**КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ**

**ПО ЭНДОСКОПИИ**

**ВОПРОСЫ**

**1. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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

003. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме

а) трудовой активности населения

б) заболеваемости

в) инвалидности

г) демографических показателей

д) физического развития населения

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

а) от 5 до 10Й

б) от 11 до 15Й

в) от 16 до 20Й

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

а) от 10 до 15Й

б) от 16 до 20Й

в) от 20 до 25Й

г) свыше 25Й

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

а) да

б) нет

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

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

а) вносится

б) вносится не обязательно

в) не вносится

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

а) установлено

б) не установлено

031. Медицинская деонтология - это

а) самостоятельная наука о долге медицинских работников

б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

в) не знаю

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

г) верно все вышеперечисленное

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

е) все перечисленное верно

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

а) всегда

б) в особых случаях

в) не всегда

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

д) все перечисленные выше положения

е) верно а) и б)

036. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все, кроме

а) демографических показателей

б) заболеваемости

в) инвалидности

г) физического развития

д) комплексных оценок здоровья населения

е) трудовой активности

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

а) 68%

б) 90%

в) 92%

г) 95%

д) 94%

038. Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле

а) (число умерших за 1 год ¦ 1000) / (средняя численность населения)

б) (число умерших за 1 год ¦ 1000) / (численность населения)

039. Показатель младенческой смертности исчисляется по формуле

а) (число детей, умерших до 1 года ¦ 1000) / (средняя численность детского населения)

б) (число детей, умерших до 1 года в данном календарном году ¦ 1000) / (2/3 родившихся в данном году + 1/3 родившихся в предыдущем году)

040. Показатель материнской смертности исчисляется по формуле

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)

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

д) для всего вышеперечисленного

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

д) всеми вышеперечисленными положениями

044. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели

а) среднее числе дней работы койки

б) среднее число занятых и свободных коек

в) оборот койки

г) средние сроки пребывания больного в стационаре

д) все вышеназванные показатели

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

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

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

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

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

а) пятьсот

б) четыреста

в) триста

г) двести

д) сто

051. Эндоскопическая служба организуется при минимальном числе населения

а) 200 000

б) 100 000

в) 50 000

г) 25 000

д) 10 000

052. Рабочая нагрузка врача-эндоскописта определена

а) приказом МЗ СССР N 134

б) приказом МЗ СССР N 590 и N 1164

в) приказом МЗ СССР N 727

г) приказом МЗ СССР N 1480

053. Для выполнения диагностической эзофагоскопии на 1 больного отводится

а) 20 минут

б) 25 минут

в) 30 минут

г) 35 минут

д) 40 минут

054. Для выполнения лечебной эзофагоскопии на 1 больного отводится

а) 30 минут

б) 35 минут

в) 40 минут

г) 45 минут

д) 50 минут

055. Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии на 1 больного отводится

а) 40 минут

б) 45 минут

в) 50 минут

г) 55 минут

д) 60 минут

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

057. Для выполнения одной диагностической колоноскопии взрослому человеку отводится

а) 70 минут

б) 80 минут

в) 90 минут

г) 100 минут

д) 110 минут

058. Для выполнения одной диагностической холедоскопии взрослому человеку отводится

а) 50 минут

б) 60 минут

в) 70 минут

г) 80 минут

д) 90 минут

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

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

061. Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослому отводится

а) 40 минут

б) 50 минут

в) 60 минут

г) 70 минут

д) 80 минут

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

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

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

065. Для выполнения одной диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится

а) 60 минут

б) 65 минут

в) 70 минут

г) 80 минут

д) 85 минут

066. Для выполнения одной диагностической торакоскопии взрослому человеку отводится

а) 80 минут

б) 90 минут

в) 100 минут

г) 110 минут

д) 120 минут

067. Для выполнения одной диагностической лапароскопии взрослому человеку отводится

а) 90 минут

б) 100 минут

в) 110 минут

г) 120 минут

д) 130 минут

068. Годовая нагрузка на фиброволоконный аппарат по приказу МЗ СССР N590 составляет

а) 500 исследований

б) 600 исследований

в) 700 исследований

г) 800 исследований

д) 900 исследований

069. Эндоскопический центр организуется при наличии

а) населения свыше 300 тысяч

б) эндоскопических ставок свыше 50

в) нескольких эндоскопических отделений

г) крупных многопрофильных больниц

д) научно-исследовательского института

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

г) специальную подготовку по эндоскопии

д) ни одно из перечисленных

**2. КЛИНИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

001. Ворота гортани образованы

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

002. Возвратные нервы иннервируют

а) гортань и трахею

б) глотку, гортань, трахею и пищевод (верхний отдел)

в) гортань и глотку

г) глотку и пищевод

д) щитовидную железу, гортань и глотку

003. В области глоточно-пищеводного перехода расположены

а) один треугольник

б) два треугольника

в) три треугольника

г) четыре треугольника

д) межмышечные треугольники отсутствуют

004. Глотка иннервируется

а) IХ-языкоглоточным и Х-блуждающим

б) V-тройничным, IХ-языкоглоточным, ХI-добавочным

в) IХ, Х, ХII-подъязычным

г) IХ, ХI и ХII парами

д) V, IХ, Х-парами

005. Иннервация гортани осуществляется

а) X-блуждающим и ХI-добавочным

б) IX-языкоглоточным и Х-блуждающим

в) X-блуждающим и ХII-подъязычным

г) X-блуждающим

д) IX, Х и ХI

006. В пищеводе выявляется физиологических сужений

а) два

б) три

в) четыре

г) пять

д) не имеется

007. Слизистая оболочка пищевода покрыта

а) однослойным цилиндрическим эпителием

б) многослойным плоским эпителием

в) однослойным призматическим эпителием

г) однослойным мерцательным эпителием

д) железистым эпителием

008. Длина пищевода у взрослого человека равна

а) 15 см

б) 18-20 см

в) 23-25 см

г) 28-30 см

д) до 35 см

009. В чувствительной иннервации зева принимает участие

а) одна пара нервов

б) две пары нервов

в) три пары нервов

г) четыре пары нервов

д) пять пар нервов

010. Под слизистой оболочкой дна грушевидного кармана глотки проходит

а) языкоглоточный нерв

б) блуждающий нерв

в) симпатический нерв

г) верхний гортанный нерв

д) возвратный нерв

011. Чаще встречаются дивертикулы пищевода

а) глоточно-пищеводные

б) эпифренальные

в) бифуркационные

г) абдоминального отдела

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

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

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

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

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

017. Расширение бронхов при вдохе обусловлено

а) симпатическими нервами

б) парасимпатическими нервами

в) возвратными нервами

г) диафрагмальными нервами

д) межреберными нервами

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)

019. Наиболее крупным является

а) верхнедолевой бронх справа

б) верхнедолевой бронх слева и нижнедолевой бронх справа

в) среднедолевой бронх справа

г) нижнедолевой бронх слева

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

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

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

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

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

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

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

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

а) легочные артерии

б) перикард и левое предсердие

в) легочные вены

г) перикард и правое предсердие

д) перикард и правый желудочек

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

а) сзади от аорты

б) справа от аорты

в) слева и спереди от аорты

г) правильного ответа нет

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

г) 5-6 см

д) 6 и более см

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

д) все перечисленное

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

в) в области подвздошно-слепокишечного угла

г) поперечной ободочной кишки

д) нисходящей ободочной кишки

032. Пилорический жом желудка образован

а) наружным слоем мышечной оболочки

б) средним слоем мышечной оболочки

в) внутренним слоем мышечной оболочки

033. При язвенной болезни желудка чаще возникают кровотечения

а) из левой желудочной артерии

б) из правой желудочной артерии

в) из желудочно-сальниковой правой артерии

г) из желудочно-двенадцатиперстной артерии

д) из желудочно-сальниковой левой артерии

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

д) из всех перечисленных

035. Наиболее часто рак желудка локализуется

а) в кардиальном отделе

б) в области дна

в) в области тела

г) в пилорическом отделе

д) в дне и теле

036. Слизистую оболочку желудка выстилает

а) многослойный цилиндрический эпителий

б) многослойный плоский эпителий

в) однослойный плоский эпителий

г) однослойный цилиндрический железистый эпителий

д) однослойный плоский неороговевающий эпителий

037. Железы желудка располагаются

а) в подслизистой оболочке

б) в мышечной оболочке

в) в собственной пластинке слизистой оболочки

г) в мышечной пластинке слизистой оболочки

д) в серозной оболочке

038. Собственные железы желудка располагаются

а) в кардиальном отделе

б) в своде и теле желудка

в) в антральном отделе

г) в субкардиальном отделе

д) в привратнике

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

а) главных (железистых)

б) фундальных

в) периетальных (обкладочных)

г) добавочных слизистых

д) шеечных слизистых

040. В левой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены

а) воротная вена

б) круглая связка печени и венозная связка (Аранциев проток)

в) нижняя полая вена

г) печеночная артерия

041. В правой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены

а) печеночная артерия

б) печеночный проток

в) желчный пузырь

г) венозная связка

042. По ходу внепеченочных желчных протоков расположено

а) два сфинктера

б) три сфинктера

в) четыре сфинктера

г) пять сфинктеров

д) шесть сфинктеров

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

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

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

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

047. Наиболее выражены циркулярные складки Керкринга

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

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

а) переваривания

б) всасывания

в) ассимиляции

г) моторной и экскреторной

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

д) до шести литров

050. В толще стенки ободочной кишки расположено

а) семь непостоянных сфинктеров

б) восемь непостоянных сфинктеров

в) десять непостоянных сфинктеров

г) одиннадцать непостоянных сфинктеров

д) тринадцать непостоянных сфинктеров

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

а) сфинктеров Бузи, Хорста и Кеннона - Бема

б) сфинктера Гирша

в) сфинктера Балли

г) сфинктера Росси - Мутье

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

а) сфинктера Варолиуса

б) сфинктера Кеннона - Бема

в) сфинкетра Паейра - Штрауса

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

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

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

б) привратника

в) баугиниевой заслонки

г) сфинктера прямой кишки

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

а) один изгиб

б) два изгиба

в) три изгиба

г) четыре изгиба

д) пять изгибов

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

а) поперечные

б) косые

в) продольные

г) кольцевые

д) смешанные

056. Клапаны Гаустона и складки Кольрауша - это

а) синонимы

б) совершенно различные образования

в) однотипные образования

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

а) синонимы

б) совершенно различные образования

в) однотипные образования

058. Внутренний сфинктер прямой кишки расположен

а) на уровне гребешковой линии

б) на уровне переходной складки

в) выше гребешковой линии

г) ниже линии Хилтона

**3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ**

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

а) генетических

б) дисфункции вегетативной нервной системы

в) приема ульцерогенных препаратов

г) заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы

д) алиментарного

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

а) соляной кислоты

б) муцина

в) пепсина

г) нарушения эвакуаторной функции желудка

д) дуодено-гастрального рефлюкса

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

г) увеличения количества париетальных клеток

д) расстройств кровообращения

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

а) 24 часов

б) 36 часов

в) 72 часов

г) 4 суток

д) 6 суток

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)

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

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

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

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

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)

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

012. Выраженность болевых ощущений определяется нижеперечисленными факторами, кроме

а) индивидуальной восприимчивости к боли

б) локализации язвенного процесса

в) возраста

г) пола

д) развития осложнений

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

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

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

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

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

а) заболевания ЦНС

б) стресса

в) курения

г) ожоговой болезни

д) приема ульцерогенных лекарственных препаратов

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

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

020. Для клинической картины кардиоспазма не характерна

а) дисфагия

б) регургитация

в) рецидивирующие респираторные инфекции

г) анорексия

д) загрудинная боль

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

022. Различают

а) одну степень дисплазии

б) две степени дисплазии

в) три степени дисплазии

г) четыре степени дисплазии

д) пять степеней дисплазии

023. Показанием к хирургическому лечению служит

а) первая степень дисплазии

б) вторая степень дисплазии

в) третья степень дисплазии

г) четвертая степень дисплазии

д) нет показаний

024. Гастрин - это гормон, который продуцируется

а) антральным отделом желудка

б) дном желудка

в) 12-перстной кишкой

г) бруннеровыми железами

д) поджелудочной железой

025. Анатомической основой гастроэзофагеального сфинктера является

а) диафрагма

б) диафрагмально-пищеводная связка

в) угол Гисса

г) кардия

д) ни один из перечисленных выше

026. Причина развития ахалазии

а) стресс

б) отсутствие ауэрбаховского сплетения

в) желудочно-пищеводный рефлюкс

г) все, перечисленное выше

д) ничего из перечисленного выше

027. При лечении синдрома Мэллори - Вейса предпочтительно

а) зонд Блэкмора

б) антациды

в) экстренная операция

г) охлаждение желудка

д) электрокоагуляция дефекта

028. Значительное повышение сывороточной амилазы характерно для

а) паротита

б) панкреотита

в) тонкокишечной непроходимости

г) рака поджелудочной железы

д) пенетрирующей язвы 12-перстной кишки

029. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является

а) рак желудка

б) язвенная болезнь

в) мышечная гипертрофия привратника

г) пролапс слизистой желудка через привратник

д) доброкачественные полипы желудка

030. Наименьшее количество крови, вызывающее мелену, равно

а) 25 мл

б) 60 мл

в) 100 мл

г) 250 мл

д) 500 мл

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

032. Гастрин влияет на деятельность следующих органов, кроме

а) желудка

б) поджелудочной железы

в) тонкой кишки

г) печени

д) толстой кишки

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

а) стероидных гормонов

б) салицилатов

в) резерпина

г) цитостатиков

д) этанола

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

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

036. Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой

а) язва 12-перстной кишки

б) язва желудка

в) скользящая диафрагмальная грыжа

г) параэзофагеальная грыжа

д) гастрит

037. Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является

а) гастрин

б) секретин

в) глюкагон

г) кинины

д) простогландины

038. Выделение гастрина стимулируется всем нижеперечисленным, кроме

а) ацидификации антрального отдела

б) ощелачивания антрального отдела

в) растяжения антрального отдела

г) стимуляции блуждающего нерва

д) гистамина

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

а) пернициозной анемии детей

б) пернициозной анемии взрослых

в) болезни Менетрие

г) атрофического гастрита

д) рака желудка

040. Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует

а) с размерами язвы

б) с локализацией язвы

в) с количеством потерянной крови

г) с возрастом больного

д) с полом

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

а) с типом анастомоза

б) с величиной резекции

в) с ваготомией

г) с тяжестью язвенной болезни

д) с уровнем кислотности

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

а) язвы анастомоза

б) недостаточного гемостаза в процессе операции

в) невыявленной язвы

г) нарушения гемостаза

д) травмы при интубации

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)

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

045. Развитию синдрома Мэллори - Вейса способствует

а) язвенная болезнь

б) алкоголизм

в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) рак желудка

д) лимфома желудка

046. Симптомы гиповолемии появляются, когда кишечное кровотечение превышает

а) 100 мл

б) 300 мл

в) 500 мл

г) 750 мл

д) 1000 мл

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

048. Наиболее информативным методом исследования при невыясненной гепатомегалии является

а) скенирование

б) ангиография

в) лапароскопия

г) биопсия печени

д) ферментные тесты

049. Зуд при желтухе связан

а) с билирубином

б) с солями желчи

в) с лецитином

г) с фосфолипидами

д) с щелочной фосфатазой

050. Наиболее частый клинический признак цирроза печени

а) пальпируемая печень

б) желтуха

в) асцит

г) периферические отеки

д) сосудистые звездочки

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

а) нарушения прохождения пищи по пищеводу

б) расширения пищевода

в) рефлюкса кислого содержимого желудка в пищевод

г) спазма пищевода

д) ничего из перечисленного

052. Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является

а) ангиография

б) рентгенография

в) эндоскопия

г) исследование кислотности

д) скенирование

053. Наиболее распространенная доброкачественная опухоль тонкого кишечника - это

а) аденома

б) липома

в) фиброма

г) ангиома

д) миома

054. Диагноз болезни Виппля может быть поставлен на основании

а) характерной клинической картины заболевания

б) макроскопической картины слизистой оболочки тонкой кишки

в) биопсии тонкой кишки

г) биопсии печени

д) биопсии желудка

055. Печень взрослого человека в среднем весит

а) 500 г

б) 750 г

в) 1000 г

г) 1500 г

д) 2000 г

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

д) после операции на толстой кишке

057. Наименьшей абсорбирующей функцией слизистой тонкой кишки обладают

а) микроворсинка

б) бокаловидная клетка

в) цилиндрическая клетка

г) тела Гольджи

д) ворсинка

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

д) увеличения лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя

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

а) крипт-абсцессы

б) саркоидные гранулемы в подслизистом слое

в) псевдополипы

г) диффузное воспаление слизистой

д) атрофия слизистой

061. Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеют заболевания

а) неспецифический язвенный колит

б) ишемический колит

в) туберкулез толстой кишки

г) эозинофильный энтероколит

д) писевдомембранозный колит

062. При болезни Крона симптомы раннего поражения наблюдаются

а) в слизистой

б) в подслизистой

в) в лимфатических узлах

г) в капиллярах

д) в серозе

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

064. Распространенный симптом болезни Крона

а) лихорадка

б) боль

в) диарея

г) слабость

д) анорексия

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

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

067. Изменения слизистой при болезни Крона похожи

а) на язвенный колит

б) на амебиаз

в) на шигеллез

г) на полипоз

д) на брюшной тиф

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

069. При кишечной форме туберкулеза чаще поражается

а) пищевод

б) желудок

в) тощая кишка

г) червеобразный отросток

д) прямая кишка

070. Основными симптомами кишечной непроходимости являются все нижеперечисленные, кроме

а) боли

б) поноса

в) рвоты

г) вздутия живота

д) задержки стула и газов

071. Кишечную инвагинацию характеризуют все симптомы, кроме

а) запоров

б) диареи

в) инфильтрата брюшной полости

г) выделения из прямой кишки крови и слизи

д) болезненных позывов на дефекацию

072. Правая половина ободочной кишки кровоснабжается

а) из селезеночной артерии

б) из верхней брыжеечной артерии

в) из нижней брыжеечной артерии

г) из левой ободочной кишки

д) из срамной артерии

073. Сегмент ободочной кишки, в котором абсорбируется меньше всего воды

а) слепая кишка

б) восходящая кишка

в) поперечная ободочная кишка

г) нисходящая кишка

д) сигмовидная кишка

074. В норме барий поступает в слепую кишку через

а) 1 час

б) 2 часа

в) 4 часа

г) 8 часов

д) 12 часов

075. Сегмент толстой кишки, где находятся фекальные массы

а) слепая кишка

б) сигмовидная кишка

в) нисходящая кишка

г) поперечная ободочная кишка

д) прямая кишка

076. Позыв на дефекацию возникает при

а) сокращении наружного анального сфинктера

б) сокращении внутреннего анального сфинктера

в) повышении давления в сигмовидной кишке

г) повышении давления в прямой кишке

д) сокращении прямой кишки

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

а) петлистая

б) укорочена

в) не прикреплена к брыжейке

г) удвоена

д) удлинена

078. При долихоколон больные жалуются

а) на боль в спине

б) на частый стул

в) на быстрое насыщение

г) на вздутие живота

д) на запоры начиная с рождения

079. Лица с долихоколон предрасположены

а) к инвагинации

б) к завороту кишки

в) к злокачественным новообразованиям

г) к выпадению прямой кишки

д) к полипам

080. При мегакалон отмечается

а) гипертонус нисходящей ободочной кишки

б) атония толстой кишки

в) аганглиоз

г) атрезия ануса

д) отсутствие внутреннего ректального сфинктера

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

а) запор

б) понос

в) вздутие живота

г) недержание кала

д) начало заболевания в детстве

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

а) пепсина

б) амилазы

в) липазы

г) трипсина

д) мальтазы

083. Самый неприятный запах стула бывает

а) при овощной диете

б) при молочной диете

в) при недостаточной абсорбции

г) при панкреатогенной стеаторее

д) при оральном употреблении антибиотиков

084. рН кала в нормальных условиях

а) 2. 2-3. 5

б) 3. 8-4. 5

в) 5. 0-6. 2

г) 6. 8-7. 3

д) 7. 5-8. 2

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

а) не бывает в нормальном стуле

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

086. Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки

а) дилатация ампулы прямой кишки

б) разрыхленность слизистой прямой кишки

в) сегментарный спазм сигмовидной кишки

г) поверхностные изъязвления

д) инфильтрация слизистой

087. Эндоскопическая картина шигеллеза похожа

а) на амебиаз

б) на сальмонеллез

в) на гранулематозный колит

г) на неспецифический язвенный колит

д) на дивертикулит

088. Для псевдомембранозного колита характерно

а) высокая температура

б) боли в животе

в) понос

г) стафилококк в мазке кала

д) наличие специфических изменений при гистологическом исследовании слизистой прямой кишки

089. Дивертикулез толстой кишки чаще поражает

а) прямую кишку

б) сигмовидную кишку

в) нисходящую кишку

г) поперечную ободочную кишку

д) слепую кишку

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

а) запора

б) болей в животе

в) метеоризма

г) диареи

д) отсутствия болезненности при пальпации живота

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

а) язвенный колит

б) болезнь Крона

в) амебный колит

г) дивертикулит

д) полипы размером до 2 см

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

а) канамицин

б) клафоран

в) ванкомицин

г) карбенициллин

д) доксициллин

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

а) потесептил

б) неомицин

в) карбенициллин

г) рифамид и ванкомицин

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

а) бензилпенициллина

б) диклоксациллина

в) рондомицина и линкомицина

г) мономицина

095. Бактерицидным действием на микробную флору обладают

а) линкомицин

б) цефамезин

в) новобиоцин

г) омапромицин

д) морфоциклин

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

а) стрептоцид

б) фурагин калий (салафур) и диоксидин

в) доксимицин (доксимициклин)

г) олететрин

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

а) эрициклина и левомицетина

б) сизомицина

в) кефзола

г) карбопенициллина

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

а) окситетрациклин

б) полимиксин и неомицин

в) линкомицин

г) левомицетин

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

а) сульфамонометоксина

б) вибрамицина

в) тобромицина и амикацина

г) розамицина

100. Бактериостатическим действием обладают все перечисленные антибиотики, кроме

а) клоксациллина и канамицина

б) морфоциклина

в) оманзомицина

г) новобиоцина

101. Бактериостатическим действием обладают антибиотики

а) клафоран

б) фузидин и эритромицин

в) полимиксин Е

г) стрептомицин

д) все перечисленные

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

а) бактерицидные с бактерицидными

б) бактерицидные с бактериостатическими или бактериостатические с бактериостатическими

