

д)осиплость голоса

1183

077.Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять

а)через 2-3 ч

б)через 4-5 ч

✓ в)через 6-8 ч

г)через 10-12 ч

д)через 24 ч

1184

078.Из проглоченных волос образуются

а)фитобезоары

✓ б)трихобезоары

в)себобезоары

г)шеллакобезоары

д)пиксобезоары

1185

079.Из переваренного жира образуются

а)фитобезоары

б)трихобезоары

✓ в)себобезоары

г)шеллакобезоары

д)пиксобезоары

1186

080.У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано

✓ а)хирургическое лечение

б)консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим

в)эндоскопическое лечение

г)консервативное лечение

д)динамическое наблюдение

1187

081.Наиболее трудной для эндоскопического лечения является локализация сужения

✓ а)в устье пищевода

б)в шейном отделе

- в) в грудном отделе
- г) в области кардиоэзофагеального перехода
- д) в абдоминальном отделе

1188

082. Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах

- У а) крепкими растворами кислот
- б) крепкими растворами щелочей
- в) солями тяжелых металлов
- г) термических поражениях
- д) лучевых поражениях

1189

083. Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании

- а) полыми бужами по металлической струне-направителю
- б) через рот вслепую
- У в) за "нитку"
- г) по "нитке"
- д) под контролем эзофагоскопа

1190

084. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются

- У а) гладкие, блестящие рубцы
- б) неровные, тусклые рубцы
- в) инфильтрация слизистой оболочки
- г) эластичность при инструментальной пальпации
- д) выраженная контактная кровоточивость

1191

085. Показаниями к удалению потерянных дренажей служат все перечисленные, за исключением

- а) обтурации их просвета
- б) появления желтухи
- в) признаков холангита
- У г) признаков острого холецистита
- д) неотхождения в положенный срок

1192

086. Эндоскопическими признаками лигатурного свища являются все перечисленные, кроме

- а) наличия лигатуры
- б) дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг
- в) гипергрануляций
- г) фиброзно-гнойных наложений
- У д) ложных дивертикулов в области анастомоза

1193

087. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является

- У а) бужирование вслепую
- б) бужирование по струне
- в) нормированное бужирование по струне
- г) баллонная пневмо- и гидродилатация
- д) рассечение стриктуры электроножом

1194

088. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода является

- а) первые 3-5 часов после ожога
 - б) первые сутки после ожога
 - в) первые трое суток после ожога
 - ✓ г) 7-10-е сутки после ожога
 - д) в течение месяца после ожога
- 1195

089. Миграция лигатур может быть причиной всех перечисленных осложнений, кроме

- ✓ а) перитонита
 - б) пептической язвы анастомоза
 - в) хронического рецидивирующего панкреатита
 - г) рубцовой стриктуры анастомоза
 - д) кровотечения в просвет культи желудка
- 1196

090. Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием во всех перечисленных случаях, за исключением

- а) у детей
 - б) у больных психическими заболеваниями
 - в) в случае крупного предмета
 - г) если при повторных попытках не удастся провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений
 - ✓ д) при инородных телах с острыми концами и гранями
- 1197

091. При удалении инородных тел могут быть использованы все перечисленные инструменты, кроме

- а) щипцов с зазубренными чашечками
 - ✓ б) эндоскопических ножниц
 - в) различных петель
 - г) корзинок
 - д) захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы"
- 1198

092. Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются

- а) металлической петлей
 - б) трехзубым грейфером
 - в) корзинкой
 - ✓ г) биопсионными щипцами
 - д) захватывающим устройством типа "пеликан"
- 1199

093. Наиболее безопасным способом при рубцовых сужениях пищевода является бужирование

- ✓ а) по металлической струне-направителю полыми бужами
 - б) через рот вслепую
 - в) по "нитке"
 - г) за "нитку"
 - д) под контролем эзофагоскопа
- 1200

094. Способ бужирования рубцовых сужений пищевода по металлической струне-направителю предложен

- ✓ а) Э.Н. Ванцяном и Р.А. Тощаковым в 1965 г
- б) В.П. Башиловым в 1973 г

- в)Чангом в 1976 г
- г)Гаккером в 1970 г
- д)Пламмером в 1972 г

1201

095.Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает

- V а)рассечение рубцовой ткани электроножом
- б)баллонную пневмодилатацию
- в)бужирование по струне
- г)оперативное лечение
- д)баллонную гидродилатацию

1202

096.Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно

- V а)при полной облитерации пищевода
- б)при мембранозных стриктурах
- в)при фибринозном эзофагите
- г)при циркулярных стриктурах
- д)при трубчатых стриктурах

1203

097.Эндоскопическая электроэксцизия рубцовой ткани в области стриктур пищевода проводится с помощью

- а)игольчатого электрода
- б)металлической петли
- в)эндоскопических ножниц
- V г)электроножа
- д)специальных щипцов

1204

098.Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечисленное, за исключением

- а)извлечения инородных тел из области сужения
- V б)бужирования концом эндоскопа
- в)бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа
- г)установления струны-направителя под контролем эндоскопа
- д)эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани

1205

099.Профилактическая дилатация пищевода после ожога показана через

- а)3 дня
- б)1 неделю
- V в)2 недели
- г)2 месяца
- д)6 месяцев

1206

100.Оптимальное давление при баллонной гидродилатации

- а)0.5 атмосферы

- б)1.5 атмосферы
- в)2 атмосферы
- г)3 атмосферы
- ✓ д)5 атмосфер

1207

101.Показаниями к перерыву в бужировании являются

- а)разрывы слизистой оболочки
- б)боль при бужировании
- в)небольшая кровоточивость
- г)развитие фибринозного эзофагита
- ✓ д)эзофагоспазм во время бужирования

1208

102.Срок эпителизации рубцовых стриктур при бужировании составляет

- а)2 недели
- б)1 месяц
- ✓ в)2-3 месяца
- г)5 месяцев
- д)1 год

1209

103.Впервые удаление полипов через эндоскоп осуществил

- а)Демлинг
- ✓ б)Тсунеока и Ишида
- в)Брандт
- г)Реш
- д)Эльстер

1210

104.Механическое отсечение полипа может быть применено

- ✓ а)при полипах, имеющих четко сформированную ножку толщиной не более 4-5 мм
- б)при подслизистых опухолях, не связанных с мышечным слоем стенки органа
- в)при полипах полушаровидной формы на широком основании
- г)при подслизистых опухолях, частично связанных с мышечным слоем стенки органа
- д)при бляшковидном раке желудка

1211

105.Эндоскопическая полипэктомия может считаться радикальным методом лечения

- ✓ а)при интраэпителиальном раке в полипе
- б)при инвазивном раке в полипе без поражения анатомической ножки опухоли
- в)при инвазивном раке в полипе с поражением анатомической ножки
- г)при бляшковидном раке типа Па
- д)при множественных малигнизированных полипах с интраэпителиальной локализацией процесса

1212

106.Электрокоагуляцию или лазерную коагуляцию целесообразно применять

- а)при крупных полипах на широком основании

- б)при крупных полипах на ножке
- в)при подслизистых опухолях желудка
- V г)при небольших плоских полипах
- д)при бляшковидном раке желудка типа IIa

1213

107.Динамическое наблюдение возможно при всех перечисленных состояниях, за исключением

- а)множественных мелких полипов (3-6 мм)
- б)небольших малоподвижных подслизистых опухолей без клинических проявлений
- в)множественных полипов без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста
- V г)больших полипов с диаметром основания более 2 см
- д)тотального полипоза без выраженных клинических проявлений

1214

108.Перед полипэктомией необходимо применить все перечисленные методы обследования, исключая

- а)определение группы крови и резус-фактора
- б)изучение основных показателей свертывающей системы
- в)определение кислотности
- г)ЭКГ
- V д)колоноскопию

1215

109.Медикаментозная подготовка больных к эндоскопической полипэктомии включает все перечисленные, за исключением

