

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
И ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОСКОПИЯ»
ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1
«ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №.2 от « 27 »
января 2020г.)

Составитель:

д.м.н., профессор Тимошенко В.О.

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Эндоскопия	УК-1 УК-2	тестовые задания	557
	ПК-1 ПК-2	контрольные вопросы	46
	ПК-5 ПК-6		
	ПК-8 ПК-9	задачи	8
	ПК-10, ПК-11		

Перечень контрольных вопросов для собеседования

1. Кардиоспазм. Этиология, патогенез, диагностика. Основные принципы лечения.
2. Ранний рак желудка. Современные принципы диагностики и лечения.
3. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита и болезни Крона.
4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация Петровского- Каншина. Диагностика. Основные принципы лечения.
5. Показания к эндоскопической папиллотомии.
6. Варианты подготовки толстой кишки для инструментальных исследований.
7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения.
8. Инородные тела бронхов. Диагностика. Лечение.
9. Лапароскопическая картина деструктивных форм панкреатита.
10. Варикозное расширение вен пищевода. Эндоскопическая диагностика и лечение.
11. Опухоли большого дуоденального соска. Диагностика. Эндоскопическое лечение.
12. Показания и противопоказания к лапароскопии.
13. Эндоскопическая классификация раннего рака желудка. Показания к эндоскопической резекции раннего рака желудка.
14. Целиакия. Этиопатогенез. Диагностика. Основные принципы лечения.
15. Лапароскопическая картина деструктивных форм панкреатита.
16. Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения. Эндоскопическая диагностика и лечение.
17. Эндоскопическая баллонная дилатация большого дуоденального соска. Показания, противопоказания.
18. Основные показания к лапароскопической эзофагофундопликации.
19. Методы эндоскопического гемостаза. Признаки риска рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Показания к хирургическому гемостазу.
20. Показания к эндоскопической полипэктомии.
21. Обработка эндоскопической аппаратуры.

22. Дивертикулы пищевода. Классификация. Тактика лечения.
23. Эндоскопическая классификация хронических бронхитов.
24. Осложнения лапароскопии. Пути их устранения.
25. Ожоги пищевода. Эндоскопическая диагностика. Тактика лечения.
26. Эндоскопическая характеристика особых форм гастрита.
27. Показания к торакоскопии.
28. Хромоскопия. Виды хромоскопии.
29. Пищевод Барретта. Диагностика. Современные методы лечения.
30. Показания к гистероскопии.
31. Грибковые поражения пищевода, желудка (актиномикоз, мукомикоз, кандидамикоз). Эндоскопическая семиотика.
32. Эндоскопические признаки аксиальных (скользящих) грыж ПОД.
33. Морбидное ожирение. Эндоскопические возможности лечения.
34. Внутриспросветные эндоскопические способы лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.
35. Подслизистые опухоли желудка. Диагностика. Эндоскопические методы лечения.
36. Основные требования к выбору дез. средства, используемых в эндоскопической практике.
37. Показания, противопоказания к лапароскопической холецистэктомии. Возможные ятрогенные повреждения при холецистэктомии.
38. Опухолеподобные поражения желудка. Эндоскопическая семиотика.
39. Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
40. Биэндоскопические способы диагностики и лечения патологии пищеварительного тракта.
41. Стентирование верхних отделов пищеварительного тракта. Показания. Эффективность лечения.
42. Лечебная бронхоскопия. Показания. Схемы лечения.
43. Показания к антирефлюксной хирургии. Основные этапы операций Ниссена-
44. Розетти, Тоупе, Дора.
45. Вопросы седация в гастроинтестинальной эндоскопии.
46. Возможные осложнения в гастроинтестинальной эндоскопии, пути их устранения.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Задача 1

Больной доставлен в отделение с жалобами на грыжевое выпячивание и боли в правой паховой области, задержку газов и стула. Заболел остро около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает пахово-мошоночной грыжей. От предлагаемого ранее оперативного лечения отказывался. В течение 10 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС- язва в стадии рубца. Состояние

больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 124 уд. в минуту. АД – 95/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Кишечные тоны резко ослаблены. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание 8х7х6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость. Определить наличие симптома «кашлевого толчка» из-за сильных болей не представляется возможным.