в) в любом случае антагонизма не будет

г) при любой комбинации будет антагонизм

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

а) сульфаниламиды и макролиды

б) нитрафураны

в) пенициллины

г) аминогликозиды

д) макролиды и аминогликозиды

104. Метронидазол сочетается

а) с пенициллинами и тетрациклинами

б) с цефалоспоринами

в) с аминогликозидами

г) с макролидами

д) со всеми перечисленными

105. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является

а) левомицетин

б) тетрациклин

в) эритромицин

г) ампиокс

д) олеандомицин

106. Пути возникновения резистентных штаммов микрофлоры при проведении антибиотикотерапии являются

а) мутация

б) транссудация

в) трансформация

г) конъюгация

д) все перечисленные

107. Среди перечисленных сульфамиламидных препаратов к препаратам сверхдлительного действия относится

а) сульфадиметоксин и сульфамонометоксин

б) стрептоцид

в) сульфадимизин

г) норсульфазол

д) все перечисленные

108. Бактерицидным действием обладают

а) бициллин-3 и мономицин

б) окситетрациклин

в) олеандомицин

г) фузидин

д) все перечисленные

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

а) полимиксины и цефалоспорины

б) тетрациклины

в) макролиды

г) сульфаниламиды

д) все перечисленные

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

а) сульфаниламиды и макролиды

б) нитрафураны

в) пенициллины

г) аминогликозиды

д) все перечисленные

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

а) полимиксинов

б) тетрациклинов и макролидов

в) макролидов и цефалоспоринов

г) аминогликозидов

д) цефалоспоринов

112. Желтую окраску зубов и ногтей может вызвать у детей

а) пенициллин

б) левомицетин

в) стрептомицин

г) гистрациклин

д) оксациллин

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

в) нарушают систему трансляции

г) ингибируют синтез клеточной оболочки

д) подавляют синтез белка на уровне рибосом

114. При пероральном применении инактивируется желудочным соком

а) оксациллин

б) эритромицин

в) канамицин

г) метациклин

д) пенициллин

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

а) супрастин

б) аминокапроновая кислота

в) преднизолон

г) пенициллиназа

д) димедрол

116. Гепатотоксическим действием обладает

а) пенициллин

б) линкомицин

в) тетрациклин

г) колимицин

д) цефамезин

117. Бактериостатическим действием обладают

а) бициллин-5

б) окситетрациклин и эритромицин

в) стрептомицин

г) клафоран

д) эритромицин и стрептомицин

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

а) новоблоцин

б) мономицин и бруламицин

в) линкомицин

г) бруламицин и линкомицин

д) клафоран

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

а) цефамезин

б) неомицин и канамицин

в) клиндамицин

г) эритромицин

д) канамицин и эритромицин

120. Нейротоксическим действием обладают

а) пенициллин

б) кефзол

в) полимиксин и стрептомицин

г) линкомицин

д) стрептомицин и линкомицин

**4. МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

001. Микулич в 1881 г сконструировал

а) жесткий эзофагоскоп

б) гибкий гастроскоп

в) жесткий ректоскоп

г) жесткий гистероскоп

д) жесткий аппарат для осмотра желудка, изогнутый в дистальной трети под углом 30

002. Управляемый гастроскоп изобрел

а) Мелтзинг

б) Келлинг

в) Розенхейм

г) Берси

д) Н. Н. Смирнов

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

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

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

006. Гибкий гастроскоп впервые применил

а) Уи

б) Бенедикт

в) Тейлор

г) Хеннинг

д) Гиршовиц

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

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

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

д) психических заболеваний

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

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

б) психические заболевания

в) гипертермию

г) эпилепсию

д) кифоз, лордоз, сколиоз

011. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии

а) варикозное расширение вен

б) инфаркт миокарда

в) психические заболевания

г) агональное состояние больного

д) желудочно-кишечное кровотечение

012. Специальная подготовка к гастроскопии требуется у больных

а) с язвой желудка

б) со стенозом привратника

в) с хроническим гастритом

г) с эрозивным гастритом

д) с полипами желудка

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

а) автоклавирования

б) промывания в проточной воде

в) газовой стерилизации

г) стерилизации формальдегидом

д) обработке 70 спиртом

014. Успешные опыты внутрижелудочной фотографии впервые проведены

а) Уи

б) Тасака

в) Тейлор

г) Гиршовиц

д) Ахисава

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

а) Мое и Клоппер в 1966 г

б) Оттеньян 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

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

а) по малой кривизне

б) по большой кривизне

в) по передней стенке

г) по задней стенке

д) по малой и большой кривизне

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

а) конго красный

б) бриллиантовая зелень

в) китайская тушь

г) метиленовая синь

д) фенолфталеин

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

а) язвенной болезни желудка

б) рака тела желудка

в) язвенной болезни 12-перстной кишки

г) сочетанной формы язвенной болезни

д) рецидивы язвы после операции на желудке

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

в) премедикацию

г) промывание желудка

д) местную анестезию зева

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

д) инъекции в слизистую желудка раствора гистамина

021. Для маркировки места локализации удаленного полипа используется

а) бриллиантовая зелень

б) раствор туши

в) индигокармин

г) метиленовый синий

д) фукорцин

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

а) резекцию 2/3 желудка

б) антрумэктомию

в) антрумэктомию с ваготомией

г) селективную проксимальную ваготомию

д) селективную проксимальную ваготомию в сочетании с дренирующей операцией

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

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

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

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 удается ликвидировать консервативными мероприятиями

д) ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости

027. Перед колоноскопией необходимо выполнить

а) обзорную рентгенографию брюшной полости

б) ирригоскопию

в) пассаж бария по кишечнику

г) эзофагогастродуоденоскопию

д) ректороманоскопию

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

029. Колоноскопия не показана

а) при анемии

б) при раке яичника

в) при метастатическом поражении печени

г) при полипе желудка

д) при дизентерии

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

031. Показаниями к ургентной 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)

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

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

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

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)

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)

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)

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

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

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

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

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

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

а) осмотр производится без подготовки

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.

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

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

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

а) возраст больного (старики, дети)

б) нарушение функции почек

в) нарушение функции печени

г) явления интурационной толстокишечной непроходимости

д) воспалительные заболевания толстой кишки

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

а) колостомы

б) полипоза толстой кишки

в) толстокишечной непроходимости

г) дивертикулеза

д) функциональной диареи

047. К особенностям подготовки больных с дивертикулезом толстой кишки относятся

а) удвоение дозы касторового масла

б) использование в качестве слабительного раствора сернокислой магнезии

в) увеличение количества очистительных клизм в день исследования

г) уменьшение дозы слабительного

д) применение только механической очистки кишечника методом лекарственного промывания

048. Подготовка больных с дивертикулезом толстой кишки имеет следующую особенность

а) выраженный болевой синдром

б) опасность развития перфорации

в) трудность отмывания содержимого из дивертикулов

г) выраженный спазм кишки

д) опасность развития толстокишечной непроходимости

049. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии применяют

а) вазелиновое масло

б) касторовое масло или раствор сернокислой магнезии

в) свечи с глицерином

г) таблетки бисакодила

д) все перечисленное

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

а) вазелиновое масло

б) касторовое масло

в) свечи с глицерином

г) таблетки бисакодила

д) таблетки "Сенаде"

051. На моторику тонкой кишки преимущественно действуют

а) касторовое масло

б) кора крушины

в) изафенин

г) фенолфталеин (пурген)

д) бисакодил

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

а) касторового масла

б) коры крушины

в) изафенина

г) фенолфталеина (пургена)

д) листьев сены

053. На моторику тонкой и толстой кишки оказывают действие

а) раствор сернокислой магнезии

б) касторовое масло

в) изафенин

г) бисакодил

д) кора крушины

054. К послабляющим средствам относятся

а) касторовое масло

б) вазелиновое масло

в) изафенин

г) корень ревеня

д) лист сены

055. К слабительным средствам относятся все перечисленные препараты, кроме

а) касторового масла

б) вазелинового масла

в) изафенина

г) бисакодила

д) фенолфталеина (пургена)

056. К ветрогонным средствам относится

а) касторовое масло

б) вазелиновое масло

в) раствор сернокислой магнезии

г) настой из семян укропа

д) корень ревеня

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

а) препаратов, содержащих железо

б) диуретиков

в) гормонов

г) антикоагулянтов

д) дезагрегантов

058. Перед колоноскопией премедикация включает

а) наркотики подкожно

б) спазмолитики подкожно

в) наркотики + спазмолитики подкожно

г) наркотики + спазмолитики внутривенно

д) премедикации не требуется

059. Диаметр биопсийного канала 3. 7 мм имеет колоноскоп

а) CFIBW

б) CF-MB3

в) CF-ITM

г) TCF-IS

д) CFLB2

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

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

061. Диаметр биопсийного канала 5 мм имеет эндоскоп типа

а) TCF-IS

б) TCF-2L2

в) CF-MB3

г) CF-ITM

д) CF-HM

062. Наименьший наружный диаметр имеет колоноскоп типа

а) PCF

б) CF-MB3

в) CF-PI0

г) CF-ITM

д) CF-HM

063. К операционным колоноскопам относятся

а) CF-MB3

б) TCF-2L2 и ТХ-А2

в) ТХ-92

г) ТГФ-2Д

д) все перечисленные

064. Колоноскоп не удается 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

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

а) выраженного болевого синдрома

б) отсутствия "сбаривающего" эффекта при выведении эндоскопа

в) ограничения или полного отсутствия подвижности винтов

г) парадоксального движения колоноскопа

д) невозможности выведения просвета кишки в поле зрения

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"

067. Технически наиболее трудным для проведения колоноскопа является

а) ректо-сигмовидный отдел

б) сигмовидная кишка

в) селезеночный узел

г) печеночный узел

д) нисходящая кишка

068. К причинам, по которым колоноскоп не удается 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)

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

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

070. Фиксация сигмовидной кишки характеризуется

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

071. Введение колоноскопа в прямую кишку производится в положении больного

а) лежа на спине

б) лежа на левом боку

в) лежа на правом боку

г) лежа на животе

д) в коленно-локтевом положении

072. Осмотр ободочной кишки производится в положении больного

а) лежа на спине

б) лежа на левом боку

в) лежа на правом боку

г) лежа на животе

д) в коленно-локтевом положении

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

д) правильно б) и в)

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

в) после проведения колоноскопа за селезеночный или печеночный угол

г) появления неадекватного продвижения колоноскопа по кишке

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

а) цвет слизистой

б) выраженность сосудистого рисунка

в) ширину и высоту складок

г) локализацию транслюминисцентного свечения на передней брюшной стенке

д) время расправления кишки воздухом

076. Норматив времени на выполнение тотальной колоноскопии составляет

а) 30 мин

б) 60 мин

в) 90 мин

г) 100 мин

д) 150 мин

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

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

079. Самый узкий отдел толстой кишки - это

а) прямая кишка

б) ректо-сигмовидный отдел

в) сигмовидная кишка

г) слепая кишка

д) восходящая кишка

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

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

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

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

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

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

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

а) подвздошной кишки

б) слепой кишки

в) восходящей кишки

г) сигмовидной кишки

087. В понятие "ободочная кишка" не входит

а) слепая кишка

б) нисходящая кишка

в) сигмовидная кишка

г) прямая кишка

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

089. В понятие "толстая кишка" не входят

а) подвздошная, "тощая" кишка

б) слепая кишка

в) восходящая кишка

г) прямая кишка

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

091. Сальниковая тения хорошо выражена

а) в слепой кишке

б) в восходящей кишке

в) в поперечно-ободочной кишке

г) в нисходящей кишке

д) в сигмовидной кишке

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

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

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

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

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

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

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

д) полипоз толстой кишки

099. Первую в мире бронхоскопию выполнил

а) Микулич в 1888 г

б) Киллиан в 1897 г

в) Шмидт в 1903 г

г) Брюннингс в 1926 г

д) Фридель в 1956 г

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

д) Икеда в 1968 г

101. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются

а) трахеостома

б) статус астматикус

в) периферический рак легкого

г) бронхоэктатическая болезнь

д) гипоплазия легкого

102. Показаниями к бронхофиброскопии являются

а) профузное легочное кровотечение

б) статус астматикус

в) центральный рак легкого

г) инородное тело легкого

д) гемофилия

103. При бронхоскопии возможно диагностировать

а) бронхоэктатическую болезнь

б) интерстициальную пневмонию

в) неосложненную кисту легкого

г) центральный рак легкого

д) недренирующийся абсцесс легкого

104. Разрешающие возможности современного бронхоскопа позволяют осмотреть бронхи

а) 2-3-го порядка

б) 4-го порядка

в) 5-го порядка

г) 6-го порядка

д) 7-го порядка

105. Протипоказаниями к бронхофиброскопии являются

а) периферический рак легкого

б) центральный рак легкого

в) инородное тело бронха

г) статус астматикус

д) кровохарканье

106. Осложнениями бронхоскопии могут быть

а) бронхо-пищеводный свищ

б) желудочное кровотечение

в) ларингоспазм

г) пневмоторакс

д) ателектаз легкого

107. Наименее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является

а) новокаин

б) кокаин

в) тримекаин

г) дикаин

д) лидокаин

108. Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является

а) новокаин

б) кокаин

в) тримекаин

г) дикаин

д) лидокаин

109. Антидотом дикаина является

а) кордиамин

б) атропин

в) кофеин

г) эуфиллин

д) астмопент

110. Обработка бронхофиброскопа проводится с помощью

а) спирта 96

б) спирта 70

в) воды + спирта 70

г) мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 96

д) мыльного раствора + хлоргексидина + спирта 70

111. Обработка подсобных эндоскопических инструментов производится

а) кипячением

б) мыльным раствором + спиртом 90

в) мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 70

г) парами формалина

д) мыльным раствором + хлоргексидином + спиртом 90

112. Первым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

а) корень языка

б) язычок

в) надгортанник

г) голосовые связки

д) бифуркация трахеи (карина)

113. Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

а) корень языка

б) язычок

в) надгортанник

г) голосовые связки

д) бифуркация трахеи (карина)

114. Третьим анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

а) корень языка

б) язычок

в) надгортанник

г) голосовые связки

д) бифуркация трахеи (карина)

115. Четвертым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является

а) корень языка

б) язычок

в) надгортанник

г) голосовые связки

д) бифуркация трахеи (карина)

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

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

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

119. К средней доле относится

а) С1

б) С3

в) С5

г) С7

д) С9

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

д) на задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах

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

г) на медиальной стенке нижнезонального бронха

д) на медиальной стенке нижнедолевого бронха

122. 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 поверхности главного бронха

123. В верхней доле слева имеется

а) один сегментарный бронх

б) два сегментарных бронха

в) три сегментарных бронха

г) четыре сегментарных бронха

д) пять сегментарных бронхов

124. Бронх Нельсона - это

а) Б1

б) Б2

в) Б3

г) Б5

д) Б6

125. Верхушка Фовлера - это

а) Б6

б) Б7

в) Б8

г) Б9

д) Б10

126. Бронх Нельсона относится

а) к верхней доле справа

б) к средней доле

в) к нижней доле

г) к нижней доле слева

д) к язычковому сегменту

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

128. Показаниями к апирационной биопсии во время бронхофиброскопии является

а) статус астматикус

б) легочное кровотечение

в) гемангиома

г) инородное тело бронха

д) рак легкого

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

130. Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии является

а) центральный рак легкого

б) саркоидоз Бека

в) легочное кровотечение

г) периферический рак легкого

д) аденома бронха

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

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

133. Протиповоказанием 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

134. Осложнением щипцевой биопсии является

а) перфорация стенки бронха

б) кровотечение

в) отек слизистой оболочки бронха

г) обострение хронического бронхита

д) пневмомедиастинум

135. Осложнением трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является

а) обострение хронического бронхита

б) перфорация стенки бронха

в) кровотечение

г) пневмоторакс

д) разрыв легкого

136. При периферической опухоли легкого показана

а) щипцевая биопсия

б) браш-биопсия

в) аспирационная биопсия

г) щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем

д) пункционная биопсия

137. Первым применил эндоскопический осмотр органов брюшной полости

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

138. Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний

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

139. В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил

а) Келлинг в 1901 г

б) Якобеус в 1910 г

в) Шмидт в 1927 г

г) Кальк в 1929 г

д) Раддок в 1929 г

140. Оптический прибор для выполнения лапароскопии впервые применил

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

141. Специальный лапароскоп с оптикой и освещением впервые сконструировал

а) Боллер в 1927 г

б) Кальк в 1929 г

в) Фридрих в 1930 г

г) Хес в 1937 г

д) Лент в 1945 г

142. Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии

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

143. Автором первой монографии по лапароскопии является

а) Келлинг в 1924 г

б) Якобеус в 1921 г

в) Корбш в 1921 г

г) Штейнер в 1924 г

д) Цолликофер в 1924 г

144. При лапароскопии можно установить все перечисленное, кроме

а) цвета опухоли

б) морфологической структуры опухоли

в) наличия метастазов

г) консистенции опухоли

д) подвижности опухоли

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

а) асциты неясного генеза

б) дивертикулиты 12-перстной кишки

в) диффузные заболевания печени

г) женское бесплодие

д) спленомегалию

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

д) выяснения причины острой кишечной непроходимости

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

д) желтухи неясного генеза

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

д) синдрома Алена - Мастерса

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 церрозах печени

г) для уточнения формы и распространенности трофических нарушений при подозрении на мезентериальный тромбоз

д) правильно все, кроме в)

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

а) гемофилии

б) алкогольного опьянения

в) тотального спаечного процесса в брюшной полости

г) терминального состояния больного

д) резко выраженного вздутия кишечника

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

д) поликистоз яичников

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

д) папиллярных серозных кистом яичников

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

а) мезентериального тромбоза

б) субкапсулярных гематом печени

в) острого панкреатита

г) острого холецистита

д) механической желтухи

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

г) лимфаденит брыжейки кишки

д) неосложненный острый аппендицит

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

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

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) диагностику пузырно-кишечных свищей

д) дифференцирование видов холангита

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

а) накануне в день исследования сделать очистительные клизмы

б) на ночть перед исследованием назначить седативные препараты

в) научить больного "надуть" живот

г) перед исследованием опорожнить мочевой пузырь

д) накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

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

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

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

а) шприц Жанэ

б) копьевидный скальпель

в) пункционную иглу

г) зажим

д) иглодержатель

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

а) шприца "Рекорд"

б) иглы Иверсена - Рохольма

в) копьевидного скальпеля

г) окончатого мягкого зажима

д) металлического пальпатора

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

д) переходящую складку между стенкой желчного пузыря и задней поверхностью печени

164. Лапароскоп стерилизуется

а) в растворе карболовой кислоты

б) в растворе фурациллина

в) в растворе муравьиной кислоты

г) автоклавированием

д) в растворе хлоргексидина

165. Для аспирационной биопсии инструменты стерелизуются

а) кипячением

б) автоклавированием

в) в сухожаровых камерах

г) в параформалиновых камерах

д) в растворах антисептика

166. В брюшную полость лапароскоп вводится

а) вращательным движением

б) под контролем зрения

в) медленно

г) быстро

д) под углом относительно передней брюшной стенки

167. Для выполнения лапароскопии необходимо все перечисленное, исключая

а) остроконечный скальпель

б) троакар

в) переходный резиновый воздуховод

г) ранорасширитель

д) лапароскоп

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

г) в правом подреберье

д) выше и левее пупка

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

д) на 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота

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

а) рассечения кожи

б) надсечения апоневроза

в) рассечения брюшины

г) вращательных движений троакара вокруг своей оси

д) подтягивания передней брюшной стенки кверху за апоневроз

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

а) воздуха

б) закиси азота

в) углекислого газа

г) кислорода

д) фурацилина

172. Для осмотра червеобразного отростка лапароскоп в брюшную полость проводится

а) через верхнюю правую точку Калька

б) через верхнюю левую точку Калька

в) через нижнюю левую точку Калька

г) по белой линии живота над лобком

д) в точке Мак-Бурнея

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

д) через левое подреберье латеральнее наружного края мышцы живота

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

в) нижнюю левую точку Калька

г) наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье

д) наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье

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

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

177. При лапароскопическом исследовании можно осмотреть все перечисленное, исключая

а) печень

б) поджелудочную железу

в) желудок

г) матку с придатками

д) надпочечники

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

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

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 головном концом стола

д) на левом боку с опущенным головным концом стола

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

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

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

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

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

а) опустить головной конец стола

б) приподнять головной конец стола и повернуть больного на 45 влево

в) повернуть больного на 45 вправо

г) пальпатором сместить желудок дистально

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)

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

г) на левом боку с опущенным головным концом стола

д) на правом боку с приподнятым головным концом стола

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

г) на левом боку с опущенным головным концом стола

д) на левом боку при горизонтальном положении стола

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

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

д) при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на левый бок

191. Хорошо просматривается контур нижнего полюса левой почки

а) на спине при горизонтальном положении стола

б) в положении Тренделенбурга

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

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

д) на правом боку при слегка опущенном головном конце стола

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

а) на спине при горизонтальном положении стола

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

194. Поперечно-ободочную кишку можно осмотреть в положении больного

а) на спине при горизонтальном положении стола и натяжении большого сальника проксимально

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

195. Оптимальным для осмотра позадиматочно-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

д) положение Тренделенбурга с поворотом больного на левый бок

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

а) очаговых некистозных заболеваниях печени

б) диффузных заболеваний печени

в) лимфаденита неясного генеза

г) опухолевых заболеваний яичников

д) опухолевых заболеваний селезенки

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

198. Щипцовая биопсия при лапароскопии выполнима 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

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

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

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

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

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

204. При подготовке к аспирационной биопсии шприц нужно промыть

а) физиологическим раствором

б) раствором новокаина

в) раствором формалина

г) раствором хлоргексидина

д) промывать шприц не нужно

205. Аспирационная биопсия при лапароскопии противопоказана при подозрении на

а) дермоид яичников

б) сифилис печени

в) лимфому селезенки

г) гемангиому печени

д) туберкулезный натечник

206. Аспирационная биопсия не бывает информативной

а) при абсцессах печени

б) при кистомах яичников

в) при жировой инфильтрации печени

г) при опухолях почки

д) при забрюшинно расположенных инфильтратах

207. Аспирационная биопсия при лапароскопии информативна в случае

а) хронического гепатита

б) цирроза печени

в) эндометроидных кист яичников

г) абдоминальной формы лимфогранулематоза

д) аденомиоза матки

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

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

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

д) персистирующей формы хронического гепатита

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

д) опухоль почки

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

д) для дифференциальной диагностики жировой инфильтрации печени от других ее диффузных заболеваний