- V а)введения сердечных гликозидов
- б)внутримышечно за 20 мин до исследования 1.0 - 2% промедола
- в)внутримышечно за 20 мин до исследования 1% 1.0 атропина
- г)за 5 мин 2 таблетки аэрона под язык
- д)внутримышечно 2.0 седуксена больным с лабильной психикой

1216

110.Результаты биопсии и гистологического исследования всего полипа совпадают

- а)в 100%
- б)в 80-90%
- V в)в 50-70%
- г)в 30-40%
- д)в 10-20%

1217

111.Впервые эндоскопическую инъекционную методику разрушения полиповидных образований желудка предложил

- а)Тсунеока и Ишида в 1971 г
- б)Классен в 1970 г
- в)Сейфен, Эльстер в 1972 г
- V г)Каваи, Отани в 1975 г
- д)В.М.Буянов в 1974 г

1218

112. При наличии достаточно длинной ножки полипа диатермическую петлю целесообразно наложить на уровне

а) слизистой оболочки желудка

б) головки полипа

в) 3-4 мм от слизистой оболочки желудка

г) 3-5 мм от головки полипа

д) 1-2 мм от слизистой оболочки желудка

1219

113. Абсолютными показаниями для проведения полипэктомии через эндоскоп являются все перечисленные, кроме

а) полипов, подозрительных на малигнизацию

б) изъязвленных полипов осложнившихся кровотечением

в) множественных полипов или тотального полипоза без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста

г) одиночных и множественных полипов с выраженной клинической картиной болезни

д) одиночных и множественных растущих бессимптомных полипов

1220

114. Лечебная полипэктомия показана во всех перечисленных случаях, кроме

а) одиночных полипов желудка

в) полипов желудка (более 8 опухолей) у больных с высокой степенью риска хирургической операции

б) одиночных или множественных малигнизированных полипов желудка с инвазивным ростом и переходом злокачественного процесса на стенку желудка

г) одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного процесса

д) одиночных или множественных малигнизированных полипов желудка с инвазивным ростом без перехода злокачественного процесса на стенку желудка при крайне высоком операционном риске или отказе больного от операции

1221

115. Относительными противопоказаниями к удалению полипов из желудка являются все перечисленные, кроме

в) а) кровотечения из полипа

б) нарушения свертывающей системы крови

в) полипов, основание которых превышает 2.5 см

г) общего тяжелого состояния больного

д) множественных мелких полипов 1-го типа

1222

116. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению полипов и подслизистых опухолей являются все перечисленные, за исключением

а) нарушений свертывающей системы крови

б) полипов на широком основании (более 2 см)

в) изъязвленных полипов, осложнившихся кровотечением

г) крупных подслизистых опухолей диаметром более 2-3 см

д)подслизистых опухолей, связанных с мышечным слоем стенки органа

1223

117.Противопоказанием для лечебной полипэктомии являются

V а)малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на стенку желудка

б)одиночные полипы I-II типа

в)множественные полипы II-IV типа

г)изъязвленные полипы осложнившиеся кровотечением

д)одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы

1224

118.Противопоказанием для диагностической полипэктомии являются

а)множественные полипы

б)одиночные растущие полипы

в)плоские полипы бляшковидной формы

г)изъязвленные полипы

V д)малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли

1225

119.Щипковая или петлевая биопсия предпочтительнее диагностической полипэктомии при наличии

а)изъязвленного полипа на ножке

V б)крупного полипа на широком основании (более 2 см)

в)множественных мелких полипов (более 8)

г)растущих бессимптомных полипов при ширине ножки 4-5 мм

д)одиночных крупных полипов на ножке с локализацией в антральном отделе желудка

1226

120.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. В этом случае наиболее целесообразны

а)хирургическое лечение в плановом порядке

V б)лечебная эндоскопическая полипэктомия

в)динамическое наблюдение

г)экстренное хирургическое вмешательство

д)на первом этапе эндоскопическая полипэктомия (паллиативная), после чего - хирургическое лечение

1227

121.Показаниями для эндоскопического удаления подслизистых опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, за исключением

а)опухолей II типа диаметром не более 2 см

б)опухолей IV типа диаметром не более 3 см, при ширине ложной ножки не более 2 см

в)небольших подслизистых опухолей с клиническими проявлениями

г)опухолей III типа не более 2 см

V д)небольших подслизистых опухолей I типа без клинических проявлений

1228

122. Лечебная тактика при малигнизированных полипах желудка с инвазивным ростом опухоли, но без поражения ножки полипа включает

- V а) эндоскопическую полипэктомию, затем - традиционную операцию
- б) эндоскопическую полипэктомию
- в) только хирургическое лечение
- г) симптоматическое лечение
- д) лучевую терапию

1229

123. У больного выявлен полипоз желудка с локализацией опухолей в различных отделах желудка. Оптимальная тактика предусматривает

- а) эндоскопическую полипэктомию
- б) хирургическое лечение
- в) динамическое наблюдение
- V г) комбинированное (эндоскопическое и хирургическое) лечение
- д) симптоматическое лечение

1230

124. Основным инструментом при электроэксцизии полипа является

- а) металлическая петля
- б) диатермические щипцы
- V в) диатермическая петля
- г) электронож
- д) электроножницы

1231

125. Основной целью создания новокаин-адреналиновой подушки под основанием полипа перед его удалением является

- а) анестезия
- б) профилактика перфорации желудка
- в) ускорение заживления дефекта слизистой
- V г) уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа
- д) профилактика ожога окружающей слизистой при электрокоагуляции

1232

126. Хирургическое вмешательство показано при всех перечисленных формах, за исключением

- V а) одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста
- б) множественных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста
- в) одиночных малигнизированных полипов с инвазивным ростом
- г) множественных малигнизированных полипов с инвазивным ростом
- д) больших полипов с шириной основания более 3 см

1233

127. К осложнениям эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленные, за исключением

- а) кровотечения из области пересеченной ножки или ложа полипа
- б) перфорации полого органа
- в) отрыва дистальной части петли во время полипэктомии
- г) позднего кровотечения из коагуляционной язвы
- ✓ д) возникновения очагов коагуляционного некроза

1234

128. Если кровотечение после полипэктомии не останавливается самостоятельно, то во время эзофагогастродуоденоскопии чаще применяется

- а) промывание желудка ледяной водой
- ✓ б) инъекции гемостатических и сосудосуживающих препаратов через эндоскоп и диатермокоагуляция через эндоскоп
- в) трансабдоминальное вмешательство
- г) нанесение на дефект слизистой пленкообразующих препаратов
- д) правильно а) и в)

1235

129. В момент электроэксцизии полипа на ножке с помощью диатермической петли головка полипа касалась слизистой желудка. В этом случае возможным осложнением может быть

- а) электротравма врача-эндоскописта
- ✓ б) ожог слизистой
- в) повреждение аппарата
- г) ослабление коагуляционного действия тока, кровотечение
- д) образование зоны коагуляционного некроза в области основания полипа

1236

130. В случае выскальзывания подслизистой опухоли (II тип) в сторону мышечного слоя при затягивании петли целесообразно

- а) подтянуть опухоль захватывающим устройством
- ✓ б) надсечь слизистую оболочку над опухолью с помощью электроножа и частично ее вылущить
- в) создать лекарственный инфильтрат над опухолью
- г) предварительно скоагулировать слизистую оболочку над опухолью
- д) применить метод электрокоагуляции

1237

131. Применяются все следующие виды эндоскопического удаления полипов, кроме

- а) механического срезания полипов
- б) электроэксцизии
- в) электрокоагуляции
- г) лазерной коагуляции
- ✓ д) эндоскопической инъекции в ткань опухоли растворов уксусной кислоты и этанола

1238

132. Техника электроэксцизии полипа включает все перечисленное, за исключением

- а) затягивания петли на расстоянии 3-5 см от уровня слизистой оболочки желудка

- V б)затягивания петли на уровне слизистой оболочки желудка
- в)попеременного использования режимов резанья и коагуляции
- г)предпочтительного использования режима коагуляции при приближении к центру ножки
- д)затягивания петли мягко без чрезмерного усилия

1239

133.Технические особенности удаления опухолей II типа включают все перечисленное, исключая