1. Ваш предварительный диагноз?
 2. Каков механизм развития заболевания?
 3. Чем обусловлена клиника кишечной непроходимости и каков её характер?
 4. Чем вызвано появление перитонеальных симптомов?
 5. Соответствует ли клиническая картина предполагаемой Вами патологии?
 6. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
 7. Какая неотложная операция показана больному?
 8. Определите дальнейшую лечебную тактику.
1. Перфоративная язва 12-перстной кишки, разлитой гнойный перитонит, «ложное» ущемление паховой грыжи.
 2. Инфицированное содержимое брюшной полости заполнило грыжевой мешок и про-явилось картиной ложного ущемления грыжи.
 3. Симптомы кишечной непроходимости обусловлены перитонитом и функциональной природой непроходимости (динамическая непроходимость).
 4. Перфорацией язвы и сроками заболевания (8 часов).
 5. Соответствует.
 6. а) обзорная рентгенография брюшной полости на предмет свободного газа над диа-фрагмой и часы Клойбера;
б) ФГДС с инсуффляцией воздуха в желудок и повторная рентгенограмма брюшной полости на наличие свободного газа;
в) лапароскопия.
 7. После 2-х часовой предоперационной подготовки следует оперировать больного. Выполнить лапаротомию, ушивание перфоративной язвы, санацию брюшной поло-сти, дренирование. Провести ревизию грыжи на предмет признаков ущемления.
 8. Лечить перитонит. Строго следить за грыжевым выпячиванием и возможностью его ущемления. При признаках ущемления – грыжесечение, герниопластика. Первично-отсроченный шов.

Задача 2

Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

1. Каков характер ущемления тонкой кишки?
2. Чем опасна данная разновидность ущемления?

3. Что должен сделать хирург в ходе операции?
4. Опишите признаки жизнеспособности ущемленной петли кишки?
5. Каковы границы резекции кишки при её некрозе?
6. Определите лечебную тактику.
7. Опишите ход операции.
8. Какие рекомендации дадите больному при выписке из стационара?

1. Ретроградное ущемление петель тонкой кишки.

2. Данная разновидность ущемления опасна тем, что неопытный хирург может не заметить внутрибрюшинно расположенную некротизированную петлю кишки.

3. Обнаружить внутрибрюшинно расположенную третью петлю тонкой кишки, которая, как правило, и подвержена ущемлению. Оценить её жизнеспособность и определить объем оперативного вмешательства.

4. Для жизнеспособной кишки характерно: наличие пульсации её сосудов, перистальтики и розовый цвет стенки кишки.

5-7. При нежизнеспособности производят резекцию измененного участка кишки с удалением приводящей петли на протяжении 30-50 см, отводящей на 10-20 см от места странгуляции с последующим наложением анастомоза бок в бок или конец в конец.

9. Ограничение физической нагрузки в течение 3-х месяцев, исключить факторы, которые ведут к метеоризму и повышению внутрибрюшного давления.

Задача 3

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образование плотно-эластической консистенции. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

1. Ваш диагноз?

2. План дополнительного обследования больного?

3. Лечебная тактика?

4. Этиология и патогенез этого заболевания?

5. основные причины летальных исходов при этом заболевании и пути снижения летальности?

6. При какой нозологической единице будет сходная клиническая картина?

1. Острая тонкокишечная непроходимость (заворот или узлообразование).

2. Не нужны (только необходимые анализы).

3. Экстренная операция – лапаротомия, ликвидация непроходимости, определение жизнеспособности кишки. При сомнении в жизнеспособности – резекция кишки.

4. Многокомпонентны.

5. Шок, перитонит, своевременная диагностика и оперативное вмешательство. Панкрео-некроз.

Задача 4

В хирургический стационар поступила женщина 65 лет, страдающая упорными запорами в течение 3 лет. Последние 6 месяцев отмечает периодические боли режущего характера в животе, вздутие живота. Неоднократно обращалась к терапевту по месту жительства. Рекомендовано соблюдать диету, потреблять больше капусты и других овощей, прием масляных слабительных. За трое суток до поступления отметила боли в животе, перестали отходить газы, отсутствует стул. Присоединилась рвота желудочным содержимым.