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

д) при малых формах наружного эндометриоза

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

а) большую кривизну тела желудка медиально

б) ободочную порцию селезеночно-ободочной связки латерально

в) нижний край селезеночного угла толстой кишки проксимально

г) нисходящий отдел толстой кишки медиально

д) нисходящий отдел толстой кишки латерально

215. Лапароскопическую холецистохолангиографию впервые выполнил

а) Ферверс в 1933 г

б) Ли в 1941 г

в) Роер в 1942 г

г) Кальк в 1945 г

д) Хеннинг в 1947 г

216. Метод лапароскопической холецистохолангиографии в клиническую практику внедрил

а) Калами в 1936 г

б) Роер в 1942 г

в) Аллоди в 1944 г

г) Фурье в 1945 г

д) Хоуп в 1950 г

217. Лапароскопическая холецистохолангиография противопоказана

а) при внутрипеченочном расположении желчного пузыря

б) при остром холецистите

в) при билирубинемии свыше 25 мг%

г) при гепатомегалии

д) при водянке желчного пузыря

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

а) менее 1 мм

б) 1 мм

в) 1. 2 мм

г) 2 мм

д) 3 мм

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

а) ввести в желудок больного воздух

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 стенки желудка

д) выполнять выше перечисленные манипуляции нельзя

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

д) установление возможного нарушения моторики маточных труб

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

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

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

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

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

г) тригана

д) эуфиллина

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

в) 25% концентрация от стандартного заводского приготовления

г) 10% концентрация от стандартного заводского приготовления

д) 5% концентрация от стандартного заводского приготовления

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

д) лежа на спине с опущенным головным концом стола

226. Заполнению контрастом внутрипеченочных протоков при лапароскопической холецистохолангиографии способствуют

а) хлористый кальций

б) морфин

в) но-шпа

г) метацин

д) эуфиллин

227. Методику торакоскопии впервые в мировой практике предложил

а) Куссмауль в 1868 г

б) Якобеус в 1910 г

в) Тейлор в 1914 г

г) Фридель в 1956 г

д) Карленс в 1959 г

228. Методику торакоскопии в нашей стране впервые применил

а) Д. О. Отт в 1911 г

б) С. И. Спасокукоцкий в 1919 г

в) П. А. Герцен в 1925 г

г) П. А. Куприянов в 1929 г

д) С. С. Юдин в 1933 г

229. Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленное, кроме

а) плевритов неясной этиологии

б) пиопневмоторакса

в) опухолей плевры

г) бронхогенного рака легкого

д) спонтанного пневмоторакса

230. Противопоказанием к торакоскопии является все, кроме

а) кахексии

б) изменения свертываемости крови

в) бронхоплевральных свищей

г) острой коронарной недостаточности

д) коматозных состояний

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

а) подкожной эмфиземы

б) пневмоторакса

в) внутриплеврального кровотечения

г) инфицирования плевральной полости

д) легочного кровотечения

232. Оптические телескопы обрабатываются способом, кроме

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

233. Вспомогательные металлические инструменты стерилизуются любым способом, кроме

а) автоклавирования

б) сухожаровой обработки

в) кипячения

г) спиртового раствора йода 2%

д) спиртового раствора хлоргексидина

234. Для торакоцентеза типичная точка расположена

а) в VIII межреберье по заднеподмышечной линии

б) во II межреберье по среднеключичной линии

в) в IV межреберье кпереди от среднеподмышечной линии

г) в IX межреберье по лопаточной линии

д) в VI межреберье по переднеподмышечной линии

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

д) пищевода

236. При торакоскопии оценке подлежит все, кроме

а) характера экссудата

б) вида париетальной плевры

в) вида висцеральной плевры

г) податливости и подвижности легкого

д) состояния сегментарных бронхов

237. При торакоскопии осмотру недоступны

а) поверхность сегмента СVII

б) поверхность сегмента СIV

в) дуга аорты

г) подключичная артерия

д) сухожильный центр диафрагмы

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

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.

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

241. К наиболее частым осложнениям при выполнении медиастиноскопии относятся

а) нагноение раны

б) гематома в ране

в) подкожная эмфизема

г) кровотечение

д) повреждение перикарда

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

а) тампонаду

б) торакотомию

в) перевязку сосуда

г) коагуляцию

д) гемотрансфузию

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

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

245. Оптимальным методом обезболивания при выполнении медиастиноскопии является

а) масочный

б) эндотрахеальный комбинированный наркоз

в) поверхностный наркоз без мышечных релаксантов

г) местная анестезия

246. Длина медиастиноскопа, применяемого при расширенной медиастиноскопии, составляет

а) 200 мм

б) 250 мм

в) 400 мм

г) 330 мм

д) длина медиастиноскопа такая же как при выполнении "классической" медиастиноскопии

247. Для выполнения медиастиноскопии существуют

а) один анатомический ориентир

б) два анатомических ориентира

в) три анатомических ориентира

г) четыре анатомических ориентира

д) пять анатомических ориентиров

248. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии

а) дуга аорты

б) яремная вырезка

в) трахея

г) бифуркация трахеи

д) грудино-подключичная мышца

249. Второй анатомический ориентир

а) трахея

б) яремная вырезка

в) бифуркация трахеи

г) пищевод

д) дуга аорты

250. Третий анатомический ориентир

а) пищевод

б) дуга аорты

в) трахея

г) бифуркация трахеи

д) грудино-подъязычная мышца

251. Отделами, недоступными осмотру при "классической" медиастиноскопии, являются

а) трахея

б) бифуркация трахеи

в) корни обоих легких

г) начальные отделы главных бронхов

д) паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы

252. К лимфоузлам, доступным биопсии при "классической" медиастиноскопии, относят

а) паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы

б) бронхопульмональные

в) лимфоузлы, находящиеся в "субаортальном окне"

г) околопищеводные

д) только паратрахеальные

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

а) только паратрахеальные

б) бронхопульмональные

в) бифуркационные и околопищеводные

г) бифуркационные

д) бронхопульмональные и паратрахеальные

254. При "классической" медиастиноскопии возможны

а) биопсия с задней поверхности пищевода

б) удаление паратрахеальных кист

в) биопсия с корня легкого

г) удаление бронхопульмональных узлов

д) биопсия ткани легкого

255. Операционную холедохоскопию с 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

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

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

258. Способ эндоскопического осмотра слизистой желчных протоков во время операции назван холедохоскопией

а) Зорнтоном

б) Бекисом

в) Антоници

г) Вилдегансом

д) Лейтером

259. При операционной холедохоскопии возможно все перечисленное, за исключением

а) перфорации стенки интрамуральной части холедоха

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

260. Введение холедохоскопа в желчные пути осуществляется через все перечисленные образования, кроме

а) культи пузырного протока

б) холедохотомического отверстия

в) малого дуоденального сосочка

г) большого дуоденального сосочка

д) холецистостомы

261. Фотографирование просвета внепеченочных желчных протоков впервые выполнил

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

262. Холедохоскоп на основе фиброволоконной оптики был создан

а) в 1946 г

б) в 1965 г

в) в 1968 г

г) в 1970 г

д) в 1974 г

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

д) рассечение стриктуры устья панкреатического протока

264. При операционной холедохоскопии можно выполнить все перечисленное ниже, кроме

а) осмотреть слизистую вне и внутрипеченочных желчных протоков

б) удалить камень из желчных протоков

в) рассечь стриктуру устья Вирсунгова протока

г) взять биопсию из слизистой протоков

д) выявить полипы ампулы большого дуоденального сосочка

265. Преимуществом кульдоскопии перед лапароскопией является

а) лучший обзор женских половых органов

б) не нужен искусственный пневмоперитонеум

в) дает более широкие возможности для диагностических манипуляций

г) обеспечивает больший диапазон лечебных манипуляций

д) имеет меньше противопоказаний

266. Впервые идею осмотра органов брюшной полости с помощью введения в нее осветительных приборов предложил

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

267. Кульдоскопию впервые предложил и выполнил

а) Раддок в 1934 г

б) Дечер в 1942 г

в) Л. Н. Орлов в 1947 г

г) Антиа в 1952 г

д) Пальмер в 1954 г

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

г) спаечного процесса в малом тазу

д) выявления уровня окклюзии при частично непроходимых маточных трубах

269. Показаниями к плановой кульдоскопии являются все перечисленные, кроме

а) уточнения характера аномалий развития гениталий

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

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

д) подозрения на острый аппендицит

271. Показаниями к экстренной кульдоскопии являются все перечисленные, кроме

а) подозрения на перфорацию матки

б) подозрения на непроникающий разрыв матки после родов

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

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

г) спаечный процесс в брюшной полости

д) ограниченные показания

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

г) спаечный процесс в брюшной полости

д) легочно-сердечную патологию в стадии декомпенсации

274. Оптимальное положение больной на операционном столе во время кульдоскопии

а) горизонтальное

б) положение Тренделенбурга

в) на левом боку

г) на правом боку

д) коленно-грудное положение

275. Оптимальным методом обезболивания при кульдоскопии является

а) местная парацервикальная анестезия

б) ингаляционный наркоз

в) сочетание местного и общего обезболивания

г) внутривенный наркоз

д) нейролептаналгезия

276. Кульдоскоп вводится через

а) передний свод влагалища

б) задний свод влагалища

в) правую нижнюю точку Калька

г) левую нижнюю точку Калька

д) точку Мак-Бурнея

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

г) воспаления яичника

д) уточнения гистологического диагноза при распространенном раковом процессе и туберкулезе гениталий

278. К техническим особенностям биопсии яичника относятся все перечисленные, за исключением

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

279. Гистероскопию впервые выполнил

а) Витт

б) Хайнберг

в) Панталеони

г) Френд

д) Б. И. Литвак

280. Гистероскопия впервые выполнена

а) в 1869 г

б) в 1890 г

в) в 1903 г

г) в 1916 г

д) в 1923 г

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

д) бесконтактной гистероскопии

282. Гистероскоп модели Силандера с баллоном используется во всех перечисленных случаях, кроме

а) контроля за качеством выскабливания

б) удаления внутриматочной спирали из полости матки

в) подозрения на рак тела матки

г) бесплодия

д) контактных кровотечений

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

г) возможность эмболии через зияющие сосуды

д) невозможность провести рассечение перегородок и синехий

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)

д) опухолевых или воспалительных инфильтратов малого таза

285. Гистероскопия с использованием жидких сред применяется во всех перечисленных случаях, за исключением

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

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

г) деформации и разрывов шейки матки с применением адаптера

д) для осуществления манипуляций внутри матки с применением электрокоагуляции

287. Абсолютными показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме

а) нарушения ритма менструаций

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

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

д) подозрение на опухолевые поражения придатков

289. Гистероскопия позволяет с большей точностью выявить все перечисленные заболевания, кроме

а) аденомиоза

б) железисто-кистозной гиперплазии

в) аденоматоза

г) рака эндометрия

290. Оптимальный срок для осмотра устья маточных труб

а) фаза пролиферации

б) фаза секреции

в) середина цикла

г) менструация

д) любая фаза менструального цикла

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

г) маточных кровотечений

д) III-IV степени чистоты влагалищных мазков, наличия в них грибка, молочницы и трихомонад

292. Мероприятия, которые проводят при подготовке больных к плановой гистероскопии включают все перечисленное, за исключением

а) очистительной клизмы накануне

б) бритья наружных половых органов

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)

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

294. При гистероскопии могут быть использованы все перечисленные методы обезболивания, исключая

а) эндотрахеальный наркоз

б) внутривенный наркоз

в) масочный наркоз закисью азота или фторотаном

г) парацервикальную анестезию раствором новокаина

д) внутришеечное введение кетамина

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.

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

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

298. Впервые исследовал полость коленного сустава

а) Такарди

б) Мелтзинг

в) Берси

г) Штарк

д) Бивэн

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

300. Артроскоп был сконструирован

а) в 1920 г

б) в 1930 г

в) в 1931 г

г) в 1936 г

д) в 1948 г

301. Фотографирование через артроскоп было впервые выполнено

а) в 1918 г

б) в 1932 г

в) в 1936 г

г) в 1947 г

д) в 1951 г

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

д) О. А. Ушаков

303. Троакар артроскопа вводят в полость сустава под углом

а) 30-35

б) 40-45

в) 50-60

г) 70-80

д) 90-100

304. Стилет в полость коленного сустава вводят под углом

а) 40-45

б) 50-60

в) 90-120

г) 170-175

д) 150-160

305. Раствор, вводимый при артроскопии в полость сустава

а) дистиллированная вода

б) физиологический раствор

в) изотонический раствор хлорида натрия

г) новокаин 0. 25%

д) новокаин 0. 5%

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

д) наличие инфекционного процесса в коленном суставе

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

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**

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

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

003. Клиническая картина грыжи пищеводного отверстия диафрагмы включает все перечисленные симптомы, за исключением

а) болей в подложечной области после еды

б) длительной интерметтирующей дисфагии

в) прогрессирующей дисфагии

г) диспепсического синдрома

д) псевдостенокардического синдрома

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

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

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

007. К осложнениям аксиальной грыжи относятся все перечисленные, кроме

а) эзофагита

б) эрозии пищевода

в) язвы пищевода

г) кровотечения

д) варикозного расширения вен пищевода

008. Эндоскопическими критериями эзофагита являются все перечисленные, исключая

а) гиперемию слизистой оболочки пищевода

б) эрозии и язвы

в) лейкоплакии

г) полипы

д) утолщение складок слизистой оболочки пищевода

009. К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относится

а) розовая слизистая

б) гиперемия слизистой в виде продольных полос

в) багрово-синюшная слизистая

г) сосудистый рисунок не виден

д) эрозии слизистой

010. К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относится

а) гиперемия слизистой незначительная

б) ярко гиперемированная слизистая

в) розовая слизистая

г) незначительная контактная кровоточивость

д) эластичность слизистой сохранена

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

д) одиночные или множественные язвы

012. К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относятся все перечисленные, исключая

а) гиперемию слизистой в виде продольных полос

б) снижение эластичности слизистой оболочки

в) отек слизистой оболочки

г) наличие вязкой слизи

д) изменение сосудистого рисунка

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

д) сохранения эластичности слизистой

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

г) сохранения эластичности слизистой

д) одиночных или множественных язв

015. Причинами острого эзофагита могут быть все перечисленные, кроме

а) инфекционных заболеваний

б) травмы

в) ожогов

г) отравления

д) рефлюкса желудочного содержимого

016. Причинами хронического эзофагита могут быть все перечисленные, кроме

а) постоянного рефлюкса желудочного содержимого

б) ахализии кардии

в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

г) пищевых раздражителей

д) халазии кардии

017. Клиническая картина эзофагита включает все перечисленное, исключая

а) боли в эпигастральной области

б) изжогу

в) отрыжку

г) псевдокоронарный синдром

д) дисфагию

018. Эндоскопическая картина пептической язвы пищевода характеризуется всеми перечисленными признаками, исключая

а) локализацию в зоне кардиоэзофагального перехода

б) неглубокую язву без воспалительного вала вокруг

в) глубокую язву c высоким воспалительным валом вокруг

г) размеры язвы не превышают 1 см

д) плотные края язвы при инструментальной пальпации

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

в) при раздувании пищевода воздухом складки не расправляются

г) в фазе максимального вдоха складки сглаживаются

д) у кардии складки обрываются, зубчатая линия сохранена

020. Причинами синдрома Мэллори - Вейса могут быть все перечисленные, исключая

а) прием алкоголя

б) рвоту

в) подъем тяжести

г) сильный кашель

д) закрытую травму живота

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

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

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

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

025. К осложнениям дивертикулов пищевода относят все перечисленные, кроме

а) кровотечения

б) перфорации

в) формирования свища

г) эзофагита

д) стеноза

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

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) при раздувании воздуха вены спадаются

г) в фазе максимального вдоха отчетливо видны

д) при инструментальной пальпации ощущается сопротивление

028. Эндоскопические признаки варикозного расширения вен пищевода включают все перечисленные, за исключением

а) продольно расположенные тяжи голубого цвета

б) узловатой формы, диаметр по направлению к кардии увеличивается

в) при раздувании воздухом не спадаются

г) при инструментальной пальпации ощущается сопротивление

д) зубчатая линия сохранена

029. Варикозное расширение вен желудка обычно определяется

а) в области угла желудка

б) в области дна желудка

в) в кардиальном отделе на малой кривизне

г) в антральном отделе

д) в области привратника

030. Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 1 стадии включает все перечисленные признаки, исключая

а) равномерно расширенные вены диаметром до 2 мм

б) располагаются в верхней трети пищевода

в) слизистая оболочка пищевода не изменена

г) перистальтика в пищеводе сохранена

д) кардия смыкается

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) слизистая оболочка пищевода не изменена

г) перистальтика в пищеводе сохранена

д) кардия смыкается либо зияет

032. Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 3 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением

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

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

034. Варикозные 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

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

036. К основным методам диагностики кардиоспазма относятся все перечисленные, исключая

а) рентгенологический

б) эзофагоскопию

в) эзофаготонокимографию

г) анамнез

д) ультразвуковое исследование

037. Эндоскопические признаки кардиоспазма включают все перечисленные, за исключением

а) расширения пищевода

б) большого количества содержимого в пищеводе

в) хорошего рассправления пищевода воздухом

г) рефлюкса желудочного содержимого в пищевод

д) спазма кардии

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

039. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают все перечисленное, за исключением

а) слизистая пищевода не изменена

б) просвет пищевода не расширен

в) просвет пищевода расширен

г) кардия спазмирована

д) перистальтика усилена

040. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 3 степени включают все перечисленное, за исключением

а) просвет пищевода резко расширен

б) поперечная складчатость слизистой оболочки выражена

в) кардия не изменена

г) кардия спазмирована

д) перистальтика резко усилена

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

д) перистальтика усилена

042. Минимальный диаметр сужения, достаточный для прохождения пищи, составляет

а) 15 мм

б) 10 мм

в) 8 мм

г) 5 мм

д) 2 мм

043. Клинические проявления рубцовых сужений пищевода включают все перечисленное, за исключением

а) болей за грудиной

б) анорексии

в) дисфагии

г) френикус - симптома

д) потери массы тела

044. Показаниями к оперативному лечению при рубцовых сужениях пищевода служат все перечисленные, исключая

а) рак в области стриктуры

б) полная непроходимость пищевода

в) свищи

г) эзофагит

д) отсутствие эффекта от бужирования

045. Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 1 степени включает все перечисленные признаки, кроме

а) некротического струпа

б) отека слизистой

в) гиперемии слизистой

г) поверхностных эрозий

д) наложения фибрина

046. Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 2 степени включает все перечисленные признаки, за исключением

а) некротического струпа

б) кольцевидного стеноза пищевода

в) изъязвления слизистой оболочки пищевода

г) контактной кровоточивости

д) грануляции

047. Поздние осложнения ожогов пищевода включают все перечисленное, кроме

а) рубцовой стриктуры

б) перфорации пищевода

в) озлокачествления рубца

г) тракционной хиатальной грыжи

д) свищей

048. Видами рубцовых сужений пищевода по протяженности являются все перечисленные, кроме

а) четкообразных

б) коротких

в) трубчатых

г) тотальных

д) субтотальных

049. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются все перечисленные, кроме

а) гладкие, блестящие рубцы

б) неровные, тусклые рубцы

в) слизистая оболочка вокруг рубцов не изменена

г) плотность при инструментальной пальпации

д) расширение просвета пищевода

050. Эндоскопическая картина доброкачественной подслизистой опухоли пищевода включает все перечисленное, исключая

а) правильную округлую форму

б) гладкую поверхность

в) бугристую поверхность

г) слизистая оболочка над опухолью не изменена

д) плотно-эластическую консистенцию

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

д) диаметр 0. 6-1 см

052. Дисфагия проявляется, когда раком поражается более

а) 10% окружности пищевода

б) 30% окружности пищевода

в) 50% окружности пищевода

г) 70% окружности пищевода

д) 90% окружности пищевода

053. Характерной микроскопической структурой рака пищевода является

а) низкодифференцированный рак

б) плоскоклеточный рак с ороговением

в) овсяноклеточный рак

г) перстневидноклеточный рак

д) мелкоклеточный рак

054. Эндоскопическая картина изъязвившегося рака пищевода включает все перечисленное, кроме

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

055. Эндоскопическая картина пристеночной опухоли пищевода характеризуется всем перечисленным, за исключением

а) форма полиповидная, бляшковидная

б) локализуется на одной стенке

в) поверхность бугристая

г) наличие изъязвлений

д) просвет пищевода сужен

056. Эндоскопическая картина кардио-эзофагального рака характеризуется всем перечисленным, исключая

а) перестройку рельефа слизистой

б) слизистая тусклая, серого цвета

в) функция кардии нарушена

г) функция кардии не нарушена

д) зубчатая линия нечетко выражена, смазана

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

д) кровоточивость повышенная

058. Эндоскопическая картина рака пищевода характеризуется всем перечисленным, кроме

а) поражается одна стенка пищевода

б) рельеф слизистой перестроен

в) просвет пищевода не изменен

г) просвет пищевода сужен

д) выраженная контактная кровоточивость

059. К эндоскопическим критериям поверхностного гастрита относят

а) слизистая оболочка бледная, сосудистый рисунок подчеркнут

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

060. Эндоскопическая картина атрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая

а) слизистая бледно-серого цвета

б) складки слизистой нормального калибра

в) сосудистый рисунок выражен

г) складки слизистой истончены

д) перистальтика сохранена

061. Эндоскопическая картина гипертрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая

а) слизистая оболочка ярко гиперемирована

б) складки слизистой оболочки утолщены, извиты

в) большое количество слизи

г) перистальтика активная

д) умеренное количество слизи

062. Излюбленная локализация гранулярного очагового гастрита

а) кардиальный отдел

б) свод желудка

в) задняя стенка тела желудка

г) передняя стенка тела желудка

д) антральный отдел

063. Для эндоскопической картины бородавчатого гастрита характерно

а) слизистая оболочка бархатистая, складки утолщены

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

064. Излюбленная локализация бородавчатого гастрита

а) кардиальный отдел

б) свод желудка

в) тело желудка

г) антральный отдел

д) привратник

065. Эндоскопическая картина болезни Менетрие характеризуется всем перечисленным, кроме

а) яркой гиперемии слизистой оболочки

б) складки слизистой оболочки утолщены, извиты, хаотично расположены

в) складки слизистой оболочки утолщены, продольные

г) эрозии и бородавчатые разрастания на высоте складок

д) эластичность слизистой оболочки снижена

066. Эндоскопическая картина зернистого гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением

а) слизистая оболочка гладкая, блестящая

б) слизистая оболочка неровная, шероховатая, "бархатистая"

в) складки слизистой утолщены

г) перистальтика активная

д) количество слизи умеренное

067. Эндоскопическая картина полипозного гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением

а) множественные полиповидные образования на слизистой оболочке

б) слизистая оболочка розовая, блестящая

в) слизистая оболочка гиперемирована, отечна

г) складки слизистой оболочки утолщены

д) перистальтика активная

068. Полипозный гастрит необходимо дифференцировать

а) с инфильтративным раком желудка

б) с болезнью Менетрие

в) с полипозом желудка

г) с неполными эрозиями желудка

д) с подслизистой опухолью желудка

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

г) воспалением слизистой оболочки вокруг эрозий

д) диаметр эрозий 1 мм

070. Морфологическая картина атрофического гастрита включает все перечисленные признаки, исключая

а) укорочение желез слизистой оболочки

б) образование железистых кист

в) уменьшение количества специфичных для данного отдела желудка железистых клеток

г) дисплазию

д) метаплазию

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

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

073. Излюбленная локализация неполной эрозии желудка

а) малая кривизна

б) большая кривизна

в) передняя стенка

г) задняя стенка

д) антральный отдел

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

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

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

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

078. Излюбленная локализация полной эрозии

а) малая кривизна

б) большая кривизна

в) передняя стенка

г) задняя стенка

д) привратник

079. Возвышение слизистой оболочки при полной незрелой эрозии обусловлено

а) фиброзными изменениями

б) псевдогиперплазией за счет отека

в) гиперплазией

г) дисплазией

д) метаплазией

080. Возвышение при полной зрелой эрозии обусловлено

а) фиброзными изменениями

б) псевдогиперплазией за счет отека

в) гиперплазией

г) дисплазией

д) метаплазией

081. Эндоскопические критерии полной незрелой эрозии включают все перечисленное, за исключением

а) полиповидного образования

б) неправильной формы

в) нечетких контуров

г) изъязвления на вершине

д) четких контуров

082. Эндоскопические критерии полной зрелой эрозии включают все перечисленное, исключая

а) полиповидное образование

б) изъязвление на вершине

в) правильную форму

г) нечеткие контуры

д) четкие контуры

083. Полную зрелую эрозию следует дифференцировать

а) с язвой желудка

б) с полиповидным раком

в) с ранним раком тип 2а 2с

г) с подслизистой опухолью

д) с лимфомой желудка

084. Множественные полные эрозии следует дифференцировать

а) с полипозом желудка

б) с полиповидным раком

в) с ранним раком типа 2а 2с

г) с подслизистыми опухолями

д) с хронической язвой

085. Сроки заживления полных незрелых эрозий составляют

а) несколько часов

б) несколько дней

в) от 2 до 4 недель

г) до 2 месяцев

д) персистируют годами

086. Сроки заживления полных зрелых эрозий составляют

а) несколько часов

б) несколько дней

в) от 2 до 4 недель

г) до 2 месяцев

д) персистируют годами

087. Заживление полных незрелых эрозий характеризуется

а) образованием звездчатого рубца

б) образованием линейного рубца

в) эпителизацией язъязвления и исчезновением выбухания слизистой оболочки

г) эпителизацией язъязвления с сохраняющимся возвышением слизистой

д) образованием псевдодивертикула

088. Заживление полных эрозий характеризуется

а) эпителизацией язъязвления с сохраняющимся возвышением слизистой

б) эпителизацией язъязвления и исчезновением выбухания слизистой оболочки

в) формированием деформации стенки желудка

г) образованием звездчатого рубца

д) образованием линейного рубца

089. Длительно незаживающие полные эрозии следует дифференцировать

а) с лимфомой желудка и язвенно-инфильтративным раком

б) с болезнью Менетрие

в) с гранулярным гастритом

г) с бородавчатым гастритом

д) со всем перечисленным

090. Глубина разрушения стенки желудка при острой язве включает

а) собственную пластинку

б) слизистый слой

в) подслизистый слой

г) мышечный слой

д) все слои стенки

091. Эндоскопические признаки острой язвы желудка характеризуются всем перечисленным, за исключением

а) дефект слизистой округлой или овальной формы

б) к язве конвергируют складки слизистой

в) края язвы отечны, легко кровоточат

г) окружающая слизистая гиперемирована

д) дно язвы покрыто желтоватым или сероватым налетом

092. Эндоскопические признаки острой язвы желудка характеризуются всем перечисленным, исключая

а) излюбленная локализация - малая кривизна

б) края язвы мягкие

в) размер от 1 до 3 см

г) воспаление слизистой оболочки вокруг язвы

д) часто осложняется кровотечением

093. Диаметр острой язвы желудка составляет

а) несколько мм

б) до 1 см

в) от 1 до 3 см

г) от 3 до 5 см

д) свыше 5 см

094. К признакам, по которым проводится дифференциальный диагноз между острой язвой и неполной эрозией, относятся

а) результаты биопсии

б) глубина поражения

в) состояние слизистой вокруг (гиперемия, отек, инфильтрация)

г) размеры

д) форма

095. Излюбленной локализацией острых язв желудка является

а) большая кривизна

б) малая кривизна

в) задняя кривизна

г) передняя стенка

д) привратник

096. Множественные острые язвы желудка встречаются в

а) 1-5% случаев

б) 5-10% случаев

в) 10-15% случаев

г) 15-20% случаев

д) 20-25% случаев

097. Частота осложнений острых язв желудка составляет

а) 10-15%

б) 15-20%

в) 20-30%

г) 30-40%

д) 40-45%

098. Наиболее частое осложнение острых язв желудка

а) перфорация

б) пенетрация

в) кровотечение

г) малигнизация

д) стеноз

099. Клинические проявления язв антрального отдела желудка включают все перечисленное, за исключением

а) нет сезонности обострения

б) поздние "голодные боли"

в) ночные боли в эпигастрии

г) изжога

д) рвота кислым желудочным содержимым

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

д) ночные боли

101. Глубина разрушения стенки желудка при хронической язве включает

а) собственную пластинку слизистой оболочки

б) слизистый слой

в) подслизистый слой

г) мышечный слой

д) все слои стенки

102. Хронические язвы желудка чаще всего локализуются

а) в области дна

б) в субкардиальном отделе

в) на большой кривизне тела желудка

г) на малой кривизне в области угла желудка

д) в препилорической зоне

103. Эндоскопические признаки хронической язвы желудка включают все перечисленное, за исключением

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

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

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

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

107. Изъязвления Дьелафуа 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

108. Изъязвления Дьелафуа осложняется

а) скрытым кровотечением

б) перфорацией

в) профузным кровотечением

г) пенетрацией

д) малигнизацией

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

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

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

д) деформация стенки желудка отсутствует

112. Хронические язвы встречаются на большой кривизне желудка

а) никогда

б) в 1% случаев

в) в 3-5% случаев

г) в 5-10% случаев

д) в 10-15% случаев

113. Размеры "траншееподобной" язвы составляют

а) до 1 см длиной

б) от 1 до 3 см длиной

в) от 2 до 3 см длиной

г) от 4 до 6 см длиной

д) больше 10 см

114. "Траншееподобная" язва локализуется

а) на малой кривизне тела желудка

б) на большой кривизне тела желудка

в) в кардиоэзофагальном переходе

г) в антральном отделе

д) в привратнике

115. Каллезная язва - это

а) хроническая язва

б) длительно незаживающая хроническая язва

в) часто рецидивирующая хроническая язва

г) язва, не склонная к рубцеванию

д) острая язва

116. Хроническая язва желудка морфологически характеризуется

а) нормальной слизистой в препарате

б) разрастаниями грануляционно-рубцовой ткани

в) перестройкой желез по кишечному типу

г) метаплазией

д) дисплазией

117. Гиперемия слизистой вокруг язвы свидетельствует

а) о выраженном воспалении

б) об инфильтрации слизистой

в) о рубцевании язвы

г) о малигнизации язвы

д) о пенетрации язвы

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

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

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

121. К осложнениям язвенной болезни желудка относятся все перечисленные, исключая

а) кровотечение

б) дуоденостаз

в) перфорацию

г) пенетрацию

д) деформацию желудка

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

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) наползание однослойного эпителия с краев язв

д) увеличение полнокровия

124. К опухолевидным поражениям желудка относятся все перечисленные, за исключением

а) гиперпластического полипа

б) гамартомного полипа Пейтца - Егерса

в) аденоматозного полипа (аденомы)

г) ювенильного полипа

д) лимфоидной гиперплазии

125. К фоновым заболеваниям, относящимся к предраковому состоянию, являются все перечисленные, кроме

а) аденомы желудка

б) лимфоидной гиперплазии

в) хронического атрофического гастрита

г) язвенной болезни желудка

д) болезни Менетрие

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

д) выделения сливкообразного гноя из дефектов слизистой

127. Полипы желудка чаще локализуются

а) в кардиальном отделе

б) в дне

в) в теле

г) в антральном отделе

д) излюбленной локализации нет

128. Доброкачественные подслизистые опухоли обычно осложняются

а) перфорацией

б) стенозом

в) кровотечением

г) образованием свища

д) озлокачествлением

129. К предраковым относятся все следующие изменения слизистой оболочки желудка, исключая

а) кишечную метаплазию

б) тяжелую дисплазию слизистой оболочки

в) слабую дисплазию слизистой оболочки

г) гиперплазию слизистой оболочки

д) атрофию слизистой оболочки

130. Излюбленная локализация полиповидного рака желудка

а) кардиальный отдел

б) тело желудка

в) малая кривизна

г) привратник

д) свод желудка

131. Излюбленная локализация блюдцеобразного рака желудка

а) кардиальный отдел

б) большая кривизна тела и антрального отдела желудка

в) малая кривизна

г) привратник

д) свод

132. Излюбленная локализация изъязвившегося рака желудка

а) свод

б) малая кривизна

в) большая кривизна

г) антральный отдел

д) излюбленной локализации нет

133. Излюбленная локализация инфильтративного рака желудка

а) свод

б) малая кривизна

в) большая кривизна

г) антральный отдел

д) излюбленной локализации нет

134. Проксимальная граница опухоли обязательно определяется

а) при полиповидном раке

б) при блюдцеобразном раке

в) при изъязвившемся раке

г) при инфильтративном раке

д) при раннем раке

135. Полиповидный рак чаще развивается на фоне

а) поверхностного гастрита

б) атрофического гастрита

в) полипоза желудка

г) острой язвы желудка

д) хронической язвы желудка

136. Изъязвившийся рак чаще развивается на фоне

а) хронической язвы

б) острой язвы

в) эрозивного гастрита

г) атрофического гастрита

д) поверхностного гастрита

137. Инфильтративный рак чаще развивается на фоне

а) хронической язвы

б) острой язвы

в) гипертрофического гастрита

г) эрозивного гастрита

д) поверхностного гастрита

138. Эндоскопические признаки изъязвившегося рака включают все перечисленное, за исключением

а) четких контуров

б) прерывистого воспалительного вала вокруг

в) изъеденных контуров

г) бугристого дна

д) инфильтрации слизистой вокруг

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

г) воспалительный вал окружает изъязвление полностью

д) окружающая слизистая тусклая, мелкобугристая

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

д) "горячая" биопсии

141. В понятие "дисплазия" входит

а) клеточная атипия

б) нарушение структуры тканей

в) нарушение дифференцировки

г) все перечисленное

142. Классификация раннего рака желудка предложена

а) Боррманном в 1926 г

б) Мураками в 1970 г

в) Японским гастроэнтерологическим обществом в 1962 г

г) Каваи в 1970 г

д) Оттеньян в 1970 г

143. К предраковым заболеваниям пищевода относятся все перечисленные, кроме

а) тимоз (гиперкератоз стоп и ладоней)

б) пищевод Барретта

в) стриктуры пищевода

г) ахалазия кардии

д) дивертикул

144. Наиболее частая локализация раннего рака желудка

а) свод

б) кардиальный отдел

в) малая кривизна

г) задняя стенка

д) большая кривизна

145. Наиболее редкая локализация раннего рака желудка

а) свод

б) кардиальный отдел

в) малая кривизна

г) задняя стенка

д) большая кривизна

146. Глубина поражения при раннем раке желудка включает

а) собственную пластинку слизистой оболочки желудка

б) всю слизистую

в) слизистый и подслизистый слои

г) слизистый, подслизистый и мышечные слои

д) все стенки желудка

147. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся

а) метаплазия

б) дисплазия 1 степени

в) дисплазия 2 степени

г) дисплазия 3 степени

д) прогрессирующая дисплазия

148. Клиническая картина раннего рака желудка включает

а) тяжесть в эпигастральной области

б) тошноту

в) симптоматика отсутствует

г) похудание

д) слабость

149. Эндоскопические признаки раннего рака типа I включают все перечисленное, за исключением

а) полиповидного образования с неровной бугристой поверхностью

б) слизистая вокруг гладкая, блестящая

в) слизистая вокруг инфильтрирована

г) перистальтика сохранена

д) выраженная контактная кровоточивость

150. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIа характеризуются всем перечисленным, кроме

а) бляшковидной формы

б) поверхностного изъязвления

в) четких, ровных контуров

г) бугристой поверхности

д) площадки неизмененной слизистой

151. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIб 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

152. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIс 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

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

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

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

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

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

г) эпителизацию язвы с дна

д) стихание явлений бульбита

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) зон умеренной гиперемии вокруг рубца

г) деформации полости луковицы 12-перстной кишки

д) изменений слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки по типу "манной крупы"

159. Эндоскопическая картина при синдроме Золлингер - Эллисона включает все перечисленное, за исключением

а) большого количество жидкости в желудке

б) гипертрофии складок желудка и его атонии

в) язвенного дефекта больших размеров с глубоким дном, окруженного большим воспалительным валом

г) плоского язвенного дефекта без воспалительного вала вокруг

д) наличия множественных язв в желудке и 12-перстной кишке, особенно в ее постбульбарном отделе

160. Наиболее частой причиной желудочно-кишечного кровотечения является

а) хроническая язва желудка

б) хроническая язва 12-перстной кишки

в) рак желудка

г) синдром Мэллори - Вейса

д) острая язва желудка

161. Эндоскопическими признаками хронической дуоденальной непроходимости являются все перечисленные, исключая

а) дуодено-гастральный рефлюкс

б) отек и гиперемию 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

д) гипертрофию слизистой оболочки антрального отдела желудка

162. Причинами хронической дуоденальной непроходимости могут быть все перечисленные заболевания, исключая

а) нарушение вегетативной инервации 12-перстной кишки

б) артерио-мезентериальную компрессию

в) острый бульбит

г) массивный рубцовый перидуоденит

д) необычную фиксацию 12-перстной кишки и нарушение ее анатомической формы в месте дуодено-еюнального перехода

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

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 слизеобразования

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

166. Наиболее характерным осложнением дивертикула 12-перстной кишки является

а) дивертикулит

б) язва дивертикула

в) перфорация

г) кровотечение

д) рак

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

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

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) отсутствие визуализации большого дуоденального сосочка

г) оттеснение задней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки

д) распрямление верхнего дуоденального изгиба

170. Эндоскопические признаки прорастания рака в стенку 12-перстной кишки без вовлечения слизистой оболочки характеризуются всем перечисленным, кроме

а) подвижности слизистой

б) фиксированности слизистой

в) воспалительных изменений слизистой

г) наличия эрозий

д) стойкой деформации просвета

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

д) воспаленной, эрозированной слизистой

172. Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет около

а) 0. 5 м/час

б) 1 м/час

в) 1. 5 м/час

г) 2 м/час

д) 2. 5 м/час

173. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке составляет около

а) 0. 1 м/час

б) 0. 5 м/час

в) 1 м/час

г) 1. 5 м/час

д) 2 м/час

174. Перистальтические движения в толстой кишке совершаются с частотой

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

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

176. Для атрофического колита не характерны следующие эндоскопические признаки

а) сосудистый рисунок в виде ангиоматозных звездочек

б) отек слизистой и смазанность сосудистого рисунка

в) при биопсии слизистая не тянется за форцептом

г) изрытость слизистой

д) все перечисленное

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 форцептом, а отрывается от подслизистого слоя

178. Для атрофического колита характерны

а) отек слизистой

б) усиление сосудистого рисунка

в) при биопсии слизистая не тянется за форцептом

г) при биопсии слизистая тянется за форцептом

д) правильно а) и б)

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

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

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

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

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

184. Расстояние между складками в гипертоничной кишке составляет

а) более 2 см

б) менее 2 см

в) не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

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

186. К запорам, являющимся разновидностью функциональной кишечной диспепсии, относят

а) спастический и анатомический запор

б) вторичный запор

в) запор органической природы

г) ложный запор

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)

188. Запором называется задержка акта дефекации более

а) 24 часов

б) 32 часов

в) 40 часов

г) 48 часов

д) 72 часов

189. Эндоскопическими признаками недостаточности Баугиниевой заслонки являются все перечисленные, кроме

а) стойкого спазма сфинктера Гирша

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

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

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

191. К слабительным средствам, которые могут вызвать при длительном приеме меланоз толстой кишки, относятся все перечисленные, кроме

а) ревеня

б) александрийского листа

в) пургена (фенолфталеина) и свечей бисакодила

г) коры крушины

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

д) правильно а) и г)

193. Лимфофолликулярная гиперплазия чаще всего выявляется

а) в тощей кишке

б) в 12-перстной кишке

в) в терминальном отделе подвздошной кишки

г) в ободочной кишке

д) в прямой кишке

194. Ангиодисплазии наиболе часто встречаются

а) в слепой кишке

б) в прямой кишке

в) в сигмовидной кишке

г) в поперечно-ободочной кишке

д) в нисходящей кишке

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

д) формирования глубоких продольных длительно не заживающих трещин, которые сочетаются со стриктурами

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

д) правильно а) и б)

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

д) саркоидных гранулем

198. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется

а) отеком слизистой оболочки

б) отеком подслизистого слоя и поверхностными изъязвлениями

в) повышенной контактной кровоточивостью

г) усиленным сосудистым рисунком

д) всем перечисленным

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

д) все перечисленное, кроме б)

200. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе деструкции характеризуется

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

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

д) частые рецидивы полипа на месте ранее удаленного

202. К полипам, в которых практически никогда не встречается псевдоинвазия,,относятся все перечисленные, кроме

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

203. Для гистологической картины псевдоинвазии в аденоматозных полипах толстой кишки характерны

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

204. Отделы толстой кишки, в которых чаще всего встречаются ворсинчатые опухоли

а) нисходящая кишка

б) поперечно-ободочная кишка

в) прямая

г) восходящая кишка

д) слепая кишка

205. Болезнь Бешета характеризуется всем перечисленным ниже, исключая

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

206. Болезнь Бешета следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

а) туберкулеза толстой кишки

б) болезни Крона

в) язвенного колита

г) ишемического колита

д) паразитарной инвазии

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

д) правильно а) и г)

208. Эндоскопическая картина умеренной степени активности неспецифического язвенного колита включает все перечисленное, кроме

а) отека слизистой

б) гиперемии слизистой

в) легкой контактной кровоточивости

г) глубоких язв

д) поверхностных язв

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

д) правильно а) и г)

210. Для максимальной степени активности неспецифического язвенного колита характерны

а) слабая контактная кровоточивость

б) отек слизистой оболочки; последняя диффузно кровоточит

в) поверхностные язвы

г) отек подслизистого слоя

д) все перечисленное

211. К эндоскопическим признакам ранее перенесенного неспецифического язвенного колита относятся все перечисленные, кроме

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

212. Синонимы болезни Крона

а) илеоколит Крона

б) гранулематозный колит

в) ишемический колит

г) эрозивно-язвенный колит и эрозивно-геморрагический колит

д) правильно а) и б)

213. Болезнь Крона впервые была описана

а) в 1896 году

б) в 1912 году

в) в 1932 году

г) в 1940 году

д) в 1956 году

214. Болезнь Крона надо дифференцировать

а) с неспецифическим язвенным колитом

б) с ишемическим колитом

в) с туберкулезом толстой кишки

г) с паразитарным колитом

д) со всем перечисленным

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

д) саркоидные гранулемы

216. К возможным осложнениям дивертикулеза толстой кишки относятся все перечисленные, кроме

а) кровотечения

б) свища

в) дивертикулита

г) микроперфорации дивертикула

д) непроходимости

217. Частота сочетания дивертикулита и рака толстой кишки составляет

а) от 2 до 3% случаев

б) от 8 до 10% случаев

в) от 15 до 25% случаев

г) от 25 до 30% случаев

д) свыше 40% случаев

218. Частота осложнения дивертикулеза толстой кишки дивертикулитом встречается

а) в 5-10% случаев

б) в 15-20% случаев

в) в 20-30% случаев

г) до 40% случаев

д) свыше 40% случаев

219. Наиболее характерные морфологические изменения при неспецифическом язвенном колите следующие

а) "крипт"-абсцессы

б) саркоидные гранулемы

в) гемосидеринсодержащие макрофаги

г) фибробластная инфильтрация собственной пластинки слизистой

д) фиброз и гиалиноз мелких сосудов кишечной стенки

220. Критерии неспецифического язвенного колита при эндоскопии включают все перечисленное, кроме

а) цвета слизистой

б) характера складок

в) контактной кровоточивости

г) характера содержимого

д) вида поверхности

221. К наследственным заболеваниям толстой кишки относятся все перечисленные, исключая

а) синдром Пейтца - Егерса

б) синдром Кронкхайта - Канады

в) синдром Гарднера

г) синдром Олфилда

д) ювенильный полипоз

222. К опухолевым поражениям толстой кишки относятся все перечисленные, исключая

а) гиперпластический полип

б) гамартомный полип Пейтца - Егерса

в) аденоматозный полип

г) ювенильный полип

д) лимфофолликулярная гиперплазия

223. Для ножки полипа толстой кишки 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 булавовидное утолщение в середине

д) ножка может быть любой формы

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

д) лекарственного колита

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

д) правильно а) и б)

226. К эндоскопическим признакам, не характерным для гипергрануляций, относятся

а) неправильная бугристая форма

б) правильная округлая форма с ножкой различной длины

в) широкое основание

г) кровоточивость при инструментальной пальпации

д) все перечисленное

227. При диффузном полипозе реже всего выявляется рак

а) в слепой кишке

б) в восходящей кишке

в) в нисходящей кишке

г) в сигмовидной кишке

д) в прямой кишке

228. Для синдрома Гарднера не характерны

а) полипоз толстой кишки

б) наследственный характер заболевания

в) опухоли мягких тканей

г) остеомы черепа, нижней челюсти

д) наличие пигментных пятен на коже и слизистой

229. Наиболее частая локализация полипов при синдроме Гарднера

а) слепая кишка

б) печеночный угол

в) поперечная ободочная кишка

г) селезеночный угол

д) прямая кишка

230. Наиболее редкая локализация полипов при синдроме Гарднера

а) слепая кишка

б) печеночный угол

в) селезеночный угол

г) сигмовидная и прямая кишка

231. Для полипов при синдроме Гарднера гистологическая картина характеризуется, как