- а)надсечение слизистой оболочки над опухолью с помощью электроножа
- V б)создание новокаинового депо под опухолью
- в)частичное вылушивание опухоли
- г)наложение петли на вылушенную опухоль
- д)использование захватывающего устройства для подтягивания опухоли

1240

134.К техническим ошибкам при выполнении эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленное, кроме

- а)головка полипа касается слизистой
- б)полипэктомическая петля не затянута
- V в)затягивание петли на ножке полипа до появления его цианотической окраски
- г)вмешательство выполняется при наличии вокруг полипа жидкости
- д)диатермическая петля втянута в инструментальный канал эндоскопа

1241

135.К способам извлечения отсеченных полипов относятся все перечисленные, за исключением

- а)присасывания опухоли к инструментальному каналу эндоскопа и извлечения его вместе с аппаратом
- V б)промывания желудка
- в)с помощью биопсионных щипцов
- г)с помощью полипэктомической петли
- д)с помощью полиэтиленовой трубки, проведенной через инструментальный канал эндоскопа, создавая в ней разрежение

1242

136.Отсеченный полип может быть извлечен с помощью всего перечисленного, за исключением

- а)биопсионных щипцов
- б)полипэктомической петли
- в)трехзубого грейфера
- V г)эндоскопических ножниц
- д)корзинки Дормиа

1243

137.Если затягивание петли при плоских полипах (I-II типа) затруднено, то возможно использовать все следующие манипуляции, кроме

- а)присасывания полипа к инструментальному каналу
- б)подтягивания полипа захватывающим устройством

- в)"приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты
V г) поэтапного удаления полипа
д) новокаиновой инфильтрации подлежащих тканей

1244

138. Стандартными сроками контрольного динамического осмотра после полипэктомии из желудка установлены все перечисленные, кроме
а) через 1 неделю
б) через 2 недели
V в) через 3 месяца
г) через 6 месяцев
д) 1 раз в год в течение 5 лет

1245

139. Различают все перечисленные морфологические виды полипов желудка, кроме
а) гиперпластических полипов
б) аденоматозных полипов
в) ювенильных полипов
г) гемартом
V д) эндометриоидных полипов

1246

140. Показаниями к лечебной бронхоскопии являются все перечисленные, кроме
V а) диффузного двустороннего бронхита I степени интенсивности воспаления
б) диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления
в) диффузного двустороннего бронхита III степени интенсивности воспаления
г) осложненной кисты легкого
д) недренирующегося абсцесса легкого

1247

141. К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме
а) ухудшение состояния больного
V б) подъем температуры после санации и кровохарканье
в) бронхоспазм
г) реакция на санирующий раствор
д) правильно б) и в)

1248

142. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять
а) жесткую бронхоскопию под наркозом
б) бронхофиброскопию под наркозом
в) бронхофиброскопию под местной анестезией
V г) бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами
д) сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом

1249

143. Больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, следует санировать

- V а)ежедневно
б)через день
в)через 2 дня
г)через 3 дня
д)через 6 дней

1250

144.Лечебные бронхоскопии при хроническом абсцессе легкого следует выполнять

- V а)через день
б)через 2 дня
в)через 3 дня
г)через 4 дня
д)1 раз в неделю

1251

145.Лечебные бронхоскопии при бронхите II степени воспаления следует выполнять

- V а)через день
б)через 2 дня
в)через 3 дня
г)через 4 дня
д)1 раз в неделю

1252

146.При бронхоэктазах в стадии обострения бронхоскопию следует выполнять

- V а)через день
б)через 2 дня
в)через 3 дня
г)через 4 дня
д)1 раз в неделю

1253

147.При бронхите III степени воспаления следует выполнять лечебные бронхоскопии

- V а)через день
б)через 2 дня
в)через 3 дня
г)через 4 дня
д)через 5 дней

1254

148.При бронхите II степени воспаления следует провести на курс

- а)2-3 бронхоскопии
б)4-6 бронхоскопии
V в)7-8 бронхоскопии
г)9-10 бронхоскопии
д)11-12 бронхоскопии

1255

149.При бронхите II степени воспаления на курс следует провести

- а)2-3 бронхоскопии

- V б)4-6 бронхоскопий
- в)7-8 бронхоскопий
- г)9-10 бронхоскопий
- д)11-12 бронхоскопий

1256

150. При бронхите II степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий
- а) через 1-2 мес
 - б) через 2-3 мес
 - V в) через 3-4 мес
 - г) через 4-5 мес
 - д) через 5-6 мес

1257

151. При бронхите III степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий
- а) через 1-2 мес
 - V б) через 2-3 мес
 - в) через 3-4 мес
 - г) через 4-5 мес
 - д) через 5-6 мес

1258

152. Для лечебных бронхоскопий используется
- а) 3 группы веществ
 - б) 4 группы веществ
 - V в) 5 групп веществ
 - г) 6 групп веществ
 - д) 7 групп веществ

1259

153. Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести
- а) 10 мл раствора
 - V б) 20 мл раствора
 - в) 30 мл раствора
 - г) 40 мл раствора
 - д) 50 мл раствора

1260

154. Наиболее эффективным для санационных бронхоскопий является
- а) риванол
 - б) фурациллин
 - в) диоксидин
 - V г) фурагина калиевая соль
 - д) димексид

1261

155. На 1 санацию расходуется максимально

- а) 60 мл раствора
- б) 80 мл раствора
- в) 100 мл раствора
- г) 120 мл раствора
- ✓ д) 150 мл раствора

1262

156. Антибиотики группы тетрациклинов не следует применять при бронхоскопии, т.к. они вызывают

- а) ларингоспазм
- ✓ б) бронхоспазм
- в) кашлевой рефлекс
- г) отек слизистой
- д) аллергическую реакцию

1263

157. При хроническом абсцессе легкого следует провести на курс

- а) 1-2 санации
- б) 3-4 санации
- в) 5-6 санаций
- ✓ г) 7-8 санаций
- д) 9-10 санаций

1264

158. При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться

- а) к снижению температуры
- б) к полной облитерации полости кисты
- ✓ в) к образованию сухой полости
- г) к уменьшению количества гнойного отделяемого
- д) к уменьшению размеров полости кисты

1265

159. При эндоскопическом лечении хронического абсцесса легкого следует стремиться

- а) к образованию острого абсцесса
- б) к полной облитерации полости абсцесса
- в) к уменьшению количества гнойного отделяемого
- г) к снижению температуры
- ✓ д) к образованию сухой полости

1266

160. Показанием к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп является

- ✓ а) опухоль на ножке до 2 см в диаметре
- б) опухоль на широком основании до 2 см в диаметре
- в) ножка не видна, опухоль до 3 см в диаметре
- г) кровоточащая опухоль 3 см в диаметре
- д) опухоль полностью obturiрует в просвет бронха

1267

161.Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением

а)роста по типу айсберга

✓ б)опухоли на тонкой ножке или с широким основанием

в)гистологической картины, подозрительной на озлокачествление

г)кровооточащей опухоли

1268

162.Удаление доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп оптимально выполнить

а)под местной анестезией через бронхофиброскоп

✓ б)под наркозом через бронхофиброскоп

в)под местной анестезией через жесткий бронхоскоп

г)под наркозом через жесткий бронхоскоп

д)под внутривенным обезболиванием через гибкий эндоскоп

1269

163.Инородное тело из бронха впервые удалил

а)Куссмауль в 1868 г

б)Микулич в 1888 г

✓ в)Киллиан в 1897 г

г)Брюнингс в 1926 г

д)Фридель в 1956 г

1270

164.Клиническая картина при инородных телах трахеи включает

а)боли в грудной клетке

✓ б)приступообразный кашель

в)постоянный кашель

г)кашель с мокротой

д)высокую температуру

1271

165.При инородных телах бронха (свежеаспирированных) клиническая картина характеризуется

а)приступообразным кашлем

б)кашлем с мокротой

✓ в)постоянным кашлем

г)болями в грудной клетке

д)высокой температурой

1272

166.При давно аспирированных инородных телах бронхов клиническая картина характеризуется