При поступлении состояние тяжелое. Повышенного питания. Пульс 110, аритмичен. Язык суховат, обложен. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезнен в нижних отделах. Перистальтика вялая, определяется шум плеска.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования следует провести с целью уточнения диагноза?
3. Какие данные в результате каждого исследования мы можем получить?
4. Этиологические факторы, которые могли обусловить развитие данного заболевания?
5. Диагностические и тактические ошибки врача-терапевта, лечившего больную в поликлинике?
6. Хирургическая тактика в лечении данной больной?
7. Если предполагается оперативное вмешательство, то возможные варианты операции и сроки?
8. Ведение послеоперационного периода и профилактика возможных осложнений?
 1. Рак сигмовидной кишки, острая кишечная непроходимость.
 2. Обзорный снимок органов брюшной полости, ректороманоскопию, ирригоскопию.
 3. Чаше Клойбера, симптом автомобильной шины. Наличие опухоли, обтурирующей просвет толстой кишки.
 4. Наличие опухоли.
 5. Больной необходимо было выполнить ирригоскопию и фиброколоноскопию.
 6. Экстренная операция.
 7. Лапаротомия, операция Гартмана (наложение противоестественного заднего прохода).
 8. Инфузионная и антибактериальная терапия, возможно более позднее вскрытие коло-стомы.

Задача 5

В приемное отделение стационара доставлен ребенок в возрасте 6 месяцев. Со слов родителей мальчик заболел внезапно, стал беспокоен, беспокойство носит приступообразный характер. Отмечалась однократная рвота. Температура нормальная. Стул однократный, без патологических примесей. Вызванный на дом участковый врач диагностировал токсикоинфекцию. В день заболевания ребенку впервые с целью прикорма дано овощное пюре. Назначенная терапия эффекта не дала и родители самостоятельно доставили ребенка в стационар.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, температура 37,2оС. Отмечается сухость кожных покровов и слизистых. Дважды отмечалась рвота застойным содержимым.

Сердечная деятельность удовлетворительная. Пульс учащен, ритмичен, хорошего наполнения. В легких – дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон, хрипов нет. Дыхание не учащено. Живот резко вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Стула после очистительной клизмы не получено.

При ректальном исследовании- прожилки крови на перчатке.

1. Ваш диагноз?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Причины, обуславливающие данную патологию?
4. Какие локальные симптомы можно обнаружить при данной патологии?
5. Хирургическая тактика?

1. Острая кишечная непроходимость, инвагинация кишечника.

2. Произвести бимануальное исследование (можно пропальпировать инфильтрат). Выполнить обзорную рентгенограмму органов брюшной полости. Ввести газ в тол-стую кишку под рентгенологическим контролем (при этом будут видна головка инфильтрата).

3. Резкое изменение характера перистальтики кишечника в следствие введение при-корма. Инвагинация может произойти и при наличии в приводящей кишке опухоли на ножке, гематомы, воспалительного инфильтрата.

4. При глубокой пальпации обычно удастся пропальпировать инвагинат (болезнен-ное, малоподвижное, колбасовидное образование), расположение по правому фланку или над пупком. Запустевание в правой подвздошной области.

5. В первые 12 часов можно попытаться расправить инвагинат путем введения газов в толстую кишку. При ниличии перитонита – лапаротомия, раправление инвагината путем "выдаивания", а при некрозе кишки – резекция кишки.

Задача 6

Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, осматривается врачом СМП через 4 часа от начала ухудшения состояния. Жалобы на внезапно возникшую резкую боль в животе, постоянного характера без четкой локализации.

Больная громко стонет, мечется, принимает коленно-локтевое положение. В момент осмотра наблюдается многократная рвота с каловым запахом. Полчаса назад был водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние тяжелое, лицо бледное, покрыто холодным потом. Пульс – 112 в минуту, аритмичный. АД – 160/90 мм рт.ст. Температура тела нормальная. Язык сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий. Боль при пальпации не усиливается. При перкуссии участки тимпанита чередуются с участками притупления, перистальтические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии нет.

1. Как оценить рвоту с каловым запахом?
2. Вероятная причина болей в животе?
3. Как объяснить отсутствие шумов перистальтики?
4. Тактика на догоспитальном этапе?
5. Какие исследования необходимо провести в условиях стационара для уточнения диагноза?
6. Этиология и патогенез данного заболевания?
7. Хирургическая тактика?
8. Виды оперативных вмешательств, существующие при этой патологии?
1. Низкая кишечная непроходимость
2. Тромбоз мезентериальных сосудов.
3. Некроз кишечника, атония кишечника.
4. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
5. Лапароскопию.
6. В основе – нарушения в системе свертывающей и антисвертывающей системе крови.
7. Экстренная операция.
8. Резекция кишечника. При тотальном некрозе кишечника вмешательство ограничивается лапаротомией.