а) полип Пейтца - Егерса

б) ювенильный полип

в) гиперпластический полип

г) аденопапилломатозный или аденоматозный полип

232. Синдром Кронкайта - Канады характеризуется всем перечисленным, кроме

а) полипоза желудочно-кишечного тракта

б) наследственного характера заболевания

в) облысения

г) атрофии ногтей

д) приобретенного характера заболевания

233. К полипам толстой кишки, реже всего малигнизирующимся, относятся

а) ювенильные

б) гиперпластические

в) аденоматозные

г) аденопапилломатозные

д) ворсинчатые

234. Среди анатомических типов полипов, чаще всего встречающихся в толстой кишке, выделяют

а) мелкие полипы на ножке

б) крупные полипы на ножке

в) мелкие полипы на широком основании

г) мелкие ворсинчатые полипы

д) крупные ворсинчатые полипы

235. На возможность метастазирования карциноида толстой кишки не влияют все перечисленные признаки, за исключением

а) цвета новообразования

б) гистологической структуры (аргентаффинные или неаргентаффинные)

в) размеров новообразования

г) количества новообразований

д) локализации новообразований

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

г) подслизистое образование округлой формы, желтого цвета

д) в большинстве случаев образование морфологически не идентифицируется, т. к. расположено подслизисто

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

д) правильно а) и г)

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

в) полипы с изъязвлениями, фибринозными и некротическими наложениями

г) полипы кровоточат, отмечается выраженный спазм кишки

д) фиксированных изгибов, деформации просвета кишки

239. Отделом толстой кишки, в котором чаще всего обнаруживается рак, является

а) слепая кишка

б) поперечная ободочная кишка

в) нисходящая кишка

г) сигмовидная кишка

д) прямая кишка

240. Для синдрома Пейтц - Егерса характерно все перечисленное, кроме

а) полипоза желудочно-кишечного тракта

б) полипоза только толстой кишки

в) наличия пигментных пятен на коже и слизистой

г) наследственного характера заболевания

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

242. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся реже всего, относятся

а) ювенильные

б) гиперпластические

в) аденоматозные

г) аденопапилломатозные

д) ворсинчатые

243. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся чаще всего, относятся

а) ювенильные

б) полипы Пейтца - Егерса

в) гиперпластические

г) виллезные

д) аденоматозные

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

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)

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

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

248. Для визуальной картины ворсчинчатого полипа не характерны

а) дольчатая поверхность

б) гладкая поверхность и стенозирование просвета

в) наложение слизи на поверхности полипа

г) кровоточивость полипа

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)

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

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. 5 до 1. 0 см в диаметре

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

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

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

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

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 булавовидное утолщение в середине

д) ножка может быть любой формы

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 кишке одинаково часто

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

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

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

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

262. Диффузный полипоз, для которого характерно нарастание количества и величины полипов по направлению к анусу - это

а) гамартомный полипоз

б) милиарный полипоз

в) ювенильный полипоз

г) аденоматозный полипоз

д) аденопапилломатозный полипоз

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)

264. Для полипа Пейтц - Егерса 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

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

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)

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

268. Для полипа Пейтц - Егерса 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

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

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

271. К формам диффузного полипоза, характеризующегося преобладанием процессов пролиферации, относятся все перечисленные, кроме

а) гамартомного полипоза

б) милиарного полипоза

в) аденоматозного полипоза

г) аденопапилломатозного полипоза

272. К диффузным полипозам, для которых не характерно преобладание процессов пролиферации, относятся

а) гамартомный и ювенильный полипоз

б) милиарный полипоз

в) аденоматозный полипоз

г) аденопапилломатозный полипоз

273. К формам диффузного полипоза, характеризующегося преобладанием процессов секреции, относятся

а) гамартомный полипоз

б) милиарный полипоз

в) ювенильный полипоз

г) аденоматозный полипоз

д) аденопапилломатозный полипоз

274. К формам диффузного полипоза, для которых не характерно преобладание процессов секреции, относятся

а) гамартомный полипоз

б) милиарный полипоз

в) аденоматозный полипоз

г) аденопапилломатозный полипоз

д) все перечисленное

275. Основным клиническим симптомом рака правой половины толстой кишки является

а) боль

б) расстройство стула

в) анемия

г) потеря веса

д) отсутствие аппетита

276. Основными заболеваниями, относящимися к предраковым, являются все перечисленные, исключая

а) аденому толстой кишки

б) виллезный полип толстой кишки

в) лимфофолликулярную гиперплазию

г) болезнь Крона

д) диффузный полипоз толстой кишки

277. Причиной кровотечений являются все перечисленные заболевания толстой кишки, кроме

а) рака

б) неспецифического язвенного колита

в) эндометриоза

г) дивертикулеза

д) болезни Крона

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

г) наличия или отсутствия дивертикулов в области сужения

д) характера изменения слизистой в дистальной части сужения (наличие или отсутствие опухолевых тканей)

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

д) ковровой ворсинчатой опухоли

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

д) динамической лечебной колоноскопии

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

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

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 неизмененной 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

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

285. К эндоскопическим признакам метастатического поражения толстой кишки относятся все перечисленные, кроме

а) множественности поражения (однотипные изменения)

б) образований плотной, округлой формы, возвышающихся над неизмененной 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

286. Метастатическое поражение толстой кишки следует дифференцировать со всеми перечисленными поражениями, кроме

а) лимфангиомы толстой кишки

б) злокачественной лимфомы

в) первичного рака толстой кишки

г) липомы

д) кавернозной гемангиомы

287. Анемия характерна для

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

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

д) всех перечисленных локализаций

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

д) всех отделов толстой кишки, расположенных проксимальнее сигмовидной кишки

290. К экзофитным формам рака толстой кишки относятся

а) нодозная и ворсиноподобная

б) инфильтративная

в) скиррозная

г) блюдцеобразная карцинома

291. К эндофитным формам рака толстой кишки относятся

а) нодозная

б) полиповидная

в) инфильтративная и скиррозная

г) ворсиноподобная

292. К формам рака толстой кишки, не склонным к циркулярному поражению, относятся

а) скиррозная

б) инфильтративная

в) блюдцеобразная карцинома

г) нодозная

д) ворсиноподобная

293. К циркулярному поражению склонны все перечисленные формы рака толстой кишки, кроме

а) скиррозной

б) инфильтративной

в) блюдцеобразной карциномы

г) нодозной

д) ворсиноподобной

294. К косвенным эндоскопическим признакам, характерным для эндофитных опухолей толстой кишки, относятся

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

295. К косвенным эндоскопическим признакам, характерным для экзофитных опухолей толстой кишки, относятся

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

296. К формам рака толстой кишки, для которых характерно воронкообразное сужение просвета кишки, относятся

а) скирр

б) инфильтративный рак

в) полиповидный рак

г) нодозная форма рака

д) блюдцеобразная карцинома

297. Склонность к прорастанию в соседние петли кишки имеет

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

298. Рак толстой кишки, имеющий закругленный, ровный, плотный край, сужение просвета кишки до 3-5 мм в диаметре -

а) скирр

б) блюдцеобразная карцинома

в) инфильтративный

г) узловой

д) полиповидный

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

д) склонности к прорастанию в соседние петли кишечника при ограниченной инфильтрации кишечной стенки

300. Сужение просвета толстой кишки при инфильтративной форме рака следует дифференцировать

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

301. Классификацию хронического бронхита в зависимости от распространенности процесса создал

а) Лемуан

б) Брюннингс

в) В. И. Стручков

г) Лаэнек

д) Г. И. Лукомский

302. Первая сетпень интенсивности воспаления характеризуется

а) отеком и гиперемией слизистой

б) усилением сосудистого рисунка

в) деформацией хрящевых колец

г) гнойным секретом

д) устья сегментарных бронхов не дифференцируются

303. Вторая степень интенсивности воспаления характеризуется

а) умеренной гиперемией слизистой

б) слизистым секретом

в) слизисто-гнойным секретом

г) очень большим количеством гнойного секрета

д) расширением устьев слизистых желез

304. Третья степень интенсивности воспаления характеризуется

а) умеренной гиперемией слизистой

б) слизистым секретом

в) слизисто-гнойным секретом

г) гнойным секретом в умеренном количестве

д) гнойным секретом в большом количестве

305. Для эндоскопической картины гипертрофического бронхита характерно

а) слизистая бронхов гиперемирована

б) слизистая бронхов бледная

в) сосудистый рисунок усилен

г) хрящевые кольца подчеркнуты

д) устья бронхов широкие

306. Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно

а) слизистая гиперемирована

б) сосудистый рисунок усилен

в) сосудистый рисунок обеднен

г) рисунок хрящевых колец стерт

д) устья слизистых желез точечные

307. Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно

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

308. Для диффузного бронхита характерно

а) легочное кровотечение

б) распространение на все видимые бронхи

в) верхнедолевые бронхи интактны

г) нижнедолевые бронхи интактны

д) воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева

309. Для частично диффузного бронхита характерно

а) легочное кровотечение

б) распространение на все видимые бронхи

в) верхнедолевые бронхи интактны

г) нижнедолевые бронхи интактны

д) поражены только верхнедолевые бронхи

310. Дистония - это

а) выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха

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

311. Дистония наиболее часто отмечается

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

312. Для бронхоскопической картины при острой пневмонии характерно

а) слизистая оболочка ярко гиперемирована

б) слизистая оболочка умеренно гиперемирована

в) устья сегментарных бронхов деформированы

г) устья бронхов резко сужены

д) секрет гнойный

313. Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно

а) слизистая оболочка ярко гиперемирована

б) устья сегментарных бронхов не деформированы

в) устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов

г) контактная кровоточивость слизистой повышена

д) секрет слизистой

314. Для диагностики бронхоэктазов эффективна

а) рентгеноскопия органов грудной клетки

б) рентгенография органов грудной клетки

в) томография

г) бронхография

д) бронхоскопия

315. При бронхоскопии определяются следующие изменения, характерные для бронхоэктазов

а) мешотчатые или цилиндрические бронхоэктазы

б) признак Суля

в) деформация главных бронхов

г) деформация долевых бронхов

д) изменений нет

316. Признак Суля - это

а) деформация устья бронхов

б) секрет в устье бронха смещается воздухом

в) опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненного гноем устья

г) секрет в устье бронха, не смещаемый воздухом

д) секрет отсутствует

317. Признак Суля указывает

а) на ателектаз

б) на дистальное расширение бронха

в) на дистальное сужение бронха

г) на стеноз бронха

д) на рак бронха

318. Признак Суля встречается

а) при раке легкого

б) при кисте легкого

в) при бронхоэктатической болезни

г) при доброкачественной опухоли бронха

д) при туберкулезе

319. Наиболее частая локализация бронхоэктазов

а) нижняя доля слева

б) верхняя доля слева

в) язычковая доля

г) средняя доля

д) верхняя доля справа

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

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

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

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

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

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

326. Излюбленная локализация кист легких

а) верхняя доля справа

б) верхняя доля слева

в) нижняя доля справа

г) нижняя доля слева

д) все доли поражаются одинаково

327. Полипы воспалительной этиологии наиболее часто встречаются

а) при раке легкого

б) при туберкулезе

в) при доброкачественной опухоли бронха

г) при кисте легкого

д) при бронхоэктазах

328. Излюбленная локализация полипов в трахеобронхиальном дереве

а) карина

б) междолевая шпора

в) межсегментарная шпора

г) устье бронха

д) стенка бронха

329. Эндоскопическая картина полипа бронха выявляет

а) гладкую поверхность

б) бугристую поверхность

в) узкую ножку

г) мягкую консистенцию

д) дольчатое строение

330. Излюбленной локализацией грануляций в трахеобронхиальном дереве является

а) карина

б) стенка бронха

в) междолевая шпора

г) устье бронха

д) межсегментарная шпора

331. Эндоскопическая картина грануляций характеризуется

а) серым цветом

б) плотной косистенцией

в) гладкой поверхностью

г) бугристой поверхностью

д) дольчатым строением

332. Первое клиническое проявление аденомы бронха

а) кашель с гнойной мокротой

б) высокая температура

в) кровохарканье

г) боли в груди

д) одышка

333. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии

а) бугристая опухоль

б) тонкая ножка

в) инфильтрация слизистой вокруг опухоли

г) мягкая консистенция опухоли

д) выраженная контактная кровоточивость

334. Отличительная особенность гемангиомы

а) плотная консистенция

б) мягкая консистенция

в) выраженная контактная кровоточивость

г) выраженная спонтанная кровоточивость

д) правильно б) и г)

335. Отличительная особенность хондромы

а) плотная консистенция

б) мягкая консистенция

в) выраженная контактная кровоточивость

г) бугристая опухоль

д) каменистая плотность

336. К раннему раку легких относится

а) Т1N0М0

б) Т1N1М0

в) Т2N2М0

г) Т3N2М0

д) Т1N1М1

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

д) строго ограниченным односторонним бронхитом II степени воспаления

338. Эндоскопическая кортина при хронической эмпиеме плевры характеризуется

а) диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления

б) диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления

в) диффузным односторонним бронхитом III степени воспаления

г) частично диффузным бронхитом I степени воспаления

д) частично диффузным бронхитом II степени воспаления

339. Эндоскопическая картина при наличии бронхо-плеврального свища характеризуется

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

340. Эндоскопическая картина экзофитной раковой опухоли включает все перечисленное, кроме

а) гладкой поверхности поражения на узкой ножке

б) бугристой поверхности

в) широкого основания

г) плотной консистенции

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

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)

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)

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

345. Микроскопическая картина рака легкого включает все перечисленные формы, кроме

а) плоскоклеточного с ороговением

б) плоскоклеточного без ороговения

в) мелкоклеточного

г) скирр

д) аденокарциномы

346. К грибковым заболеваниям легких относится

а) силикоз

б) муковисцидоз

в) силикатоз

г) актиномикоз

д) карбокониоз

347. Наличие опухоли деревянистой плотности на грудной клетке характерно

а) для силикоза

б) длс муковисцидоза

в) для рака легкого

г) для туберкулеза

д) для актиномикоза

348. Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву

а) диффузный двусторонний процесс

б) диффузный односторонний процесс

в) частично диффузный процесс

г) строго ограниченный односторонний процесс

д) строго ограниченный двусторонний процесс

349. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает

а) пневмонию

б) туберкулез

в) бронхоэктатическую болезнь

г) поликистоз легких

д) рак легкого

350. При актиномикозе наиболее часто поражаются

а) верхняя доля справа

б) средняя доля

в) язычковые сегменты

г) базальные сегменты

д) верхняя доля слева

351. Для актиномикоза характерен секрет

а) слизистый вязкий

б) слизисто-гнойный

в) густой, гнойный, без запаха

г) густой, гнойный, с запахом

д) отсутствие секрета

352. Для верификации диагноза актиномикоза необходима

а) браш-биопсия

б) щипцевая биопсия

в) бронхиальный смыв на атипические клетки

г) бронхиальный смыв для посева на питательные среды

д) трансбронхиальная биопсия легких

353. К наследственным заболеваниям относится

а) актиномикоз

б) муковисцидоз

в) бронхоэктатическая болезнь

г) силикоз

д) бериллиоз

354. К клиническим проявлениям муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме

а) кашля

б) затрудненного отхождения мокроты

в) одышки

г) стридорозного дыхания

д) кровохарканья

355. К клиническим формам муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме

а) бронхо-легочной

б) легочно-кишечной

в) легочно-желудочной

г) кишечной

356. Для муковисцидоза характерно распространение по бронхиальному дереву

а) диффузное одностороннее

б) диффузное двустороннее

в) частично-диффузное

г) строго ограниченное, одностороннее

д) строго ограниченное, двустороннее

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

д) выраженного сосудистого рисунка

358. Для муковисцидоза характерен секрет

а) слизистый вязкий

б) слизисто-гнойный, жидкий

в) слизисто-гнойный, густой, натянутый в виде струн

г) гнойный, густой, с запахом

д) отсутствие секрета

359. Наиболее эффективным лечением муковисцидоза является

а) иммунотерапия

б) лучевая терапия

в) хирургическое лечение

г) санационные бронхоскопии

д) переливание крови

360. Пневмокониозы - это

а) наследственные заболевания

б) профессиональные заболевания

в) врожденные заболевания

г) ни одно из перечисленных

361. По этиологическому признаку выделяют

а) 2 вида пневмокониозов

б) 3 вида пневмокониозов

в) 4 вида пневмокониозов

г) 5 видов пневмокониозов

д) 6 видов пневмокониозов

362. Самым тяжелым по клиническому течению из всех пневмокониозов является

а) силикоз

б) силикатоз

в) металлокониоз

г) карбокониоз

д) пневмокониоз

363. При гистологическом исследовании легких при силикозе обнаруживаются

а) экссудативное воспаление

б) продуктивное воспаление

в) клеточно-фиброзные узелки

г) опухоль

д) множественные кисты

364. Течение силикоза усугубляет присоединение

а) сифилиса

б) туберкулеза

в) бронхоэктазов

г) хронического бронхита

д) ничего из перечисленного

365. Асбестоз относится

а) к силикозу

б) к металлокониозам

в) к силикатозам

г) к карбокониозам

д) к пневмокониозам

366. К пневмокониозам, обусловленным вдыханием органической пыли, относятся все перечисленные, кроме

а) цементного

б) хлопкового

в) зернового

г) пробкового

д) тростникового

367. Баритоз относится

а) к силикозу

б) к силикатозам

в) к карбокониозам

г) к металлокониозам

д) к пневмокониозам

368. Термин "пневмокониоз" предложен

а) Кильяном

б) Брюннингсом

в) Фриделем

г) Лемуаном

д) Ценкером

369. Клиническая картина пневмокониозов характеризуется всем перечисленным, кроме

а) болей в грудной клетке

б) "сковывания" грудной клетки

в) высокой температуры

г) одышки

д) кашля

370. К частым осложнениям пневмокониозов относится

а) кровохарканье и легочное кровотечение

б) эмпиема плевры

в) рак легкого

г) бронхоэктатическая болезнь

д) абсцесс легкого

371. К редким осложнениям пневмокониозов относится

а) кровохарканье и легочное кровотечение

б) эмпиема плевры

в) пищеводно-бронхиальный свищ

г) абсцесс легкого

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

373. К диагностике пневмокониозов решающее значение принадлежит

а) рентгенографическому исследованию органов грудной клетки

б) эндоскопическому исследованию

в) бронхографии

г) томографии

д) гистологическому исследованию

374. В мокроте больных пневмокониозом обнаруживают все перечисленное, кроме

а) лейкоцитов

б) пылевых клеток

в) слущенных эпителиальных клеток

г) атипических клеток

д) эритроцитов

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

376. При рентгенологическом исследовании определяются все перечисленные типы затенения, кроме

а) интерстициального

б) опухолевидного

в) узелкового

г) узлового

377. Для I стадии узелкового 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

378. Для II стадии узелкового 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

379. При пневмокониозе преимущественно поражаются

а) верхняя доля

б) средняя доля

в) язычковые сегменты

г) нижняя доля

д) все доли одинаково

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

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

382. Участки пылевой пигментации определяются

а) в устьях долевых бронхов

б) на стенках главных бронхов

в) на всех уровнях бронхиального дерева

г) в устьях сегментарных бронхов

д) на стенках долевых бронхов

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

д) опухолеподобного поражения

384. Наиболее частой формой туберкулеза бронхов является

а) инфильтративный

б) инфильтративно-язвенный

в) бронхо-фистулезный

г) рубцовый стеноз бронха

385. Инфильтративный туберкулез бронха характеризуется всем перечисленным, кроме

а) инфильтрата круглой или овальной формы

б) гладкой поверхности

в) шероховатой поверхности

г) плотной консистенции

д) рыхлой консистенции

386. Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе

а) трахея

б) стенки главных бронхов

в) устья главных и долевых бронхов

г) устья субсегментарных бронхов

д) излюбленной локализации нет

387. Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов характеризуется всем перечисленным, кроме

а) края язвы неровные, подрытые

б) дно язвы гладкое

в) слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, тусклая

г) слизистая оболочка вокруг язвы мелкозернистая, блестящая

д) язвы множественные

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

д) с эндобронхиальной формой центрального рака легкого

389. Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является

а) бронхоэктатическая болезнь

б) рубцовый стеноз бронха

в) рак бронха

г) поликистоз легких

д) бронхо-плевральный свищ

390. Бронхо-фистулезный туберкулез характеризуется

а) двумя стадиями

б) тремя стадиями

в) четырьмя стадиями

г) пятью стадиями

д) шестью стадиями

391. Рубцовые стенозы бронха характеризуются

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

392. Болезнь Бенье - Бека - Шаумана - это

а) муковисцидоз

б) саркоидоз

в) пневмокониоз

г) микоз

д) мезотелиома

393. При болезни Бека поражается все перечисленное, кроме

а) лимфатических узлов

б) легких

в) кожи

г) печени

д) костей

394. Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является

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

395. Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является

а) щипцевая биопсия

б) браш-биопсия

в) трансбронхиальная биопсия

г) транстрахеальная биопсия

д) исследование бронхиального секрета

396. Синдром Зиверта - Картагенера - это

а) бронхоэктазы и пансинусит

б) пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов

в) бронхоэктазы, пансинусит и обратное расположение внутренних органов

г) бронхоэктазы, поликистоз и обратное расположение внутренних органов

д) поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов

397. Патологической сущностью саркоидоза является

а) гранулема, подвергающаяся казеозному распаду

б) гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду

в) фиброз легких

г) опухоль

д) ничего из перечисленного

398. Патологической сущностью синдрома Зиверта - Картагенера является

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

399. Остеохондропластическая трахеобронхопатия - это

а) микоз

б) пневмокониоз

в) опухоль

г) обызвествление и окостенение слизистой трахеи и бронхов

д) синдром Зиверта - Картагенера

400. Для саркомы легкого характерно все перечисленное, кроме

а) молодого возраста

б) гематогенного метастазирования

в) пожилого возраста

г) периферической формы опухоли

д) сходства с раковым поражением

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

д) саркоидоза

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

г) в тканях печени выраженный венозный стаз

д) на капсуле печени мелкие, белесоватого цвета, просовидной формы высыпания

403. К эндоскопическим признакам макронодулярной формы цирроза печени относятся все перечисленные, за исключением