а)приступообразным кашлем

б)постоянным кашлем без мокроты

в)отсутствием кашля

✓ г)кашлем с мокротой

д)стридорозным дыханием

1273

167.Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом

V а)отсутствуют

б)обтурационная эмфизема

в)ателектаз легкого

г)поликистоз легкого

д)бронхоэктазы

1274

168.К осложнениям при давно аспирированных инородных телах относятся все перечисленные, за исключением

а)кровотечения

б)ателектаза

V в)бронхиальных свищей и бронхоэктазов

г)деформирующего бронхита

д)правильно а) и б)

1275

169.Для удаления плоских инородных тел используются

V а)биопсионные щипцы и вилочковый захват

б)петля

в)корзинка Дормиа

г)биопсионные щипцы с иглой

д)биопсионные ножницы

1276

170.Для удаления округлых инородных тел с гладкой поверхностью используются

а)биопсионные щипцы

V б)петля и корзинка Дормиа

в)вилочковый захват

г)биопсионные щипцы с иглой

д)биопсионные ножницы

1277

171.Для удаления тонких и острых инородных тел используются

а)биопсионные щипцы

V б)петля и вилочковый захват

в)корзинка Дормиа

г)биопсионные щипцы с иглой

д)биопсионные ножницы

1278

172.Для удаления органических и неорганических инородных тел сложной конфигурации используются

а)биопсионные щипцы

б)петля

V в)вилочковый захват

г)корзинка Дормиа

д) биопсионные щипцы с иглой

1279

173. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано

- а) при остром холецистите
- б) при хроническом рецидивирующем холецистите
- ✓ в) при посттравматической гемобилии
- г) при осложненном холангите
- д) при холестатическом гепатите

1280

174. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано

- а) для медикаментозного санирования билиарной системы
- б) для снижения холемической интоксикации
- ✓ в) для снижения раковой интоксикации
- г) для выполнения прямого рентгеноконтрастного исследования билиарной системы
- д) для дифференцирования желтух

1281

175. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано

- а) для купирования болей при остром панкреатите
- б) для купирования болей при остром холецистите
- ✓ в) для снижения желчной гипертензии
- г) для снижения гипертензии в панкреатической протоковой системе
- д) для купирования печеночной недостаточности

1282

176. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря противопоказано

- а) при сморщенном желчном пузыре
- б) при распространенном раке желчного пузыря
- в) при инфильтрате в правом подреберье, когда желчный пузырь не виден
- г) при подозрении на паравезикальный абсцесс
- ✓ д) при ограниченной гангрене стенки желчного пузыря

1283

177. Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано

- а) для проведения химиотерапии опухолевых заболеваний брюшной полости
- б) для контактной медикаментозной терапии воспалительных заболеваний абдоминальных органов
- в) для проведения перитонеального диализа
- ✓ г) для длительной эвакуации асцитической жидкости
- д) для динамического контроля за состоянием брюшной полости

1284

178. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано при всех перечисленных поражениях, кроме

- ✓ а) рака желчного пузыря
- б) рака головки поджелудочной железы
- в) рака большого дуоденального сосочка

- г) рака общего желчного протока
- д) холедохолитиаза

1285

179. Лапароскопическое дренирование круглой связки печени показано с целью купирования болевого синдрома при всех перечисленных формах, кроме

- а) острого панкреатита
- ✓ б) острого холецистита
- в) язвы луковицы 12-перстной кишки
- г) высоких язв задней стенки желудка

1286

180. Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки показано во всех перечисленных случаях, кроме

- а) санирования сальниковой сумки
- б) локальной гипотермии поджелудочной железы
- ✓ в) контактно-избирательной медикаментозной инфильтрации поджелудочной железы
- г) снижения продуцирования поджелудочной железой активных кининов
- д) снижения ферментативной интоксикации больного

1287

181. Смещение дренажа от заданной ему проекции при дренировании брюшной полости предупреждает

- ✓ а) транслигаментарное фиксирование дренажа
- б) использование направителя при установке дренажа
- в) ограничение движений больного
- г) фиксирование дренажа к брюшной стенке шелком
- д) фиксирование дренажа к брюшной стенке лейкопластырем

1288

182. Болевой синдром при остром панкреатите купируется за счет новокаиновой инфильтрации

- а) брыжейки толстой кишки
- б) желудочно-ободочной связки
- ✓ в) круглой связки печени
- г) брыжейки тонкой кишки
- д) селезеночно-ободочной связки

1289

183. С целью лечения острого панкреатита при лапароскопии не следует дренировать

- а) круглую связку печени
- б) брюшную полость
- в) желчный пузырь
- ✓ г) парапанкреатическую клетчатку
- д) сальниковую сумку

1290

184. С целью лечения острого панкреатита в инфузат, вводимый в круглую связку печени, следует добавить все перечисленное, кроме

- а)но-шпы
- б)40% раствора глюкозы
- ✓ в)0.1% раствора сернокислого морфина
- г)5% раствора Е-аминокапроновой кислоты
- д)50% раствора анальгина

1291

185.Показанием для лапароскопического рассечения спаек в брюшной полости является

- а)клинические проявления болевого синдрома в брюшной полости
- б)запоры
- в)метеоризм
- ✓ г)появление болей, аналогичных тем, которые беспокоят больного в жизни, при избирательной нагрузке на выявленные спайки
- д)видимые спайки в брюшной полости

1292

186.Для быстрого купирования болей, обусловленных попаданием клея на париетальную брюшину, нужно применить

- а)1% раствор сернокислого морфина
- б)баралгин
- в)но-шпу
- г)2% раствор папаверина
- ✓ д)0.5% раствор новокаина

1293

187.Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) является все перечисленное, кроме

- а)холедохолитиаза после холецистэктомии
- б)доброкачественного ограниченного папиллярного стеноза
- ✓ в)протяженного стеноза общего желчного протока
- г)синдрома слепого мешка после холедоходуоденоанастомоза
- д)камней общего желчного протока без доказанных камней в желчном пузыре

1294

188.Эндоскопическую папиллосфинктеротомию в нашей стране впервые произвел

- а)В.В.Виноградов и др. в 1975 г
- ✓ б)Д.Ф.Благовидов и др. в 1976 г
- в)Ю.М.Панцырев и др. в 1977 г
- г)А.С.Балалыкин и др. в 1979 г
- д)В.С.Савельев и др. в 1980 г

1295

189.Для эндоскопического рассечения печечно-дуоденального сфинктера и интрамуральной части холедоха применяется

- а)электронож
- ✓ б)папиллотомическая петля
- в)эндоскопические ножницы
- г)специальные щипцы
- д)диатермическая постоянная петля

1296

190.Противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются

- а)стеноз устья протока поджелудочной железы
- ✓ б)тубуляторный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части холедоха
- в)крупные камни общего желчного протока (1-2 см)
- г)околососочковые дивертикулы
- д)аденомы фатерова соска

1297

191.Относительными противопоказаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, за исключением

- ✓ а)стеноза устья вирсунгова протока
- б)крупных камней холедоха
- в)нарушения свертываемости крови
- г)хронической дуоденальной непроходимости
- д)парапапиллярных дивертикулов

1298

192.Хирургическое вмешательство предпочтительнее эндоскопической папиллосфинктеротомии при всех перечисленных поражениях, за исключением

- а)стеноза терминального общего желчного протока в сочетании с калькулезным холециститом
- б)стеноз терминального отдела общего желчного протока, сопровождающегося выраженной клинической картиной хронического панкреатита
- ✓ в)острого панкреатита, обусловленного острым или хроническим папиллитом
- г)стеноза терминального отдела общего желчного протока и дуоденостаза
- д)рака большого дуоденального сосочка с распространением опухоли в сторону желчного протока выше зоны интрамуральных сфинктеров

1299

193.Этапы подготовки больного к эндоскопической папиллосфинктеротомии включают все перечисленное, кроме

- а)лечения системных нарушений
- ✓ б)лапароскопии
- в)психоэмоциональной подготовки больного
- г)подготовки кишечника к контрастному исследованию
- д)премедикации