Задача 7

Больной 55 лет. Поступил в хирургическое отделение с диагнозом язвенная болезнь желудка, желудочное кровотечение. В течение последних 3 месяцев больной отмечает снижение аппетита, ноющие боли в эпигастриальной области, несколько усиливающиеся после приема пищи. При осмотре: больной несколько пониженного питания, кожа бледной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: Нб – 95 г/л, лейкоц. – $7,0 \cdot 10^9$ г/л, п/я – 5, с/я – 68, эоз – 1, лимф – 23, мон – 3. СОЭ – 30 мм/ч.

При рентгеноскопии желудка в антральном отделе по малой кривизне обнаружена "ниша" овальной формы с валиком вокруг и конвергенцией утолщенных складок слизистой. Проведение противоязвенной терапии дало выраженный клинический эффект, однако,

при рентгенологическом исследовании через три недели отмечено увеличение "ниши" в размерах и увеличение ширины вала вокруг нее.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Назовите факторы риска развития данного заболевания.
3. Назовите клинические формы течения данного заболевания.
4. Какие дополнительные исследования для подтверждения диагноза следует применить.
5. Перечислите основные правила взятия гастробиопсии.
6. Интерпретируйте вышеуказанную рентгенологическую картину, перечислите характерные для указанной нозологии симптомы.
7. Составьте план лечения больного.
8. Какие оперативные вмешательства Вы будете рекомендовать такому больному.
9. Какие принципы следует соблюдать в ходе операции.
10. Каков прогноз данного заболевания.
1. Язвенная болезнь желудка. Язва малой кривизны, осложненная малигнизацией и кро-вотечением.
2. Язва желудка (40-45%) старше 10 лет, хронические гастриты, полипы, канцерогены.
3. а) Рак желудка, протекающий с местными симптомами; б) рак желудка, протекаю-щий с общими симптомами (малые признаки Савитского); в) маскировочная (мета-статическая) форма; г) бессимптомный.
4. ФГДС с биопсией.
5. В 4-6 местах, двухкратно из одного места.
6. Рентгенологическая картина характерна для малигнизации язвы, большая «ниша» овальной формы с валиком вокруг, конвергенция утолщенных складок слизистой.
7. Оперативное лечение, объем после гистологического заключения.
8. Субтотальная резекция или гастрэктомия.
9. Принцип абластики.
10. Зависит от гистологического заключения (неблагоприятный).

Задача 8

У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота "кофейной гущей". До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?
3. Что нужно сделать для установления источника кровотечения?
4. Какие критерии Вы будете использовать для оценки тяжести состояния?
5. Что Вы можете рекомендовать для остановки кровотечения?
6. Какие показания для экстренной операции?
1. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. Из верхних отделов, в пользу чего говорит наличие рвоты с примесью крови.
3. Экстренная ФГДС.

4. ЧСС, АД, Hg, Эр., Ht, определение объема кровопотери, шоковый индекс Аллгове-ра, данные ФГДС – тип источника кровотечения, его локализация, степень активности кровотечения.

5. Инфузионная гемостатическая терапия с использованием аминакапроновой кислоты, дицинона, хлористого кальция, нативной плазмы. Местное лечение – холод на живот, введение через зонд ледяной воды с добавлением аминакапроновой кислоты. Диета Мейленграхта. Эндоскопический гемостаз – орошение, обкалывание, ко-агуляция, лигирование.

6. - неэффективность консервативного лечения свыше 1 часа.

- профузное кровотечение.

- наличие признаков неустойчивого гемостаза.