а) печень равномерно увеличена в размерах

б) признаки портальной гипертензии резко выражены

в) поверхность печени крупнобугристая

г) цвет печени с серым оттенком

д) консистенция печени плотная

404. К эндоскопическим признакам макронодулярной формы цирроза печени относятся все перечисленные, кроме

а) печень обычных размеров

б) желчный пузырь увеличен, напряжен

в) рубцовые втяжения фиброзно-измененного интерстиция глубокие

г) размеры регенератов печеночной ткани превышают 4 мм в диаметре

д) в пределах регенерирующих тканей вторичные фиброзные изменения

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) 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

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 гиперемированы, по нижнему краю связки прослеживаются бледно-красного цвета лимфатические узлы

д) правильно б) и в)

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

д) правильно б) и г)

408. Наиболее характерными для холестатическиго гепатита эндоскопическими признаками являются все перечисленные, кроме

а) цвет печени серовато-зеленоватый

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)

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

д) окраска печени пятнистая за счет отдельных участков, имеющих серовато-зеленый цвет

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

г) сдавленные печеночные дольки имеют равномерную красноватого цвета окраску

д) консистенция печени тестоватая

411. Для жировой инфильтрации печени характерны все перечисленные признаки, за исключением

а) увеличения печени

б) цвет печени с глинистым (желтоватым) оттенком

в) печеночные дольки четко прослеживаются

г) интерстициальная ткань печени хорошо видна

д) отмечается выраженная инъекция сосудов интерстиция

412. К эндоскопическим признакам сифилитического цирроза печени относятся

а) печень увеличена в размерах

б) поверхность печени мелкобугристая

в) печень имеет дольчатое строение за счет глубоких "канавовидных" борозд, консистенция печени плотная

г) отмечаются микроскопические признаки портальной гипертензии

д) правильно а) и б)

413. Для паренхиматозной желтухи характерны

а) печень увеличена в размерах, цвет ее диффузно-красный

б) структура печеночной дольчатости прослеживается

в) консистенция печени плотная

г) желчный пузырь умеренно напряжен

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

д) правильно б) и в)

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

г) видимая часть стенки кисты по периметру отграничена от печеночной ткани четко выраженным углублением в виде "канавки"

д) цвет кисты с синевато-зеленоватым оттенком

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 наползает печеночная ткань в виде истонченной полоски

д) правильно в) и г)

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

д) правильно б) и в)

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

д) правильно б) и в)

419. При холестатической форме гепатита

а) желчь жидкая

б) консистенция желчи гелеподобная

в) цвет желчи бледно-оливковый

г) в лучах проходящего света желчь прозрачная

д) при отстаивании осадка не образуется

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

в) стенки желчного пузыря гиперемированы, между стенкой желчного пузыря, большой ривизной антрального отдела желудка и задней поверхностью правой доли печени - утный 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 полоски

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

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

422. Эндоскопическими признаками водянки желчного пузыря являются

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 больного 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

423. Эндоскопические признаки острого флегмонозного холецистита включают все перечисленное, кроме

а) желчный пузырь увеличен в размерах, серозный покров его гиперемирован с налетом фибрина

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

424. Эндоскопическими признаками хронического холесцистита 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

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

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

г) желчный пузырь сморщен, стенка его уплотнена, белесоватого цвета

д) в брюшной полости небольшое количество геморрагического выпота

426. Для холедохолитиаза характерны следующие физические свойства желчи

а) желчь жидкая

б) консистенция желчи коллоидоподобная

в) цвет желчи темно-оливковый

г) в лучах проходящего света прозрачная

д) при отстаивании образует 2-слойный осадок

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

г) вздутие правой половины толстой кишки

д) вздутие левой половины толстой кишки

428. К прямым эндоскопическим признакам деструктивного панкреатита относятся

а) фибрин и гнойный выпот вдоль малой кривизны желудка

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 имбибиция забрюшинной клетчатки задней брюшной стенки между шейкой желчного пузыря и большой кривизной антрального отдела желудка

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

г) на большом сальнике белесоватого цвета округлой формы возвышающиеся над поверхностью мелкие узлы, дистальный отдел желудка смещен кпереди

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

г) на серозных покровах брюшной полости белесоватого цвета высыпания различной формы и величины

д) большая кривизна дистального отдела желудка смещена кпереди

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 стазу брыжеечного края тонкой кишки

г) по незначительному скоплению геморрагического выпота в полости малого таза

д) правильно а) и б)

432. О гнойном пакреонекрозе можно думать по всем перечисленным эндоскопическим признакам, за исключением

а) на желудочно-ободочной связке имеются очаги некроза с налетом фибрина

б) диффузного вздутия кишечника

в) вдоль малой кривизны желудка гнойный выпот

г) выраженного отека и гиперемии печеночного края круглой связки печени

д) в малом сальнике увеличенные лимфоузлы

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

д) стенка желчного пузыря инфильтрирована, с участками темного цвета

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

д) при отстаивании осадка не образует

435. Эндоскопическими признаками жировой инфильтрации печени является

а) печень обычных размеров

б) цвет печени с желтоватым оттенком

в) консистенция печени плотная

г) структура дольчатости печеночной ткани сохранена

д) интерстиций печени хорошо прослеживается

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

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)

438. Для отечной формы острого панкреатита характерны все перечисленные признаки, исключая

а) гиперемию, отек и инъекцию сосудов печеночного края круглой связки печени

б) гиперемию, 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) гиперемию, отек и инъекцию сосудов серповидной связки печени

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

440. Косвенными эндоскопическими признаками острого панкреатита являются все перечисленные, исключая

а) парез кишечника

б) гиперемию, отек, инъекцию сосудов малого сальника

в) гиперемию серозного покрова большой кривизны нижней трети тела желудка с наличием в этой зоне белесоватого цвета извитых нитевидных тяжей по ходу расширенных сосудов

г) отек, гиперемию верхнего края брыжейки тонкой кишки

д) неравномерную геморрагическую инфильтрацию большого сальника

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

д) равномерного вздутия кишечника, серозный покров кишечных петель гиперемирован

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

д) в желчи прослеживаются хлопья фибрина в виде грязно-зеленых пленок

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

д) правильно а) и б)

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

д) селезеночно-ободочная связка смещена проксимально

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

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

446. Для метастазов рака желудка в печень наиболее характерными являются все перечисленные признаки, кроме

а) округло-цилиндрической формы

б) сероватого цвета

в) пупковидного втяжения на вершине

г) плотной консистенции

д) выраженного сосудистого венчика у основания

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

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 уловые образования интенсивно-коричневой окраски

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

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

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

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

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

д) между ампулярным отделом одной из маточных труб и верхним полюсом яичника имеются рыхлые фибринные спайки

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

д) гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости

455. Косвенными эндоскопическими признаками деструктивного аппендицита являются все перечисленные, кроме

а) гиперемии серозного покрова купола слепой кишки

б) гиперемии париетальной брюшины правой подвздошной ямки

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

456. Эндоскопическими признаками хронического аппендицита могут быть все перечисленные, за исключением

а) уплотнения серозного покрова червеообразного отростка в виде белесоватых полос

б) серозного выпота в правой подвздошной ямке

в) спаек между отростком и серозным покровом купола слепой кишки

г) спаек между отростком и периетальной брюшиной правой подвздошной ямки

д) червеообразный отросток имеет "четкообразную" форму за счет поперечных перетяжек

457. К эндоскопическим признакам терминального илиита относятся все перечисленные, исключая

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

458. К эндоскопическим признакам пиосальпингса относятся все перечисленные, за исключением

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

459. К эндоскопическим признакам гидросальпингса относятся

а) маточные трубы в ампулярных отделах булавовидно расширены

б) фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются

в) цвет расширенной части маточных труб сероватый

г) сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения с резко выраженной инъекцией

д) в зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется

460. Эндоскопическими признаками хронического сальпингита являются все перечисленные, исключая

а) маточные трубы извиты

б) между яичником 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

д) серозным содержимым заполнены кистоподобные образования в широкой связке матки

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

д) все перечисленное

462. Разрыв маточной трубы при нарушении трубной беременности сопровождается следующими эндоскопическими признаками

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 удается

г) при попытке смещения сгустков крови отмечается их равномерное фиксирование к серозным покровам малого таза и его органов

д) все перечисленное

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

д) все перечисленное

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

д) наличия на серозном покрове матки очагов эндометриоидной имплантации

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

д) наличия тонких "паутинообразных" сращений между органами малого таза

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

г) дефект париетальной брюшины дна малого таза

д) атрезия одной из маточных труб

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

д) хорошо видимого перифокального сосудистого рисунка

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

д) правильно а) и в)

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

д) на всем протяжении абортированной маточной трубы очагового уплотнения не определяется

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

д) серозный покров маточных труб с резко выраженной гиперемией и инъекцией сосудов

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

г) из-за сгустков крови, односторонне расположенных с разорванным яичником, маточную трубу проследить не удается

д) придатки матки, с противоположной стороны апоплексированного яичника, хорошо доступны осмотру

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

д) яичники хорошо доступны осмотру в связи с тем, что обычно располагаются проксимальнее и кпереди от матки

473. К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся

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

474. Для склерокистоза яичников характерно

а) неравномерное увеличение яичников

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

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 ячников в них просматриваются желтые тела на разных фазах своего развития

д) на поверхности яичников видны небольшие тонкостенные кистоподобные образования, заполненные серозным содержимым

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 внутритканевых 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

477. К эпителиальным опухолям яичников относятся

а) серозная кистома

б) фолликулома

в) дермоидная киста

г) параовариальная киста

д) киста желтого тела

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

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

д) склерокистоз обычно сочетается с микроскопическими признаками хронического воспаления маточных труб, а поликистоз с умеренно выраженной жировой инфильтрацией печени

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

д) ничего из перечисленного

481. К опухолевидным образованиям яичников относятся

а) папиллярные серозные кистомы

б) ретенционные кисты

в) фибромы

г) текомы

д) дермоидные кисты

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

г) сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу

д) на утолщенных участках стенки кисты могут прослеживаться очаги желтоватой окраски

483. Для ретенционной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки, кроме

а) киста небольших размеров

б) стенка кисты тонкая

в) киста заполняет весь яичник

г) окраска кисты серовато-желтоватая с красноватым оттенком

д) сосуды стенки кисты расширены

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

д) правильно а) и г)

485. Для эндометриоидной кисты яичников характерны все перечисленные макроскопические признаки, за исключением

а) расмеры кисты вариабельны

б) стенка кисты утолщена с фиброзно-рубцовыми изменениями

в) между стенкой кисты и прилежащими органами плоскостные спайки

г) цвет кисты с серовато-синеватым оттенком

д) на поверхности кисты серовато-красноватого цвета узловые разрастания

486. Для простой серозной кистомы яичников характерны все перечисленные ниже макроскопические признаки, за исключением

а) размеры кисты вариабельны

б) стенка кисты неравномерно утолщена

в) цвет кисты белесовато-сероватый с синеватым оттенком

г) наряду с видимой кистой прослеживаются участки неизмененной ткани яичника

д) сосуды стенки кисты хорошо выражены

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

д) сосудистый рисунок стенки кисты не прослеживается

488. Для псевдомуцинозной кистомы яичников характерны все перечисленные признаки, за исключением

а) размеры кисты большие

б) поверхность кисты неровная с грубыми фиброзными перетяжками

в) стенка кисты тонкая, прозрачная

г) на отдельных участках стенки кисты прослеживаются очаги гиперемии или кровоизлияний

д) сосуды стенки кисты расширены

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

д) опухоль хорошо васкулизирована

490. Выраженный лимфаденит по ходу подвздошных сосудов бывает обусловлен всем перечисленным, кроме

а) острого сальпингоофорита

б) сифилиса

в) параовариального воспалительного инфильтрата

г) рака яичников

д) пиосальпинкса

491. Эндоскопическая картина лимфореи в брюшную полость характеризуется наличием

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

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

493. Сращения при туберкулезном плеврите

а) отсутствуют всегда

б) интимно спаяны с медиастинальной или диафрагмальной плеврой

в) рыхлые нити фибрина

г) струнообразные или тонкие

д) плотные струнообразные или плоские, мощные, ограничивающие полости

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 медиастинальной плеврой мощные, плотные

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

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

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

498. Сращения и их вид при спонтанном пневмотораксе

а) не характерны, отсутствуют

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

499. При спонтанном пневмотораксе экссудат

а) отсутствует всегда

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

500. Наличие булл в легком характерно

а) для туберкулезного плеврита

б) для хронической пневмонии

в) для спонтанного пневмоторакса

г) для метастазов экстраторакальных раков

д) для пиопневмоторакса

501. При спонтанном пневмотораксе чаще встречаются следующие патоморфологические изменения

а) буллы

б) ателектаз

в) плевральные сращения

г) экссудат

д) эмфизема мягких тканей грудной клетки

502. Для первичных опухолей плевры характерно

а) наличие участков ателектаза легкого

б) наличие гнойного экссудата

в) интимные сращения с медиастинальной плеврой

г) наличие опухолевых узлов в области средостения или реберно-диафрагмального синуса

д) легкое ригидно, малоподвижно

503. Для мелких ателектазов легкого характерно

а) ткань плотнее воздушного участка

б) ограниченная подвижность

в) синюшно-фиолетовый цвет

г) яркая гиперемия этих участков

д) эти участки выглядят запавшими на поверхности легкого

504. Наличие участков ателектазов характерно

а) для туберкулезного плеврита

б) для эмпиемы плевры

в) для метастатических опухолей рака легкого

г) для саркоидоза плевры

д) для метастазов экстраторакальных опухолей

505. Висцеральная плевра, напоминающая "шагреневую кожу", с прикорневой инфильтрацией и мелкими диффузными узелками характерна

а) для экстраторакальных метастазов

б) для туберкулезного плеврита

в) для метастазов рака легкого

г) для саркоидоза плевры

д) для синдрома Мейгса

506. Медиастиноскопия является наиболее информативным методом при всех перечисленных заболеваниях, за исключением

а) лимфогранулематоза

б) диссеминированного туберкулеза

в) неспецифической аденомы

г) болезни Бенье - Бека - Шауманна

д) болезни Ходжкина

507. Наиболее информативным методом обследования при изолированном поражении Ходжкина является

а) рентгенологический

б) медиастиноскопия с биопсией

в) торакоскопия

г) фибробронхоскопия

д) плевроскопия

508. Характерной эндоскопической картиной лимфогранулематоза является

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

509. Лимфатические узлы при метастазе рака легкого (аденокарцинома)

а) каменистой плотности

б) мягкие

в) плотные

г) не изменены

д) рыхлые

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

в) для метастазов рака

г) для туберкулеза

д) для неспецифической аденопатии

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

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

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

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)

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

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

д) моторика желчных протоков усилена

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

д) продольные складки слизистой холедоха хорошо выражены

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

г) сосуды подслизистого слоя холедоха резко расширены

д) диаметр холедоха расширен

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

г) отверстие сфинктера Одди щелевидной формы и слизистая его отечна

д) правильно а) и г)

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

д) все перечисленное, кроме б)

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

в) сосудистый рисунок на поверхности узлов выражен

г) сосудистый рисунок на поверхности узлов не выражен

д) при инструментальной пальпации узлы очень плотные

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

г) наличия желтого, мутного выпота

д) гиперемии брюшины, покрывающей соседние органы

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

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 петлистой сети

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

526. К эндоскопической характеристике эндометриоидной 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 эндометриоидные "глазки"

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

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

529. Макроскопическая характеристика простой серозной кистомы включает все перечисленное, кроме

а) различной окраски от голубоватого до белесовато-серого цвета

б) тонкой капсулы

в) плотной капсулы

г) выраженного сосудистого рисунка

д) отсутствия неизмененной яичниковой ткани

530. Макроскопически псевдомуцинозная кистома характеризуется всем перечисленным, кроме

а) опухоли неправильной формы

б) плотной, непрозрачной капсулы кистомы

б) многокамерного строения

г) невыраженного сосудистого рисунка капсулы

д) на капсуле хорошо видны ветвящиеся, крупные сосуды

531. Макроскопически рак яичников характеризуется всем перечисленным, кроме

а) бугристой опухоли

б) мягковатой консистенции опухоли

в) плотной консистенции опухоли

г) на поверхности видны хрупкие, крошащиеся папиллярные разрастания в виде цветной капусты

д) разнообразных величины и формы опухоли

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

г) видны кистозно атрезирующиеся фолликулы в виде голубоватых выпячиваний или мелких кист

д) отсутствия сосудистого рисунка

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

д) экссудативной

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"

д) вздутия петель тонкого и толстого кишечника

535. Экссудат при туберкулезном перитоните характеризуется всем перечисленным, за исключением

а) желтоватого цвета

б) зеленоватого цвета

в) серозно-кровянистого характера

г) прозрачности

д) мутности

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

547. Атрофия эндометрия характеризуется всем перечисленным, за исключением

а) слизистая тонкая, бледная

б) иногда через эндометрий просвечивает варикозно-расширенные вены

в) хорошо видны устья маточных труб

г) устья маточных труб имеют округлую или щелевидную форму

д) эндометрий имеет "вид мрамора"

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

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

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

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

552. Для железисто-кистозных полипов эндометрия характерный цвет

а) бледно-розовый

б) бледно-желтый

в) серовато-розовый

г) темно-багровый

д) все перечисленное

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

554. Возможны все перечисленные формы гистологического строения полипов полости матки, за исключением

а) фиброзных

б) железисто-кистозных

в) железисто-фиброзных

г) аденоматозных

д) папилломатозных

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)

556. Гистероскопическая картина маточной беременности на малых сроках характеризуется всем перечисленным, кроме

а) слизистая 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

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

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

559. Эндоскопическая картина при болезни Левина выявляет все перечисленное, кроме

а) нарушения целостности суставного хряща

б) гемартроза

в) шероховатой поверхности надколенника

г) эрозии хряща надколенника

д) язвы, поражающей весь хрящ

560. Эндоскопическая картина паракапсулярного повреждения мениска включает все перечисленное, кроме

а) нарушения целостности прикрепления мениска в капсуле

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

561. Эндоскопическая картина хронического синовита включает все перечисленное, кроме

а) образования карманов за счет пролиферации синовиальной оболочки

б) складчатости синовиальной оболочки

в) отсутствия складчатости синовиальной оболочки

г) наличия перемычки на синовиальной оболочке

д) изменения цвета синовиальной оболочки

562. Эндоскопическая картина ревматоидного артрита характеризуется всем перечисленным, исключая

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

563. Эндоскопическая картина ревматоидного артрита в хронической стадии характеризуется всем перечисленным, исключая

а) мелкие капиллярные кровоизлияния в синовиальных складках

б) изменение формы суставного хряща

в) наличие внутрисуставных фиброзных образований

г) наличие эрозий на суставном хряще

д) деструкции, доходящие до костной ткани

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

г) форма суставных хрящей не изменена

д) наличия язв на хрящевидной поверхности

565. Клиника при рассекающем остеохондрозе (болезнь Кенига) включает все перечисленное, исключая

а) молодой возраст (15-25 лет)

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**

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

г) гигантские язвы (свыше 3 см)

д) скопление в полости язвы продуктов распада

002. Эндоскопическое лечение язвенной болезни наименее эффективно при локализации язвы

а) в кардии

б) в теле желудка

в) в антральном отделе

г) в пилорическом канале

д) в луковице 12-перстной кишки

003. Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами

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

004. Противопоказаниями к местному лечению язв являются все перечисленные, кроме

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

005. Противопоказанием к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки является

а) локализация за углом желудка

б) подозрение на малигнизацию

в) глубина более 0. 2 см

г) длительно существующая язва

д) перифокальное воспаление вокруг язвы

006. Характер местного лечения зависит от всех перечисленных факторов, за исключением

а) размеров язвы

б) локализации язвы

в) характера краев язвы

г) характера дна язвы

д) изменений окружающей слизистой оболочки

007. Задачи эндоскопического метода лечения язвенной болезни включают все перечисленное, за исключением

а) способствовать заживлению язвы эпителизацией, а не рубцеванием

б) уточнения диагноза

в) отмены лекарственнх препаратов, дающих нежелательные последствия

г) проведения лечения без отрыва от трудовой деятельности

д) сокращения сроков временной нетрудоспособности

008. Основное назначение масляных аппликаций состоит

а) в очищении язвы от некротических масс

б) в защите грануляций от повреждения желудочным соком

в) в профилактике кровотечений

г) в противовоспалительном действии

д) в дезинфицирующем действии

009. Количество масла, необходимое для однократной аппликации составляет

а) 5-10 мл

б) 0. 5 мл

в) 3-4 мл

г) 20-25 мл

д) 100 мл

010. Наиболее ценным маслом при местном лечении язв является

а) масло шиповника

б) вазелиновое масло

в) персиковое масло

г) оливковое масло

д) облепиховое масло

011. К пленкообразующим средствам, используемым при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме

а) клея МК-6

б) клея МК-7

в) лифузолия

г) феракрила

д) статизоля

012. Наилучшим аппаратом для местного лечения язв луковицы 12-перстной кишки, осложненных рубцовой деформацией пилородуоденальной зоны, является

а) Д-3

б) К-2

в) Р-2

г) К

д) Q-10

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 периульцерозной зоне

д) местное введение лекарственных средств, стимулирующих регенерацию тканей

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

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

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

017. К методам, способствующим уменьшению перифокального воспаления, относятся все перечисленные, кроме местного введения

а) антибиотиков

б) кортикостероидов

в) салицилатов

г) антисептиков

д) оксиферрискарбона

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

019. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антибиотики, кроме

а) канамицина

б) пенициллина

в) цепорина

г) метилциллина

д) мономицина

020. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антисептики, кроме

а) перекиси водорода

б) спирта

в) 2% раствора соды

г) колларгола

д) фурацилина

021. Однократная доза гидрокортизона при местном эндоскопическом лечении язв желудка составляет

а) 5% - 10 мл

б) 3% - 5 мл

в) 1% - 10 мл

г) 1% - 5 мл

д) 0. 1% - 2 мл

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

д) ферракрила

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

г) при начальных признаках рубцевания

д) после образования рубца

024. Противопоказанием к применению оксиферрискарбона при местном лечении язв является

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

025. Однократная доза солкосерила при местном лечении язв желудка и 12-перстной кишки составляет

а) 1 мл

б) 2 мл

в) 3 мл

г) 4 мл

д) до 10 мл

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

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

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

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

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

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

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

г) аппликацию масла облепихи или шиповника

д) локальное воздействие холодовыми агентами

033. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из расширенных вен пищевода является