1300

194.К препаратам, применяемым в качестве премедикации перед папиллосфинктеротомией, относятся все перечисленные, кроме

- а)промедола
- б)атропина
- в)но-шпы
- ✓ г)эфедрина
- д)бензогексония

1301

195. На фатеровом соске и терминальном отделе холедоха эндоскопически можно выполнить все следующие виды операций, исключая

- а) папиллотомию
- б) частичную папиллосфинктеротомию
- ✓ в) тотальную папиллосфинктеротомию
- г) папиллосфинктеротомию
- д) вирсунготомию

1302

196. К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением

- а) кровотечения из области разреза
- б) ретроперитонеальной перфорации
- в) острого панкреатита
- г) холангита
- ✓ д) дуоденостаза

1303

197. Для извлечения камней из желчных протоков после эндоскопической папиллосфинктеротомии используются

- ✓ а) петля Дормиа
- б) папиллотом
- в) биопсионные щипцы
- г) трехзубый грейфер
- д) инструмент типа "крысиный зев"

1304

198. Контрольное эндоскопическое исследование после эндоскопической папиллосфинктеротомии проводится через

- а) сутки
- б) 2-3 дня
- ✓ в) 2 недели
- г) 30 дней
- д) 5-7 дней

1305

199. Потерянные дренажи общего желчного протока извлекаются

- а) биопсионными щипцами
- б) захватывающим устройством типа "крысиный зев"
- в) специальным крючком
- г) корзинкой Дормиа
- ✓ д) петлей

1306

200. К приемам, улучшающим условия канюляции большого дуоденального соска, относятся

- а) больной поворачивается на живот
- б) эндоскоп проводится ниже большого дуоденального соска с последующим подтягиванием

- V в)приподнимается ножной конец стола
- г)катетер при канюляции заводится снизу вверх с использованием леватора
- д)в период канюляции подается контрастное вещество

1307

201.Обязательными этапами при проведении папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, исключая

- а)эндоскопический осмотр желудка и 12-перстной кишки
- б)эндоскопическая рентгено-папилло-холедохография
- в)рассечение большого дуоденального соска
- г)рассечение интрамуральной части холедоха

V д)инструментальное извлечение камней холедоха

1308

202.Показаниями к срочному удалению конкрементов холедоха после эндоскопической папиллосфинктеротомии являются все перечисленные, кроме

- а)выраженной желтухи
- б)нарастающей желтухи
- в)холангита
- г)крупного камня

V д)множественных мелких конкрементов

1309

203.Лечение больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии как правило включает все перечисленное, кроме

- а)холода на живот
- б)спазмолитиков

V в)аналгетиков

- г)десенсибилизирующей и противоотечной терапии
- д)щелочного питья

1310

204.Максимальные сроки наблюдения после эндоскопической папиллосфинктеротомии за самостоятельным отхождением камней холедоха составляют

- а)1-2 дня
- б)3-4 дня
- V в)5-7 дней
- г)8-18 дней
- д)10-14 дней

1311

205.В случаях затруднений при затягивании петли на плоских полипах, необходимо использовать все перечисленные приемы, за исключением

- а)присасывания полипов к инструментальному каналу
- б)подтягивания полипа захватывающим устройством
- в)"приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты

V г)поэтапного удаления полипа

д)коагуляции полипа пуговчатым зондом

1312

206. Колоноскопическая электроэксцизия полипа впервые выполнена

а) Демлингом в 1970 г

✓ б) Дейле в 1971 г

в) Вольфом в 1872 г

г) Савельевым в 1973 г

д) Шиниа в 1974 г

1313

207. Относительными противопоказаниями для колоноскопической полипэктомии являются

а) нарушения свертывающей системы крови

б) тяжелые формы сахарного диабета

в) кровоточащий геморрой

г) состояние после операции Гартмана

✓ д) правильно а) и б)

1314

208. Одномоментальной электроэксцизии подлежат

а) полипы на длинной ножке, независимо от размеров головки

б) полипы на узком основании, независимо от их размеров

в) полипы на широком основании, независимо от их размеров

г) полипы на короткой толстой ножке, независимо от размеров головки

✓ д) правильно а) и б)

1315

209. Через колоноскоп по частям целесообразно удалять

а) полипы на широком основании, независимо от их размеров

б) полипы на длинной ножке, головка которых не более 1.5-2 см в диаметре

в) полипы на широком основании, диаметр которых более 1.5-2 см

г) полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 1.5-2 см

✓ д) правильно в) и г)

1316

210. Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять

✓ а) мелкие (до 0.5 см) полипы на широком основании

б) крупные (более 1.5-2 см) полипы на широком основании

в) крупные полипы на короткой толстой ножке

г) стелющиеся villous опухоли

д) полиповидный рак

1317

211. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопической полипэктомии являются все перечисленные, кроме

а) стелющиеся villous опухоли

✓ б) полипы на широком основании диаметром более 3 см или на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см

в) полиповидный рак до 3 см в диаметре

г)аденомы с инвазивным ростом рака

1318

212.При наличии в толстой кишке нескольких полипов, подлежащих электроэксцизии, в первую очередь удаляют

а)наиболее крупный полип

б)наиболее мелкий полип

В в)наиболее проксимально расположенный полип

г)наиболее дистально расположенный полип

д)наиболее трудно технически удалимый полип

1319

213.Электрокоагуляция полипа через ректоскоп впервые произведена

а)в 1921 г

б)в 1925 г

В в)в 1928 г

г)в 1931 г

д)в 1933 г

1320

214.Петлевая электрорезекция полипа через ректоскоп впервые выполнена

а)в 1928 г

б)в 1934 г

В в)в 1949 г

г)в 1952 г

д)в 1954 г

1321

215.Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить все перечисленное, за исключением

а)диагностической колоноскопии

б)эзофагогастродуоденоскопии

В в)ирригоскопии

г)определить группу крови и резус-фактор

д)определить время свертываемости и кровотечения

1322

216.Колоноскопическая полипэктомия из ободочной кишки производится

а)всем больным амбулаторно

В б)всем больным стационарно

в)госпитализируются только больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями

г)госпитализируются только больные, у которых выявлены крупные полипы на широком основании

д)амбулаторно производится только электроэксцизия полипа на ножке

1323

217.К осложнениям, невозможным при проведении полипэктомии из толстой кишки, относятся

а)кровотечение

- б) перфорация
- в) ожог противоположной стенки
- г) взрыв газа в кишке
- ✓ д) инфекционно-токсический шок в результате нарушения барьерной функции слизистой толстой кишки

1324

218. Извлечение отсеченных полипов толстой кишки возможно всеми перечисленными способами, кроме

- а) присасывания полипов к инструментальному каналу и извлечения вместе с аппаратом
- б) с помощью биопсионных щипцов
- в) с помощью полипэктомической петли
- г) с помощью корзинки Дормиа
- ✓ д) с помощью инъекционной иглы

1325

219. Отсеченный полип толстой кишки можно извлечь всеми перечисленными способами, за исключением

- а) биопсионных щипцов
- б) полипэктомической петли
- в) трехзубого грейфера
- ✓ г) эндоскопических ножниц
- д) корзинки Дормиа

1326

220. Не определяет способ экстракции удаленных эндоскопически полипов из просвета толстой кишки все перечисленное, кроме

- ✓ а) размеров и консистенции полипа
- б) гистологической структуры полипа
- в) места расположения полипа в кишке
- г) способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии
- д) функционального состояния толстой кишки (гипертонус, нормотонус, атония)

1327

221. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать грейфером

- ✓ а) полипы с плотной неровной поверхностью до 1.5-2 см в диаметре и полипы диаметром до 3 см с остатком ножки
- б) ворсинчатые полипы до 5 см в диаметре
- в) гипергрануляции диаметром до 3 см
- г) мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре

1328

222. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь грейфером

- а) полипы диаметром более 2.5 см
- б) полипы с плотной неровной поверхностью, диаметром 1.5-2 см
- в) ворсинчатые полипы диаметром более 4 см
- г) мягкие, дольчатые полипы до 3 см в диаметре
- ✓ д) правильно все, кроме б)

1329

223. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа

- V а) полипы мягкой консистенции и продолговатой формы диаметром до 1-2 см
б) полипы мягкой консистенции диаметром до 3 см
в) ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см
г) полипы шаровидной формы диаметром до 3 см
д) все перечисленное

1330

224. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь корзинкой Дормиа

- а) полипы мягкой консистенции диаметром до 1-2 см
б) полипы мягкой консистенции и шаровидной формы диаметром до 3 см
в) ворсинчатые полипы диаметром до 3-4 см
г) полипы продолговатой формы диаметром до 1-2 см
V д) правильно б) и в)

1331

225. Способ экстракции полипов из толстой кишки после их электроэксцизии зависит

- V а) от размеров и консистенции полипа
б) от гистологической структуры полипа
в) от места расположения полипа в кишке
г) от способа подготовки кишки к колоноскопической электроэксцизии

1332

226. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать

- V а) плотные полипы диаметром до 2.5 см и шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки
б) гипергрануляции диаметром до 1 см
в) мягкие полипы диаметром до 0.5 см
г) ворсинчатые полипы диаметром до 3 см
д) все ответы правильные

1333

227. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии нельзя извлекать

- а) гипергрануляции диаметром от 0.3 до 0.5 см
б) плотные полипы диаметром 2-2.5 см
в) ворсинчатые полипы диаметром 4-5 см
г) шаровидные полипы диаметром до 2 см с остатком ножки
V д) правильно а) и в)

1334

228. Полип любой консистенции и размеров после колоноскопической электроэксцизии можно извлечь

- а) корзинкой Дормиа
б) грейфером
в) биопсионными щипцами
г) вакуумэкстракцией
V д) петлевым электродом

1335

229. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать биопсионными щипцами

- V а) полипы диаметром до 0.6-0.7 см любой консистенции
- б) рыхлые образования диаметром до 1-1.5 см
- в) плотные полипы диаметром до 1-1.5 см
- г) полипы диаметром до 1-1.5 см любой консистенции
- д) ворсинчатые полипы диаметром до 1.5 см

1336

230. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь биопсионными щипцами

- а) полипы мягкой консистенции диаметром 0.3 см
- V б) полипы с неровной бугристой поверхностью диаметром 1.5 см и ворсинчатые полипы до 1.5 см в диаметре
- в) полипы шаровидной формы диаметром до 0.5 см
- г) полипы продолговатой формы до 0.7 см в диаметре

1337

231. К случайным инородным телам толстой кишки можно отнести

- а) фруктовые косточки
- б) зубные протезы
- в) наконечник от кружки Эсмарха
- V г) каловые камни
- д) пуговицы

1338

232. Контрольный динамический осмотр больных после удаления из толстой кишки полипа с неинвазивной формой роста следует проводить

- а) первые 3 месяца - ежемесячный контроль
- б) последующие 9 месяцев осмотр производится раз в 3 месяца
- в) 1 раз в 6 месяцев (2-й год после удаления)
- г) 1 раз в год (начиная с 3-го года после удаления в течение последующих 2 лет)
- V д) все ответы правильны

3.2 Вопросы собеседования

1. Организация эндоскопической помощи населению в амбулаторных и стационарных условиях.
2. Преимущества использования цифровой аппаратуры в эндоскопии.
3. Возрастные особенности эндоскопической картины пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Пороки развития пищевода, эндоскопическая диагностика.
5. Пороки развития желудка и двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая диагностика.
6. Пороки развития трахеобронхиального дерева и легких, эндоскопическая диагностика.

7. Показания к плановой и экстренной ЭГДС. Абсолютные и относительные противопоказания.
8. Подготовка больного к ЭГДС. Виды анестезиологического пособия при эндоскопии в педиатрии. Целесообразность седации или анестезиологического пособия.
9. Осложнения ЭГДС. Диагностика, профилактика.
10. Хромоскопия в эндоскопии.
11. Эзофагиты. Особенности эндоскопической картины при инфекционных поражениях пищевода.
12. Причины нарушения проходимости пищевода, эндоскопическая диагностика.
13. Доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода.
14. Пищевод Барретта, роль эндоскопии в диагностике.
15. Эндоскопические методы лечения пищевода Барретта.
16. Инородные тела пищевода: клиника, диагностика, методика эндоскопического извлечения.
17. Недостаточность кардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, роль эндоскопии в их диагностике.
18. Эрозивно-язвенные поражения желудка.
19. Доброкачественные новообразования желудка
20. Злокачественные новообразования желудка.
21. Роль и виды биопсии при новообразованиях желудочно-кишечного тракта.
22. Роль эндоскопии в диагностике заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.
23. Диагностическая колоноскопия. Показания, подготовка больного, методика проведения, осложнения.
24. Диагностические и лечебные возможности бронхоскопии. Методики проведения.
25. Эндоскопия в диагностике и лечении больных с портальной гипертензией.
26. Эндоскопическая тактика при желудочно-кишечном кровотечении у больных с портальной гипертензией.
27. Методы эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении.
28. Эндоскопическая диагностика неспецифического язвенного колита и болезни Крона.
29. Возможности эндоскопии в диагностике различных форм туберкулеза.
30. Эндоскопические методы диагностики лечения при заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы.
31. Эндоскопические методы восстановления проходимости пищевода.
32. Тактика эндоскопического лечения и наблюдения больных с ожоговыми стриктурами пищевода.
33. Возможные осложнения при эндоскопическом лечении варикозных вен пищевода и желудка, пути профилактики.
34. Диагностика инородных тел трахеобронхиального дерева.
35. Особенности клинко-эндоскопической диагностики «давних» инородных тел трахеобронхиального дерева.

36. Методика извлечения инородных тел трахеобронхиального дерева. Возможные осложнения.
37. Абсорбирующие, реактивные и контрастные красители в эндоскопии.
38. Классификация варикозного расширения вен пищевода. Виды лечебных эндоскопических методов при варикозном расширении вен.
39. Фиброbronхоскопия. Показания и противопоказания к проведению ФБС.
40. Показания и противопоказания к жесткой бронхоскопии. Оснащение бронхологического кабинета.
41. Методика выполнения фиброbronхоскопии. Премедикация. Местная анестезия.
42. Номенклатура пищевода, желудка, 12 п.к. Возрастные особенности.
43. Эндоскопическая терминология и семиотика поражения верхних отделов пищеварительного тракта.
44. Химические ожоги пищевода и желудка. Виды соединений. Классификация ожогов.
45. Тактика ведения детей с химическими ожогами пищевода.
46. Классификация язвенных кровотечений из верхних отделов ЖКТ по Forrest. Эндоскопические признаки кровотечения. Противопоказания для проведения эндоскопических методов гемостаза.
47. Аргонплазменная коагуляция как метод остановки кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Принцип работы АПК. Показания и противопоказания. Преимущества и недостатки метода.
48. Клипирование, как метод остановки кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Необходимая аппаратура. Методика выполнения.
49. Лигирование вен пищевода, как метод лечения ВРВП. Методика выполнения.
50. Показания и противопоказания к проведению фиброколоноскопии. Подготовка больного к исследованию.
51. Техника выполнения фиброколоноскопии.
52. Правила оформления протокола эндоскопического исследования при проведении ФЭГДС.
53. Правила оформления протокола эндоскопического исследования при проведении колоноскопии.
54. Правила оформления протокола эндоскопического исследования при проведении бронхоскопии.
55. Подготовка больного к эндоскопическому исследованию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Препараты, применяющиеся для уменьшения «пенообразования».
56. С-м Золлингера-Эллисона. С-м Меллори-Вейсса. С-м Бурхава. Язвы Дьюлафуа.
57. Ахалазия кардии.
58. Язвенные поражения верхних отделов ЖКТ.
59. Кандидоз пищевода.
60. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Диагностика. Тактика ведения в зависимости от локализации инородного тела.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. Особенности анамнеза при патологии органов пищеварения
2. Методика осмотра полости рта и зева
3. Осмотр живота
4. Поверхностная пальпация живота
5. Пальпация сигмовидной кишки
6. Пальпация слепой кишки
7. Пальпация подвздошной кишки
8. Глубокая пальпация поперечной ободочной кишки
9. Пальпация привратника
10. Пальпация поджелудочной железы по методу Грота
11. Болевые точки и зоны поджелудочной железы на передней брюшной стенке
12. Пальпация и перкуссия селезенки
13. Пальпация печени
14. Определение размеров печени по Курлову
15. Пальпация желчного пузыря. Пузырные симптомы
16. Исследование наличия жидкости в брюшной полости (перкуссия)
17. Исследование наличия жидкости в брюшной полости (флюктуация)
18. Аускультация живота
19. Аускультация
20. Симптомы «острого» живота
21. Копрологические синдромы (стеаторея)
22. Копрологические синдромы (креаторея)
23. Копрологические синдромы (оральный синдром)
24. Копрологические синдромы (гастрогенный синдром)
25. Копрологические синдромы (пилородуоденальный синдром)
26. Копрологические синдромы (секреторная недостаточность поджелудочной железы)
27. Копрологические синдромы (недостаточность желчеотделения)
28. Копрологические синдромы (энтеральный синдром)
29. Копрологические синдромы (илеоцекальный синдром)
30. Копрологические синдромы (колитный синдром)