а) пероральный антисептический биологический тампон

б) эндоскопическая электрокоагуляция

в) нанесение клеевой пленки

г) использование баллонного зонда типа Блекмора

д) лазерная фотокоагуляция

034. Метод эндоскопического склерозирования флебэктазий пищевода и кардиального отдела желудка был предложен

а) И. Т. Ватюниным в 1967 г

б) К. К. Вода в 1965 г

в) Грэндфордом и Фрэнком в 1939 г

г) Хюнтом в 1969 г

д) Денком в 1971 г

035. Склерозирующий раствор при кровотечениях из флебэктазий пищевода вводится

а) в просвет варикозно расширенной вены в области разрыва

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

036. Эндоскопическое исследование позволяет выявить источник кровотечения

а) в 100% случаев

б) в 95% случаев

в) в 90% случаев

г) в 85% случаев

д) в 80% случаев

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

г) на слизистой оболочке 12-перстной кишки острые эрозии

д) после отсасывания крови из 12-перстной кишки отмечается вновь ее поступление из дистальных отделов

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

д) правильно б) и г)

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

г) при массивном артериальном кровотечении из дуоденальной язвы

д) при кровотечении из острых язв или эрозий желудка

040. Методические особенности эндогастродуоденоскопии (ЭГДС) при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленное, исключая

а) минимальная инсульфляция воздуха

б) использование для смыва катетера

в) использование шприцевого смыва

г) отмывание тромба через катетер ледяной водой

д) эндоскоп дистальнее обнаруженного тромба над варикозным узлом - не проводится

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

д) рентгеноскопии желудка

042. Осложнением склеротерапии при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода является

а) острый эзофагит

б) кардиоспазм

в) перфорация пищевода

г) некроз терминального отдела пищевода

д) усиление кровотечения из варикозно расширенных вен

043. Вероятность развития перфорации полого органа при электрокоагуляции зависит от всего перечисленного, исключая

а) характер источника кровотечения

б) локализацию источника кровотечения

в) способ диатермокоагуляции (моно- или биактивной)

г) мощность электрокоагулятора

д) продолжительность воздействия

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

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

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

г) при массивном кровотечении из язвы или опухоли желудка

д) при коагуляции тромбированного сосуда при остановившемся кровотечении

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

д) кровотечения при бластоматозном поражении желудка

047. Методика диатермокоагуляции включает все перечисленное, кроме

а) предварительного удаления крови и сгустков

б) коагуляции ткани, расположенной рядом с кровоточащим сосудом

в) непосредственной коагуляции сосуда

г) диатермокоагуляция выполняется серией коротких включений тока высокой частоты

д) сочетанного обдувания струей воздуха и промывания источника кровотечения

048. Глубина распространения коагуляционного некроза при электрокоагуляции области источника зависит от всего перечисленного, кроме

а) способа диатермокоагуляции (моноактивный, биактивный)

б) площади коагуляционного некроза

в) локализации источника кровотечения

г) продолжительности воздействия

д) степени давления электрода на слизистую

049. Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет

а) 1 с

б) 2-3 с

в) 5-6 с

г) 7-8 с

д) 10 с

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

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

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 холодовыми агентами

д) наложение клипс

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

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

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

056. Для усиления гемостаза при промывании желудка при желудочно-кишечном кровотечении может применяться все перечисленное, за исключением

а) ферракрила

б) ляписа

в) колларгола

г) танина

д) тромбина

057. Для склерозирования флебэктазий пищевода используются все перечисленные препараты, кроме

а) гентопласта

б) варикоцида

в) вистарина

г) дондрена

д) этоксисклерола

058. Длительность промывания желудка водой не должна превышать

а) 10-20 мин

б) 20-30 мин

в) 30-40 мин

г) 40-50 мин

д) 50-60 мин

059. При нанесении медицинского клея пленка обычно сохраняется в течение

а) 1-2 ч

б) 6-8 ч

в) 12-24 ч

г) 3 суток

д) 10 суток

060. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является

а) обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами

б) аппликация пленкообразующих полимеров

в) эндоскопическая диатермокоагуляция

г) криовоздействие

д) орошение гемостатическими препаратами

061. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через

а) 12-24 ч

б) 5-7 дней

в) 10 дней

г) 1 месяц

д) 2 месяца

062. Операционный гастроскоп был создан

а) Гейлером в 1941 г

б) Хеннингом в 1939 г

в) Шиндлером в 1932 г

г) Бенедиктом в 1948 г

д) Уи в 1950 г

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

г) инородных тел округлой формы диаметром 1-1. 5 см

д) отторгающихся лигатур из нерассасывающегося шовного материала в сроки свыше 1 месяца после операции

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

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

065. Срочное лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство показано во всех перечисленных случаях, за исключением

а) при инородных телах с острыми концами и гранями

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

066. Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является

а) общее тяжелое состояние больного

б) психологическое возбуждение

в) наличие признаков перфорации полого органа

г) нахождение инородного тела в 12-перстной кишке

д) инородное тело больше 2 см в диаметре

067. Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела включают все перечисленное, исключая

а) общее тяжелое состояние больного

б) резкие боли

в) высокую температуру

г) кровотечение

д) явления непроходимости

068. Этапы подготовки больного к удалению инородных тел включают все перечисленное, кроме

а) рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта

б) рентгенографического исследования с барием

в) премедикации

г) психопрофилактики (беседа с больным)

д) местной анестезии зева

069. Инородные тела пищевода чаще выявляются

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

070. К случайным относятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме

а) пуговиц

б) монет

в) фруктовых косточек

г) безоаров желудка

д) зубных протезов

071. Безоары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме

а) перфорации стенки желудка

б) развития стеноза привратника

в) пилородуоденальной или кишечной непроходимости

г) желудочно-кишечного кровотечения

д) механической желтухи

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

д) усиление саливации

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

д) наличие сопутствующих заболеваний

074. Наиболее частой причиной локализации инородных тел в нижней трети пищевода является

а) наличие физиологических сужений

б) опухолевое поражение стенки пищевода

в) структура пищевода

г) хронический эзофагит

д) дивертикул пищевода

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

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

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

078. Из проглоченных волос образуются

а) фитобезоары

б) трихобезоары

в) себобезоары

г) шеллакобезоары

д) пиксобезоары

079. Из переваренного жира образуются

а) фитобезоары

б) трихобезоары

в) себобезоары

г) шеллакобезоары

д) пиксобезоары

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

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

082. Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах

а) крепкими растворами кислот

б) крепкими растворами щелочей

в) солями тяжелых металлов

г) термических поражениях

д) лучевых поражениях

083. Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании

а) полыми бужами по металлической струне-направителю

б) через рот вслепую

в) за "нитку"

г) по "нитке"

д) под контролем эзофагоскопа

084. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются

а) гладкие, блестящие рубцы

б) неровные, тусклые рубцы

в) инфильтрация слизистой оболочки

г) эластичность при инструментальной пальпации

д) выраженная контактная кровоточивость

085. Показаниями к удалению потерянных дренажей служат все перечисленные, за исключением

а) обтурации их просвета

б) появления желтухи

в) признаков холангита

г) признаков острого холецистита

д) неотхождения в положенный срок

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

д) ложных дивертикулов в области анастомоза

087. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является

а) бужирование вслепую

б) бужирование по струне

в) нормированное бужирование по струне

г) баллонная пневмо- и гидродилатация

д) рассечение стриктуры электроножом

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

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

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 удается провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений

д) при инородных телах с острыми концами и гранями

091. При удалении инородных тел могут быть использованы все перечисленные инструменты, кроме

а) щипцов с зазубренными чащечками

б) эндоскопических ножниц

в) различных петель

г) корзинок

д) захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы"

092. Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются

а) металлической петлей

б) трехзубым грейфером

в) корзинкой

г) биопсионными щипцами

д) захватывающим устройством типа "пеликан"

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

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

095. Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает

а) рассечение рубцовой ткани электроножом

б) баллонную пневмодилатацию

в) бужирование по струне

г) оперативное лечение

д) баллонную гидродилатацию

096. Эндоскомическое лечение стриктур пищевода невозможно

а) при полной облитерации пищевода

б) при мембранозных стриктурах

в) при фибринозном эзофагите

г) при циркулярных стриктурах

д) при трубчатых стриктурах

097. Эндоскопическая электроэксцизия рубцовой ткани в области стриктур пищевода проводится с помощью

а) игольчатого электрода

б) металлической петли

в) эндоскопических ножниц

г) электроножа

д) специальных щипцов

098. Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечислнное, за исключением

а) извлечения инородных тел из области сужения

б) бужирования концом эндоскопа

в) бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа

г) установления струны-направителя под контролем эндоскопа

д) эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани

099. Профилактическая дилатация пищевода после ожога показана через

а) 3 дня

б) 1 неделю

в) 2 недели

г) 2 месяца

д) 6 месяцев

100. Оптимальное давление при баллонной гидродилатации

а) 0. 5 атмосферы

б) 1. 5 атмосферы

в) 2 атмосферы

г) 3 атмосферы

д) 5 атмосфер

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

102. Срок эпителизации рубцовых стриктур при бужировании составляет

а) 2 недели

б) 1 месяц

в) 2-3 месяца

г) 5 месяцев

д) 1 год

103. Впервые удаление полипов через эндоскоп осуществил

а) Демлинг

б) Тсунеока и Ишида

в) Брандт

г) Реш

д) Эльстер

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

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 IIа

д) при множественных малигнизированных полипах с интраэпителиальной локализацией процесса

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

г) при небольших плоских полипах

д) при бляшковидном раке желудка типа IIа

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

г) больших полипов с диаметром основания более 2 см

д) тотального полипоза без выраженных клинических проявлений

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

д) колоноскопию

109. Медикаментозная подготовка больных к эндоскопической полипэктомии включает все перечисленные, за исключением

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

110. Результаты биопсии и гистологического исследования всего полипа совпадают

а) в 100%

б) в 80-90%

в) в 50-70%

г) в 30-40%

д) в 10-20%

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

г) Каваи, Отани в 1975 г

д) В. М. Буянов в 1974 г

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

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

114. Лечебная полипэктомия показана во всех перечисленных случаях, кроме

а) одиночных полипов желудка

б) полипов желудка (более 8 опухолей) у больных с высокой степенью риска хирургической операции

в) 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

115. Относительными противопоказаниями к удалению полипов из желудка являются все перечисленные, кроме

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

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

117. Протипопоказанием для лечебной полипэктомии являются

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

118. Противопоказанием для диагностической полипэктомии являются

а) множественные полипы

б) одиночные растущие полипы

в) плоские полипы бляшковидной формы

г) изъязвленные полипы

д) малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли

119. Щипковая или петлевая биопсия предпочтительнее диагностической полипэктомии при наличии

а) изъязвленного полипа на ножке

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

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

б) лечебная эндоскопическая полипэктомия

в) динамическое наблюдение

г) экстренное хирургическое вмешательство

д) на первом этапе эндоскопическая полипэктомия (паллиативная) , после чего - хирургическое лечение

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

д) небольших подслизистых опухолей I типа без клинических проявлений

122. Лечебная тактика при малигнизированных полипах желудка с инвазивным ростом опухоли, но без поражения ножки полипа включает

а) эндоскопическую полипэктомию, затем - традиционную операцию

б) эндоскопическую полипэктомию

в) только хирургическое лечение

г) симптоматическое лечение

д) лучевую терапию

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

г) комбинированное (эндоскопическое и хирургическое) лечение

д) симптоматическое лечение

124. Основным инструментом при электроэксцизии полипа является

а) металлическая петля

б) диатермические щипцы

в) диатермическая петля

г) электронож

д) электроножницы

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

г) уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа

д) профилактика ожога окружающей слизистой при электрокоагуляции

126. Хирургическое вмешательство показано при всех перечисленных формах, за исключением

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

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

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)

129. В момент электроэкцизии 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

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

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

132. Техника электроэксцизии полипа включает все перечисленное, за исключением

а) затягивания петли на расстоянии 3-5 см от уровня слизистой оболочки желудка

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

133. Технические особенности удаления опухолей II типа включают все перечисленное, исключая

а) надсечение слизистой оболочки над опухолью с помощью электроножа

б) создание новокаинового депо под опухолью

в) частичное вылущивание опухоли

г) наложение петли на вылущенную опухоль

д) использование захватывающего устройства для подтягивания опухоли

134. К техническим ошибкам при выполнении эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленное, кроме

а) головка полипа касается слизистой

б) полипэктомическая петля не затянута

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

135. К способам извлечения отсеченных полипов относятся все перечисленные, за исключением

а) присасывания опухоли к инструментальному каналу эндоскопа и извлечения его вместе с аппаратом

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

136. Отсеченный полип может быть извлечен с помощью всего перечисленного, за исключением

а) биопсионных щипцов

б) полипэктомической петли

в) трехзубого грейфера

г) эндоскопических ножниц

д) корзинки Дормиа

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

г) поэтапного удаления полипа

д) новокаиновой инфильтрации подлежащих тканей

138. Стандартными сроками контрольного динамического осмотра после полипэктомии из желудка установлены все перечисленные, кроме

а) через 1 неделю

б) через 2 недели

в) через 3 месяца

г) через 6 месяцев

д) 1 раз в год в течение 5 лет

139. Различают все перечисленные морфологические виды полипов желудка, кроме

а) гиперпластических полипов

б) аденоматозных полипов

в) ювенильных полипов

г) гемартом

д) эндометриоидных полипов

140. Показаниями к лечебной бронхоскопии являются все перечисленные, кроме

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

141. К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме

а) ухудшение состояния больного

б) подъем температуры после санации и кровохарканье

в) бронхоспазм

г) реакция на санирующий раствор

д) правильно б) и в)

142. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять

а) жесткую бронхоскопию под наркозом

б) бронхофиброскопию под наркозом

в) бронхофиброскопию под местной анестезией

г) бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами

д) сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом

143. Больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, следует санировать

а) ежедневно

б) через день

в) через 2 дня

г) через 3 дня

д) через 6 дней

144. Лечебные бронхоскопии при хроническом абсцессе легкого следует выполнять

а) через день

б) через 2 дня

в) через 3 дня

г) через 4 дня

д) 1 раз в неделю

145. Лечебные бронхоскопии при бронхите II степени воспаления следует выполнять

а) через день

б) через 2 дня

в) через 3 дня

г) через 4 дня

д) 1 раз в неделю

146. При бронхоэктазах в стадии обострения бронхоскопию следует выполнять

а) через день

б) через 2 дня

в) через 3 дня

г) через 4 дня

д) 1 раз в неделю

147. При бронхите III степени воспаления следует выполнять лечебные бронхоскопии

а) через день

б) через 2 дня

в) через 3 дня

г) через 4 дня

д) через 5 дней

148. При бронхите II степени воспаления следует провести на курс

а) 2-3 бронхоскопии

б) 4-6 бронхоскопии

в) 7-8 бронхоскопии

г) 9-10 бронхоскопии

д) 11-12 бронхоскопии

149. При бронхите II степени воспаления на курс следует провести

а) 2-3 бронхоскопии

б) 4-6 бронхоскопий

в) 7-8 бронхоскопий

г) 9-10 бронхоскопий

д) 11-12 бронхоскопий

150. При бронхите II степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий

а) через 1-2 мес

б) через 2-3 мес

в) через 3-4 мес

г) через 4-5 мес

д) через 5-6 мес

151. При бронхите III степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий

а) через 1-2 мес

б) через 2-3 мес

в) через 3-4 мес

г) через 4-5 мес

д) через 5-6 мес

152. Для лечебных бронхоскопий используется

а) 3 группы веществ

б) 4 группы веществ

в) 5 групп веществ

г) 6 групп веществ

д) 7 групп веществ

153. Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести

а) 10 мл раствора

б) 20 мл раствора

в) 30 мл раствора

г) 40 мл раствора

д) 50 мл раствора

154. Наиболее эффективным для санационных бронхоскопий является

а) риванол

б) фурациллин

в) диоксидин

г) фурагина калиевая соль

д) димексид

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

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

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

158. При лечении больного с нагноившейся дренирующейся 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

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

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 обтурирует в просвет бронха

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) кровоточащей опухоли

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

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

164. Клиническая картина при инородних телах трахеи включает

а) боли в грудной клетке

б) приступообразный кашель

в) постоянный кашель

г) кашель с мокротой

д) высокую температуру

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

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

167. Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом

а) отсутствуют

б) обтурационная эмфизема

в) ателектаз легкого

г) поликистоз легкого

д) бронхоэктазы

168. К осложнениям при давно аспирированных инородных телах относятся все перечисленные, за исключением

а) кровотечения

б) ателектаза

в) бронхиальных свищей и бронхоэктазов

г) деформирующего бронхита

д) правильно а) и б)

169. Для удаления плоских инородных тел используются

а) биопсионные щипцы и вилочковый захват

б) петля

в) корзинка Дормиа

г) биопсионные щипцы с иглой

д) биопсионные ножницы

170. Для удаления округлых инородных тел с гладкой поверхностью используются

а) биопсионные щипцы

б) петля и корзинка Дормиа

в) вилочковый захват

г) биопсионные щипцы с иглой

д) биопсионные ножницы

171. Для удаления тонких и острых инородных тел используются

а) биопсионные щипцы

б) петля и вилочковый захват

в) корзинка Дормиа

г) биопсионные щипцы с иглой

д) биопсионные ножницы

172. Для удаления органических и неорганических инородных тел сложной конфигурации используются

а) биопсионные щипцы

б) петля

в) вилочковый захват

г) корзинка Дормиа

д) биопсионные щипцы с иглой

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

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

175. Лапараскопическое 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

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

177. Лапараскопическое 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

189. Для эндоскопического рассечения печеночно-дуоденального офинктера и интрамуральной части холедоха применяется

а) электронож

б) папиллотомическая петля

в) эндоскопические ножницы

г) специальные щипцы

д) диатермическая постоянная петля

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

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

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

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

194. К препаратам, применяемым в качестве премедикации перед папиллосфинктеротомией, относятся все перечисленные, кроме

а) промедола

б) атропина

в) но-шпы

г) эфедрина

д) бензогексония

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

196. К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением

а) кровотечения из области разреза

б) ретроперитонеальной перфорации

в) острого панкреатита

г) холангита

д) дуоденостаза

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"

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

199. Потерянные дренажи общего желчного протока извлекаются

а) биопсионными щипцами

б) захватывающим устройством типа "крысиный зев"

в) специальным крючком

г) корзинкой Дормиа

д) петлей

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

в) приподнимается ножной конец стола

г) катетер при канюляции заводится снизу вверх с использованием леватора

д) в период канюляции подается контрастное вещество

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

д) инструментальное извлечение камней холедоха

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

д) множественных мелких конкрементов

203. Лечение больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии как правило включает все перечисленное, кроме

а) холода на живот

б) спазмолитиков

в) аналгетиков

г) десенсибилизирующей и противоотечной терапии

д) щелочного питья

204. Максимальные сроки наблюдения после эндоскопической папиллосфинктеротомии за самостоятельным отхождением камней холедоха составляют

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

в) 5-7 дней

г) 8-18 дней

д) 10-14 дней

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

г) поэтапного удаления полипа

д) коагуляции полипа пуговчатым зондом

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

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)

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)

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)

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 виллезные опухоли

д) полиповидный рак

211. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопической полипэктомии являются все перечисленные, кроме

а) стелющиеся виллезные 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

212. При наличии в толстой кишке нескольких полипов, подлежащих электроэксцизии, в первую очередь удаляют

а) наиболее крупный полип

б) наиболее мелкий полип

в) наиболее проксимально расположенный полип

г) наиболее дистально расположенный полип

д) наиболее трудно технически удалимый полип

213. Электрокоагуляция полипа через ректоскоп впервые произведена

а) в 1921 г

б) в 1925 г

в) в 1928 г

г) в 1931 г

д) в 1933 г

214. Петлевая электрорезекция полипа через ректоскоп впервые выполнена

а) в 1928 г

б) в 1934 г

в) в 1949 г

г) в 1952 г

д) в 1954 г

215. Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить все перечисленное, за исключением

а) диагностической колоноскопии

б) эзофагогастродуоденоскопии

в) ирригоскопии

г) определить группу крови и резус-фактор

д) определить время свертываемости и кровотечения

216. Колоноскопическая полипэктомия из ободочной кишки производится

а) всем больным амбулаторно

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

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

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

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

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)

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

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)

223. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа

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

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

д) правильно б) и в)

225. Способ экстракции полипов из толстой кишки после их электроэксцизии зависит

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

226. Вакуумэкстракцией после колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать

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

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

д) правильно а) и в)

228. Полип любой консистенции и размеров после колоноскопической электроэксцизии можно извлечь

а) корзинкой Дормиа

б) грейфером

в) биопсионными щипцами

г) вакуумэкстракцией

д) петлевым электродом

229. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать биопсионными щипцами

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

230. После колоноскопической электроэксцизии нельзя извлечь биопсионными щипцами

а) полипы мягкой консистенции диаметром 0. 3 см

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

231. К случайным инородным телам толстой кишки можно отнести

а) фруктовые косточки

б) зубные протезы

в) наконечник от кружки Эсмарха

г) каловые камни

д) пуговицы

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)

д) все ответы правильны

**7. ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты

а) все ликвидаторы аварии

б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии

в) ликвидаторы 1987-1990 гг.