3.4. Ситуационные задачи

У	-	Бригадой скорой медицинской помощи пациент К. 66 лет, доставлен в приемный покой многопрофильного стационара, с жалобами: на слабость, головокружение, черный стул в течение 3 последних дней. Из анамнеза известно: приехал в город С. с целью деловых переговоров. Ранее ФГДС не выполнялась. Страдает ГБ (препараты регулярно не принимает), СД II типа. Последний прием пищи 4 часа назад. Объективно: АД 90/60 мм.рт. ст. Рс 100 уд/мин. Кожные покровы бледные, влажные, липкие. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Per rectum : на перчатке черный дегтеобразный стул («мелена»). ОАК: Hb 80г/л, Eг 2,2*10 ¹² . Пациент направлен на ФГДС.
В	1	Какова Ваша дальнейшая тактика?

		Пациент с клинической картиной ЖКК при АД 90/60 мм. рт. ст., Ps 100 уд/мин., Hb 80г/л, и «меленой» должен быть госпитализирован в реанимационное хирургическое отделение с последующей постановкой желудочного зонда с отмыванием содержимого желудка холодной водой до чистых промывных вод. После подготовки пациента к исследованию выполняется ФГДС. По результатам исследования принимается решение об остановке ЖКК эндоскопическим способом, консервативном лечении или об оперативном лечении традиционным доступом.
В	2	Назовите известные Вам причины дегтеобразного черного стула.
		Истинное желудочно-кишечное кровотечение, носовое кровотечение, прием препаратов железа, активированного угля, препарата Де-нол, прием некоторых продуктов: черника, свекла.
В	3	Перечислите возможные источники кровотечения из пищевода, желудка и ДПК.
		Язвенное кровотечение, язва Деллафуа, синдром Маллори-Вейсса, злокачественная опухоль, GIST, полипы, ВРВ пищевода и желудка, эрозивно-геморрагическая гастропатия, вирусногеморрагия, гемобилия.
В	4	По результатам ФГДС: выявлен край язвенного дефекта передней стенки луковицы ДПК, прикрытый рыхлым фиксированным сгустком красного цвета, поступления свежей крови из-под сгустка не определяется. Классифицируйте данное язвенное кровотечение по Forrest (и расшифруйте).
		Forrest IIB. Состоявшееся кровотечение с фиксированным сгустком.
В	5	При данной эндоскопической картине Ваша дальнейшая тактика?
		С целью усиления гемостаза должен быть выполнен эндоскопический комбинированный гемостаз: инъекционное введение р-ром адреналина (1мл+10мл 0.9% физ р-ра) ; после удаления сгустка- монополярная диатермокоагуляция (или клипирование).
У	-	01.06.2017 г. - пациентка О. , 36 лет ошибочно выпила раствор уксусной кислоты, сразу вызвала бригаду скорой помощи. На догоспитальном этапе оказана помощь – выпито 2 литра воды с последующей рвотой, после чего была доставлена в приемный покой в многопрофильный стационар. Объективно: АД 100/60 мм.рт. ст. Ps 110 уд/мин. Кожные покровы бледные, липкие. Температура тела 38,7С. Отмечаются боли за грудиной и в эпигастрии, многократная рвота, жажда.
В	1	Оцените тактику оказанной помощи на догоспитальном этапе.
		Тактика оказания помощи неверная. На догоспитальном этапе при ожогах кислотой необходимо промывать желудок о через толстый зонд водой.
В	2	Охарактеризуйте поражающее действие кислоты.
		- Глубина поражения ткани при ожогах кислотами меньше, чем при ожогах щелочами. - При ожогах образуется КОАГУЛЯЦИОННЫЙ НЕКРОЗ (сухой струп), который препятствует дальнейшему проникновению кислоты вглубь – в результате коагуляции белков клеток и нейтрализации щелочи тканей. - Быстрое понижение концентрации кислоты из-за разведения ее в воде, отнятой у тканей.

В	3	Охарактеризуйте поражающее действие щелочи.
		- Глубина поражения больше, чем при кислотах. - Развивается КОЛЛИКВАЦИОННЫЙ НЕКРОЗ (мягкое омертвление тканей) пищеварительного тракта вследствие омыления жиров и разрушения белков. - Ткани теряют свою структуру, разжижаются, представляют собой студенистую массу, почти не препятствующую дальнейшему проникновению в глубину стенок пищевода агрессивного вещества.
В	4	В какие сроки после химического поражения пищевода и желудка показано выполнение ФГДС (в экстренном порядке и плановом).
		В экстренном порядке ФГДС выполняется при поступлении или по жизненным показаниям (подозрение на перфорацию пищевода, ЖКК). В плановом порядке первый осмотр должен быть выполнен не ранее 7-10 суток после химической травмы.
В	5	При эндоскопическом осмотре на 10 сутки после получения химической травмы (по экстренным показаниям): слизистая ротоглотки отечная, рыхлая, с эрозиями 0,5-0,8см под гематином, контактно кровоточит. Эластичность ВПС сохранена. Слизистая ВПС и пищевода с выраженным отеком, под обильным налетом фибрина, с множественными изъязвлениями неправильной формы 0,6*1,2см; 0,7*1,5см, дно под фибрином и гематином. Укажите степень и стадию химического ожога.
		Химический ожог пищевода (от 01.06.2017 г.) – эрозивно-язвенное поражение пищевода, II степени, III стадии, с признаками состоявшегося кровотечения.
У	-	В многопрофильный стационар доставлен мужчина 50 лет с входящим диагнозом термического поражение лица, верхних конечностей III ст. Из анамнеза известно: пострадавший дальнобойщик; с целью оценки количество бензина в баке, решил подсветить бак зажигалкой. Перенесенные операции: левосторонняя верхнедолевая лобэктомия. Пациент госпитализирован в ожоговое реанимационное отделение. В экстренном порядке выполнена ФБС, выявлена термо-химическая ингаляционная травма дыхательных путей III ст. (эндоскоп заведен через ИТ, дистальный край которой располагается на 2,0 см выше карины. Слизистая н/3 трахеи, карины и бронхов отечная, ярко гиперемизированная, в просвете умеренное количество вязкого прозрачного секрета. Устья сегментарных бронхов сужены за счет отека слизистой.)
В	1	Оцените верно ли выставлена степень ингаляционной травмы.
		Степень ингаляционной травмы дыхательных путей выставлена верно.
В	2	Какие сегментарные бронхи левого легкого отсутствуют?
		Отсутствуют В1+В2, В3
В	3	Эндоскопическая тактика при термо-химической ингаляционной травме дыхательных путей III ст.
		Санация 2 % р-ром соды. Орошение р-ром преднизолона (75 мг), антисептик (диоксидин 0,5%). Повторная санация по экстренным показаниям.
В	4	Показания для повторной санации ТБД?

		Ателектаз легкого, подтвержденный рентгенологически; гнойный эндобронхит, легочное кровотечение, подозрение на стеноз.
В	5	Показания к интубации трахеи и ИВЛ при ингаляционной травме
		Абсолютными показаниями для интубации трахеи являются: • признаки дыхательной недостаточности, • отсутствие сознания. Высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, связанных с нарушениями газообмена: • ожоги кожи III ст. >40% п.т., • локализация ожогов III ст. на лице и шее с риском прогрессирующего отека мягких тканей, • угнетение сознания по шкале ком Глазго < 8 баллов, • ожоги верхних дыхательных путей с поражением гортани, • поражение продуктами горения дыхательных путей III степени.
У	-	Пациентка М., 45 лет самостоятельно обратилась в многопрофильный стационар с жалобами на нарушение глотания, боли за грудиной после попытки приема пищи. Из анамнеза: в течение 10 лет беспокоит постоянная изжога и боли за грудиной и в эпигастрии. Самостоятельно лечилась «разведенной содой», через 2 часа боли возобновлялись. В течение последних 2-х лет по совету соседки на постоянной основе принимает препараты нитроглицерина (ИБС?). Семейный анамнез отягощен - мать болела раком желудка. ФГДС ранее выполнялась.
В	1	Какие заболевания можно заподозрить у пациента?
		Рак пищевода или кардии; Пептическую стриктуру пищевода (с наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы); Постожеговая стриктура; Стенозы другой этиологии - постлучевые, постинфекционные (дифтерия, туберкулез, сифилис), проявления системных заболеваний соединительной ткани (системной склеродермии, СКВ), микотические, посттравматические. ИБС, стенокардию; Ахалазию пищевода. Ущемленная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы Инородное тело пищевода Дивертикул Ценкера Аневризма грудного отдела аорты Опухоль средостения со сдавлением пищевода «извне».
В	2	Классификация рубцовых сужений пищевода по локализации и протяженности?
		По локализации: • высокие стриктуры (глоточные, шейные); • средние (аортальные, бифуркационные); • низкие (кардиальные); • комбинированные (пищевода и желудка). По локализации стриктур пищеводных анастомозов: - Высокие – на уровне глотки и в/3 пищевода,

		- Низкие – на уровне диафрагмы или выше нее до с/3 пищевода. По протяженности: • короткие (мембранозные, циркулярные до 1 - 3 см); • трубчатые (на участке более 3 см); • четкообразные (двойная, тройная и более локализация); • тотальные
В	3	Клинико-рентгенологическая классификация степеней сужения.
		1 степень - избирательная: d стриктуры = 1 - 1,5 см, признаки механической непроходимости возникают на прием некоторых видов пищи (хлеб, картофель, фрукты), при торопливой еде, при рентгенологическом исследовании прохождение контраста не замедлено. 2 степень - компенсированная: d = 0,6 - 0,8 см, пищевод проходим только для полужидкой пищи, при рентгенологическом исследовании прохождение контраста замедленно с кратковременной задержкой над сужением, отмечается небольшое супрастенотическое расширение. 3 степень - субкомпенсированная: d = 0,3 - 0,5 см, рентгенологически - резко выраженное нарушение прохождения контраста, супрастенотическое расширение пищевода с явлениями застойного эзофагита. 4 степень - облитерация пищевода (обратимая), отмечается полное нарушение проходимости (жидкости, слюны, контрастной взвеси), ярко выраженное супрастенотическое расширение пищевода. Однако при проведении консервативной терапии или после наложения гастростомы проходимость пищевода клинически может частично восстановиться. 5 степень - облитерация пищевода (необратимая)
В	4	Назовите степени дисфагии
		0 степень- нормальное глотание; 1 степень затруднения при приеме твердой пищи; 2 степень – питание полужидкой пищей; 3 степень – питание жидкой пищей; 4 степень – невозможность проглотить слюну.
В	5	Методы эндоскопического лечения пептических стриктур пищевода.
		• Бужирование по направляющей струне; • Баллонная гидродилатация; • Рассечение рубца током высокой частоты; • Инъекции лидазы и кортикостероидов в зону рубца (в комбинации с дилатационными методами); • Эндопротезирование пластиковыми стентами; • Эндопротезирование биodeградирующими стентами.
		Больная Б: 16 лет. Поступила в экстренном порядке впервые по скорой помощи, с жалобами на: головокружение, слабость. При осмотре состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно- розовые, при пальпации живот мягкий безболезненный. Per rectum на перчатке кал черного цвета. Общий анализ крови: Гемоглобин - 112 г/л; Гематокрит, 34,5 % ;

		Эритроциты $3,7 \times 10^9$, Тромбоциты 175×10^9, Лейкоциты 10×10^9. Биохимический анализ крови: Общий белок 80 г/л, Альбумины 40 г/л, Общий билирубин 11,5 мкмоль/л Непрямой билирубин 5 мкмоль/л , Прямой билирубин 14 мкмоль/л Аспартатаминотрансфераза до 29 ед/л , Аланинаминотрансфераза до 31 ед/л , Холестерин 4,5 ммоль/л , Липопротеиды ВП 2,5 ммоль/л , Фибриноген 2 г/л , Амилаза 43 ед/л , Мочевая кислота 275 мкмоль/л , Креатинин 77 мкмоль/л , Мочевина 5,2 ммоль/л , С-реактивный белок 0,3 мг/л , Глюкоза 6,2 ммоль/л. УЗИ: Органы брюшной полости в пределах возрастной нормы. Общий анализ мочи: без изменений. ФГДС: В нижней 1/3 пищевода по задней стенке имеется линейный разрыв слизистой, размером 0,9-1,2 x 0,3 см, глубиной до 0,2 см, без подметания свежей крови из дна и слоев. Желудок обычной формы и размеров, угол Гисса сглажен. В желудке небольшое количество жидкости с примесью лизированной крови и сгустками, поступление свежей крови не отмечается. Слизистая в теле и антральном отделе желудка на видимых участках равномерно гиперемирована. Привратник округлый, в тонусе, проходим. Луковица ДПК не деформирована, стенки её расправляются полностью при инсуффляции воздуха. Слизистая её бледно-розовая, без дефектов. Постбульбарный отдел расправляется полностью, складки его сглажены, слизистая бледно-розовая, бархатистая, без дефектов. на стенках отмечаются мелкие сгустки (не фиксированные), по отмыванию которых поступление свежей крови и тромбированных сосудов не выявлено. БДС расположен обычно, незначительно выбухает в просвет, устье его свободно, поступление желчи не отмечается.
В	1	Предварительный диагноз?
		Синдром Меллори-Вейсса. Распространенный поверхностный гастрит.
В	2	Дальнейшая тактика? Нужно ли клипировать линейный дефект слизистой в пищеводе?
		Необходимо подготовить желудок (промыть), для детального осмотра слизистой желудка с целью исключения других источников кровотечения. Клипировать линейный дефект слизистой в пищеводе.
В	3	Окончательный диагноз?
		Синдром Маллори-Вейсса. Распространенный поверхностный гастрит.
В	4	Нужно ли брать биопсию слизистой желудка?
		Биопсия слизистой желудка на высоте кровотечения не выполняется.
В	5	Какой процент риска повторного кровотечения?
		10-15% случаев.

Название рефератов/докладов

1. Особенности эндоскопической картины верхних отделов ЖКТ в различные возрастные периоды.
2. Применение дополнительных методов обследования при диагностике заболеваний верхних отделов ЖКТ.
3. Полипы и полипоз желудочно-кишечного тракта.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, проявляющихся дисфагией.

5. Роль эндоскопии при диагностике различных форм туберкулеза.
6. Роль эндоскопии в диагностике и лечении синдрома портальной гипертензии
7. Клиника и диагностика инородных тел трахеобронхиального дерева.
8. Осложнения диагностической и лечебной эндоскопии.
9. Лечебно-диагностическая эндоскопическая тактика у больных с желудочно-кишечным кровотечением.
10. Эндоскопия в диагностике и лечении химических ожогов пищевода.