г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г

002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов

а) дошкольники

б) школьники

в) подростки

г) взрослое население

д) ликвидаторы

003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе

а) центральной нервной системе

б) сердечно-сосудистой системе

в) системе органов кровообращения

г) пищеварительной системе

д) иммунной системе

004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

а) тошнота и рвота

б) лейкопения

в) эритема кожи

г) выпадение волос

д) жидкий стул

005. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет

а) 0. 5 Гр

б) 1 Гр

в) 2 Гр

г) 3 Гр

д) 4 Гр

006. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов

а) эритроцитов

б) лейкоцитов

в) нейтрофилов

г) лимфоцитов

д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

а) 1. 5 Гр

б) 1 Гр

в) 0. 5 Гр

г) 0. 1 Гр

д) любая

008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет

а) 0. 25 Гр

б) 0. 5 Гр

в) 1 Гр

г) 1. 5 Гр

д) 2 Гр

009. Единица активности

а) Рентген

б) Грей

в) Беккерель

г) Рад

д) Зиверт

010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано

а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ku/км2

б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности

в) детям, проживающим на загрязненных территориях

г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов

а) детей

б) подростков

в) взрослых

г) пенсионеров

д) беременных женщин

012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

а) йод

б) цезий

в) стронций

г) плутоний

д) радий

013. "Малыми" принято называть дозы

а) не вызывающие лучевой болезни

б) не вызывающие хромосомных повреждений

в) не вызывающие генных поломок

г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц

д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

а) нарушения половой потенции

б) гипоспермия

в) водянка яичка

г) наследственные болезни у детей

д) снижение в крови тестостерона

015. Единица поглощенной дозы

а) Грей

б) Зиверт

в) Рентген

г) Кюри

д) Бэр

016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена

а) локальным внешним облучением конечности

б) поступлением внутрь радионуклидов

в) внешним облучением туловища в дозе менее 0. 5 Гр

г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр

д) заболеванием, не связанным с облучением

017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла

б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

а) при поглощенной дозе на плод более 0. 1 Гр

б) при поглощенной дозе на плод более 0. 5 Гр

в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр

г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

а) несколько десятков

б) несколько сотен

в) несколько тысяч

г) несколько миллионов

020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего g-облучения для медицинского персонала

а) от тела больного исходит g-излучение

б) больной выделяет с мочой радионуклиды

в) никакую

021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это

а) дезактивация кожи

б) прием радиопротектора

в) реанимационные мероприятия

г) гемосорбция

д) купирование рвоты

022. Степень тяжести лучевого поражения определяется

а) содержанием радионуклидов на месте облучения

б) количеством "горячих" частиц в легких

в) количеством радионуклидов в организме

г) степенью угнетения кроветворения

023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови

а) менее 3000 в мкл

б) менее 1000 в мкл

в) менее нормы

г) менее 500 в мкл

д) менее 100 в мкл

024. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови

а) менее 150 тыс в мкл

б) менее 100 тыс в мкл

в) менее 50 тыс в мкл

г) менее 40 тыс в мкл

д) менее 10 тыс в мкл

025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет

а) до 10 случаев в год

б) нисколько

в) менее 100 случаев в год

г) менее 1000 случаев в год

д) 20-30 случаев в год

026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу

а) на костный мозг

б) на печень

в) на легкие

г) на желудок

д) на щитовидную железу

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются

а) родители больного

б) родные братья или сестры

в) дети больного

г) другие члены семьи

028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС

а) рак желудка

б) рак легкого

в) лейкозы

г) рак щитовидной железы

д) рак молочной железы

031. Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят

а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты

б) употребление алкоголя

в) курение

г) употребление продуктов местного производства

д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано

а) при дозах облучения менее 3 Гр

б) больным, у которых не было первичной реакции

в) больным с легкой степенью болезни

г) больным, получившим летальные дозы облучения

033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии, -

а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии

б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями

в) не направлять в санаторий в летний период

г) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни

034. Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах

а) никаких

б) утяжеление клинического течения

в) больший процент выхода на инвалидность по общему заболеванию

г) переход острых форм в хронические

д) устойчивость к обычной терапии

**ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Тема: 1) СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 003-А | 004-Б | 005-Б | 006-А | 007-А | 009-В |
| 012-В | 015-В | 016-Б | 017-В | 020-Б | 021-Д | 023-А |
| 026-Б | 028-А | 029-А | 030-Б | 031-Б | 032-Г | 033-Е |
| 034-А | 035-Д | 036-Е | 037-Г | 038-А | 039-Б | 040-А |
| 041-Д | 043-Д | 044-Д | 045-В | 047-Д | 048-Г | 049-Д |
| 050-В | 051-В | 052-А | 053-В | 054-Г | 055-Г | 056-Г |
| 057-В | 058-Б | 059-Б | 060-В | 061-Г | 062-Б | 063-Г |
| 064-Г | 065-А | 066-Б | 067-А | 068-В | 069-В | 070-Г |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Тема: 2) КЛИНИЧЕСКАЯ ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Б | 003-Б | 004-А | 005-Г | 006-В | 007-Б |
| 008-В | 009-В | 010-Г | 011-В | 012-Г | 013-Б | 014-Г |
| 015-Б | 016-Б | 017-А | 018-Д | 019-Б | 020-Г | 021-Д |
| 022-Б | 023-Г | 024-В | 025-В | 026-Г | 027-Б | 028-В |
| 029-Г | 030-Д | 031-В | 032-Б | 033-Б | 034-Д | 035-Г |
| 036-Г | 037-В | 038-Б | 039-Б | 040-Б | 041-В | 042-В |
| 043-Б | 044-В | 045-Г | 046-В | 047-А | 048-Г | 049-Д |
| 050-В | 051-А | 052-Г | 053-А | 054-В | 055-В | 056-В |
| 057-А | 058-Б |  |  |  |  |  |

**Тема: 3) ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-Б | 003-Г | 004-В | 005-Д | 006-Б | 007-Д |
| 008-В | 009-Б | 010-Д | 011-Д | 012-Г | 013-В | 014-Д |
| 015-В | 016-В | 017-В | 018-В | 019-В | 020-Г | 021-В |
| 022-Г | 023-Г | 024-А | 025-Д | 026-Б | 027-Д | 028-Б |
| 029-Б | 030-Б | 031-Г | 032-Д | 033-В | 034-В | 035-Б |
| 036-В | 037-А | 038-А | 039-А | 040-В | 041-В | 042-Б |
| 043-Д | 044-Б | 045-Б | 046-В | 047-Б | 048-Г | 049-Б |
| 050-В | 051-В | 052-В | 053-А | 054-В | 055-Г | 056-Д |
| 057-А | 059-Д | 060-Б | 061-В | 062-В | 063-Б | 064-В |
| 065-А | 066-Г | 067-Б | 068-А | 069-В | 070-Б | 071-А |
| 072-Б | 073-Г | 074-В | 075-Г | 076-Г | 077-Д | 078-Д |
| 079-Б | 080-В | 081-Г | 082-А | 083-В | 084-Г | 085-Б |
| 086-В | 087-Г | 088-Г | 089-Б | 090-Г | 091-Г | 092-В |
| 093-Г | 094-В | 095-Б | 096-Б | 097-А | 098-Б | 099-В |
| 100-А | 101-Б | 102-Б | 103-А | 104-Д | 105-Г | 106-Д |
| 107-А | 108-А | 109-А | 110-А | 111-Б | 112-Г | 113-В |
| 114-Д | 115-Г | 116-Б | 117-Б | 118-Б | 119-Б | 120-В |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Тема: 4) МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Б | 003-Д | 004-Б | 005-Г | 006-Д | 007-Г |
| 008-В | 009-Д | 010-Б | 011-Г | 012-Б | 013-А | 014-А |
| 015-Б | 016-А | 017-А | 018-Б | 019-В | 020-Д | 021-Б |
| 022-А | 023-Б | 024-Б | 025-Г | 026-В | 027-Д | 028-Г |
| 029-Д | 030-Д | 031-Д | 032-Б | 033-Г | 034-Б | 035-Д |
| 036-Д | 037-Д | 038-Д | 039-Д | 040-Д | 041-В | 042-А |
| 043-Б | 044-А | 045-В | 046-Б | 047-В | 048-В | 049-Б |
| 050-Б | 051-А | 052-А | 053-А | 054-Б | 055-Б | 056-Г |
| 057-В | 058-Д | 059-В | 060-А | 061-А | 062-А | 063-Б |
| 064-А | 065-Д | 066-Д | 067-Б | 068-Д | 069-А | 070-А |
| 071-Б | 072-А | 073-Д | 074-В | 075-Г | 076-Г | 077-А |
| 078-А | 079-Б | 080-В | 081-Г | 082-Б | 083-А | 084-Д |
| 085-Г | 086-А | 087-Г | 088-А | 089-А | 090-Д | 091-В |
| 092-Д | 093-Д | 094-Д | 095-Д | 096-В | 097-Б | 098-Д |
| 099-Б | 100-Д | 101-Б | 102-В | 103-Г | 104-Г | 105-Г |
| 106-В | 107-В | 108-Г | 109-В | 110-Д | 111-В | 112-Б |
| 113-В | 114-Г | 115-Д | 116-Б | 117-Б | 118-Б | 119-В |
| 120-Д | 121-Г | 122-В | 123-Г | 124-Д | 125-А | 126-В |
| 127-В | 128-Д | 129-А | 130-Б | 131-В | 132-Г | 133-Д |
| 134-Б | 135-Г | 136-Г | 137-А | 138-А | 139-Б | 140-А |
| 141-Б | 142-А | 143-Б | 144-Б | 145-Б | 146-Д | 147-Д |
| 148-Д | 149-Д | 150-Б | 151-Д | 152-Д | 153-Б | 154-Г |
| 155-Д | 156-Д | 157-Д | 158-Д | 159-В | 160-А | 161-Д |
| 162-Г | 163-Д | 164-Д | 165-В | 166-Б | 167-Г | 168-Г |
| 169-Д | 170-В | 171-Д | 172-В | 173-Д | 174-В | 175-Б |
| 176-Г | 177-Д | 178-А | 179-В | 180-Г | 181-А | 182-В |
| 183-А | 184-В | 185-Б | 186-Д | 187-Г | 188-Г | 189-Б |
| 190-Д | 191-В | 192-Д | 193-Б | 194-Б | 195-Д | 196-Д |
| 197-Г | 198-В | 199-В | 200-Б | 201-В | 202-Б | 203-Г |
| 204-Д | 205-Г | 206-В | 207-В | 208-А | 209-Б | 210-Д |
| 211-Д | 212-Д | 213-Д | 214-В | 215-Б | 216-Б | 217-А |
| 218-В | 219-Д | 220-Д | 221-А | 222-В | 223-Г | 224-В |
| 225-Д | 226-Б | 227-Б | 228-В | 229-Г | 230-А | 231-Д |
| 232-А | 233-Г | 234-В | 235-Д | 236-Д | 237-А | 238-Б |
| 239-А | 240-В | 241-Г | 242-Б | 243-В | 244-Г | 245-Б |
| 246-Б | 247-В | 248-Б | 249-А | 250-Г | 251-В | 252-А |
| 253-Б | 254-Б | 255-А | 256-А | 257-А | 258-В | 259-Б |
| 260-В | 261-А | 262-Б | 263-Д | 264-В | 265-Б | 266-А |
| 267-Б | 268-Г | 269-Б | 270-Д | 271-В | 272-Г | 273-Г |
| 274-Д | 275-А | 276-Б | 277-Г | 278-А | 279-В | 280-А |
| 281-Д | 282-Б | 283-Г | 284-Д | 285-А | 286-Г | 287-Б |
| 288-Д | 289-Б | 290-Д | 291-Г | 292-В | 293-Б | 294-А |
| 295-А | 296-Д | 297-А | 298-А | 299-А | 300-А | 301-Б |
| 302-Д | 303-Д | 304-Г | 305-В | 306-Д | 307-В | 308-Б |

**Тема: 5) ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-Г | 003-В | 004-Д | 005-Д | 006-Б | 007-Д |
| 008-Г | 009-Б | 010-Б | 011-Д | 012-Б | 013-Д | 014-Г |
| 015-Д | 016-Б | 017-Д | 018-В | 019-В | 020-А | 021-Б |
| 022-Д | 023-В | 024-В | 025-Д | 026-В | 027-В | 028-Д |
| 029-В | 030-Б | 031-В | 032-А | 033-Г | 034-В | 035-Б |
| 036-Д | 037-Г | 038-А | 039-Б | 040-В | 041-Д | 042-Г |
| 043-Г | 044-Г | 045-А | 046-Б | 047-Б | 048-В | 049-Б |
| 050-В | 051-Д | 052-В | 053-Б | 054-А | 055-Б | 056-Г |
| 057-Д | 058-Г | 059-Б | 060-Б | 061-В | 062-В | 063-Б |
| 064-Г | 065-В | 066-А | 067-Б | 068-В | 069-Г | 070-Б |
| 071-В | 072-В | 073-А | 074-В | 075-А | 076-Г | 077-А |
| 078-Б | 079-Б | 080-А | 081-Д | 082-Г | 083-В | 084-А |
| 085-В | 086-Д | 087-В | 088-А | 089-А | 090-В | 091-Б |
| 092-В | 093-Б | 094-Б | 095-Б | 096-Г | 097-Д | 098-В |
| 099-А | 100-Д | 101-Г | 102-Г | 103-А | 104-В | 105-А |
| 106-В | 107-Б | 108-В | 109-Б | 110-В | 111-Д | 112-Г |
| 113-Г | 114-А | 115-Г | 116-Б | 117-А | 118-Д | 119-Г |
| 120-В | 121-Б | 122-В | 123-Д | 124-В | 125-Б | 126-Д |
| 127-Г | 128-В | 129-В | 130-Б | 131-Б | 132-Б | 133-Д |
| 134-Г | 135-В | 136-А | 137-В | 138-А | 139-Г | 140-Д |
| 141-Г | 142-В | 143-Д | 144-В | 145-А | 146-В | 147-Д |
| 148-В | 149-В | 150-Б | 151-Г | 152-Д | 153-Б | 154-Д |
| 155-Г | 156-Г | 157-Г | 158-Д | 159-Г | 160-Б | 161-Д |
| 162-В | 163-Г | 164-В | 165-Г | 166-А | 167-Г | 168-Б |
| 169-В | 170-А | 171-Д | 172-Б | 173-А | 174-А | 175-В |
| 176-Б | 177-Д | 178-В | 179-Д | 180-Б | 181-В | 182-Б |
| 183-В | 184-Б | 185-Г | 186-А | 187-Д | 188-Б | 189-Б |
| 190-В | 191-В | 192-Д | 193-В | 194-А | 195-Д | 196-Д |
| 197-Д | 198-Б | 199-Д | 200-А | 201-Д | 202-А | 203-А |
| 204-В | 205-А | 206-Д | 207-Д | 208-Г | 209-Д | 210-Б |
| 211-А | 212-Д | 213-В | 214-Д | 215-Д | 216-Б | 217-Б |
| 218-В | 219-А | 220-Г | 221-Б | 222-В | 223-А | 224-Д |
| 225-Д | 226-Б | 227-А | 228-Д | 229-Г | 230-Г | 231-Г |
| 232-Б | 233-А | 234-В | 235-В | 236-Г | 237-Д | 238-В |
| 239-Д | 240-Б | 241-Г | 242-А | 243-Г | 244-А | 245-Д |
| 246-Д | 247-А | 248-Б | 249-Д | 250-А | 251-Б | 252-Д |
| 253-А | 254-В | 255-Г | 256-А | 257-А | 258-А | 259-Б |
| 260-В | 261-Б | 262-Д | 263-Д | 264-Б | 265-Д | 266-Д |
| 267-Б | 268-Б | 269-Г | 270-Г | 271-А | 272-А | 273-В |
| 274-Д | 275-В | 276-В | 277-В | 278-Г | 279-Д | 280-Д |
| 281-Д | 282-Д | 283-Д | 284-Г | 285-Г | 286-Г | 287-А |
| 288-Д | 289-Д | 290-А | 291-В | 292-Г | 293-Г | 294-А |
| 295-Б | 296-Б | 297-А | 298-А | 299-Д | 300-А | 301-А |
| 302-А | 303-В | 304-Д | 305-Б | 306-Б | 307-А | 308-Б |
| 309-В | 310-Б | 311-А | 312-Б | 313-В | 314-Г | 315-Б |
| 316-В | 317-Б | 318-В | 319-А | 320-В | 321-Б | 322-Д |
| 323-Г | 324-Д | 325-А | 326-Д | 327-Д | 328-Г | 329-А |
| 330-Б | 331-Д | 332-В | 333-Д | 334-Д | 335-Д | 336-А |
| 337-Д | 338-В | 339-А | 340-А | 341-Г | 342-Д | 343-Д |
| 344-Г | 345-Г | 346-Г | 347-Д | 348-Г | 349-А | 350-Г |
| 351-Г | 352-Г | 353-Б | 354-Г | 355-В | 356-Б | 357-Д |
| 358-В | 359-Г | 360-Б | 361-Д | 362-А | 363-В | 364-Б |
| 365-В | 366-А | 367-Г | 368-Д | 369-В | 370-А | 371-В |
| 372-Г | 373-А | 374-Г | 375-Б | 376-Б | 377-А | 378-В |
| 379-Г | 380-В | 381-Б | 382-В | 383-Д | 384-А | 385-Б |
| 386-В | 387-Г | 388-Д | 389-Б | 390-Б | 391-А | 392-Б |
| 393-Г | 394-А | 395-Г | 396-В | 397-Б | 398-А | 399-Г |
| 400-В | 401-Д | 402-Г | 403-Б | 404-Б | 405-В | 406-Д |
| 407-Д | 408-Б | 409-Д | 410-Г | 411-Д | 412-В | 413-А |
| 414-Д | 415-Г | 416-Д | 417-Д | 418-Д | 419-Б | 420-В |
| 421-Д | 422-А | 423-Б | 424-Г | 425-Г | 426-Г | 427-Г |
| 428-Б | 429-Г | 430-Г | 431-Д | 432-В | 433-Д | 434-Д |
| 435-В | 436-В | 437-Д | 438-Д | 439-В | 440-В | 441-Д |
| 442-Д | 443-Д | 444-Д | 445-Б | 446-Б | 447-Г | 448-В |
| 449-В | 450-Г | 451-Г | 452-В | 453-Д | 454-Д | 455-В |
| 456-Б | 457-А | 458-А | 459-Г | 460-Д | 461-Д | 462-А |
| 463-Д | 464-Д | 465-Д | 466-Г | 467-Д | 468-Д | 469-Д |
| 470-Д | 471-Г | 472-Д | 473-А | 474-Б | 475-Г | 476-Д |
| 477-А | 478-Б | 479-Д | 480-Д | 481-Б | 482-Г | 483-В |
| 484-Д | 485-Д | 486-Г | 487-Д | 488-В | 489-Д | 490-Г |
| 491-А | 492-В | 493-Д | 494-Б | 495-Г | 496-В | 497-А |
| 498-Б | 499-Б | 500-В | 501-Д | 502-Г | 503-Г | 504-В |
| 505-А | 506-В | 507-Б | 508-А | 509-Б | 510-В | 511-Г |
| 512-В | 513-Д | 514-Д | 515-А | 516-Д | 517-Д | 518-Г |
| 519-Г | 520-Д | 521-В | 522-Г | 523-Г | 524-А | 525-Д |
| 526-В | 527-Д | 528-А | 529-В | 530-Г | 531-В | 532-Г |
| 533-Д | 534-Д | 535-Д | 536-Б | 537-А | 538-В | 539-Д |
| 540-Д | 541-Г | 542-Д | 543-Д | 544-Г | 545-Б | 546-В |
| 547-Д | 548-В | 549-Д | 550-Г | 551-Д | 552-Д | 553-В |
| 554-Д | 555-Д | 556-Д | 557-Г | 558-В | 559-Б | 560-Б |
| 561-В | 562-А | 563-Б | 564-Г | 565-Б |  |  |

**Тема: 6) ЛЕЧЕБНАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-А | 003-А | 004-А | 005-Б | 006-Б | 007-А |
| 008-Б | 009-А | 010-Д | 011-Г | 012-В | 013-В | 014-Б |
| 015-Д | 016-Б | 017-Д | 018-А | 019-Б | 020-В | 021-Г |
| 022-Д | 023-Г | 024-А | 025-Г | 026-В | 027-Б | 028-Г |
| 029-Д | 030-А | 031-Г | 032-Г | 033-Г | 034-В | 035-Б |
| 036-Б | 037-Г | 038-Д | 039-Г | 040-Г | 041-Д | 042-Г |
| 043-А | 044-Б | 045-Г | 046-Д | 047-В | 048-Б | 049-Б |
| 050-Б | 051-Б | 052-Д | 053-Г | 054-Г | 055-Д | 056-А |
| 057-А | 058-Б | 059-В | 060-В | 061-Б | 062-Г | 063-Г |
| 064-В | 065-Б | 066-В | 067-Д | 068-Б | 069-А | 070-Г |
| 071-Б | 072-Д | 073-Д | 074-В | 075-В | 076-Б | 077-В |
| 078-Б | 079-В | 080-А | 081-А | 082-А | 083-В | 084-А |
| 085-Г | 086-Д | 087-А | 088-Г | 089-А | 090-Д | 091-Б |
| 092-Г | 093-А | 094-А | 095-А | 096-А | 097-Г | 098-Б |
| 099-В | 100-Д | 101-Д | 102-В | 103-Б | 104-А | 105-А |
| 106-Г | 107-Г | 108-Д | 109-А | 110-В | 111-Г | 112-В |
| 113-В | 114-Б | 115-А | 116-В | 117-А | 118-Д | 119-Б |
| 120-Б | 121-Д | 122-А | 123-Г | 124-В | 125-Г | 126-А |
| 127-Д | 128-Б | 129-Б | 130-Б | 131-Д | 132-Б | 133-Б |
| 134-В | 135-Б | 136-Г | 137-Г | 138-В | 139-Д | 140-А |
| 141-Б | 142-Г | 143-А | 144-А | 145-А | 146-А | 147-А |
| 148-В | 149-Б | 150-В | 151-Б | 152-В | 153-Б | 154-Г |
| 155-Д | 156-Б | 157-Г | 158-В | 159-Д | 160-А | 161-Б |
| 162-Б | 163-В | 164-Б | 165-В | 166-Г | 167-А | 168-В |
| 169-А | 170-Б | 171-Б | 172-В | 173-В | 174-В | 175-В |
| 176-Д | 177-Г | 178-А | 179-Б | 180-В | 181-А | 182-В |
| 183-Г | 184-В | 185-Г | 186-Д | 187-В | 188-Б | 189-Б |
| 190-Б | 191-А | 192-В | 193-Б | 194-Г | 195-В | 196-Д |
| 197-А | 198-В | 199-Д | 200-В | 201-Д | 202-Д | 203-В |
| 204-В | 205-Г | 206-Б | 207-Д | 208-Д | 209-Д | 210-А |
| 211-Б | 212-В | 213-В | 214-В | 215-В | 216-Б | 217-Д |
| 218-Д | 219-Г | 220-А | 221-А | 222-Д | 223-А | 224-Д |
| 225-А | 226-А | 227-Д | 228-Д | 229-А | 230-Б | 231-Г |
| 232-Д |  |  |  |  |  |  |

**Тема: 7) ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-А | 003-В | 004-А | 005-Б | 006-Г | 007-А |
| 008-Г | 009-В | 010-Б | 011-Б | 012-Б | 013-Г | 014-Б |
| 015-А | 016-Г | 017-А | 018-Б | 019-Б | 020-В | 021-В |
| 022-Г | 023-Г | 024-Г | 025-Б | 026-В | 027-Б | 028-В |
| 029-А | 030-Г | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-А |  |