- наличие кровотечений в анамнезе

- рецидив кровотечения в клинике

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ С ЭТОЛАМИ ОТВЕТОВ

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

01.01. Периодичность аттестации и переаттестации медицинских кадров составляет

А) 2 года

Б) 4 года

В) 5 лет

Г) 6 лет

Д) 7 лет

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

А) 200.000

Б) 100.000

В) 50.000

Г) 25.000

Д) 10.000

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

А) 3

Б) 4

В) 5

Г) 6

Д) 7

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

А) врачебные ставки лечебно-профилактических учреждений

Б) врачебные ставки эндоскопического подразделения

В) количество работающих эндоскопистов

Г) количество коек в лечебно-профилактическом учреждении

Д) количество эндоскопических исследований

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

А) 1 года

Б) 2 лет

В) 3 лет

Г) 5 лет

Д) 10 лет

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

А) проведенных эндоскопических исследований

Б) выявленных заболеваний
В) выявленных заболеваний в ранних стадиях

Г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств

Д) диагностических ошибок и осложнений

01.07. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают

А) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости

Б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения

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

Г) экстраполяцию и прогнозирование

Д) анализ деятельности ЛПУ

01.08. В условиях поликлиники могут быть организованы эндоскопические кабинеты

А) гастроскопический и бронхоскопический

Б) бронхоскопический и колоноскопический

В) колоноскопический и эндоскопическая операционная

Г) эндоскопическая операционная и бронхоскопический

Д) гастроскопический и колоноскопический

2. ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

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

А) глоточная миндалина

Б) задняя стенка глотки

В) небные дужки

Г) корень языка

Д) язычок мягкого неба

02.02. Устье пищевода образовано

А) поперечной порцией перстне-глоточной мышцы

Б) косой порцией перстне-глоточной мышцы

В) шилоглоточной мышцей

Г) продольными мышцами пищевода

Д) поперечными мышцами пищевода

02.04. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет

А) 41 см

Б) 35 см

В) 25 см

Г) 17 см

Д) 15 см

02.05. Диаметр просвета пищевода у взрослого человека в среднем составляет

А) 1,5 см

Б) 2 см

В) 2,5 см

Г) 3 см

Д) 3,5 см

02.06. Толщина стенки пищевода у взрослого человека в среднем составляет

А) 1-2 мм

Б) 3-4 мм

В) 5-6 мм

Г) 6-8 мм

Д) 8-10 мм

02.03. Треугольник Келлиана — это межмышечный треугольник на

А) задней стенке глотки

Б) задней стенке пищевода

В) передней стенке глотки

Г) передней стенки пищевода

Д) боковой стенки пищевода

02.07. В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений

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

02.08. Первое физиологическое сужение пищевода обусловлено

- А) давлением щитовидной железы
- Б) тонусом верхнего пищеводного сфинктера

В) уклонением пищевода от средней линии

- Г) давлением окружающих мышц
- Д) давлением прилежащих сосудов

02.09. Второе физиологическое сужение пищевода обусловлено

- А) давлением трахеи
- Б) давлением правого главного бронха

- В) давлением дуги аорты
- Г) давлением левого предсердия
- Д) давлением левого желудочка

02.10. Третье физиологическое сужение пищевода обусловлено

А) давлением правого главного бронха

- Б) давлением дуги аорты
- В) давлением левого предсердия
- Г) давлением ножек диафрагмы
- Д) давлением трахеи

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

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

02.12. Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при

- А) кардиоспазме
- Б) халазия кардии
- В) хиатальной аксиальной грыже

- Г) рефлюкс-эзофагите
- Д) склеродермии пищевода

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

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

Б) разница давлений в полости пищевода и полости желудка

В) газовый пузырь желудка

Г) разница диаметров просветов пищевода и желудка

Д) складка Губарева

02.14. Секрет, выделяемый собственными железами пищевода, способствует

А) продвижению пищевого комка и перевариванию пищи

Б) продвижению пищевого комка и повышению защитных свойств слизистой оболочки

В) повышению защитных свойств слизистой оболочки и перевариванию пищи

02.15. Емкость желудка в среднем составляет

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

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

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

02.17. Зона привратника в норме имеет протяженность

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

Д) 2,5 см

02.18. При раздувании воздухом складки желудка

А) расправляются полностью

Б) не расправляются

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

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

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

02.19. Наиболее отчетливо желудочные поля видны

А) в своде желудка

Б) на большой кривизне тела желудка

В) на задней стенке тела желудка

Г) в области угла желудка

Д) в антральном отделе

02.20. Parietalные клетки фундальных желез желудка секретируют

А) пепсиноген

Б) соляную кислоту и внутренний фактор

В) биогенные амины

Г) пепсиноген и биогенные амины

Д) соляную кислоту и пепсиноген

02.21. Длина 12-перстной кишки в среднем составляет

А) 10 см

Б) 20 см

В) 30 см

Г) 40 см

Д) 50 см

02.22. Диаметр 12-перстной кишки в среднем составляет

А) 2,5 см

Б) 3,5 см

В) 4,5 см

Г) 5,0 см

Д) 5,5 см

02.23. Первое физиологическое сужение 12-перстной кишки обусловлено

А) давлением печени

Б) давлением брыжейки толстой кишки

В) давлением брыжейки тонкой кишки

Г) давлением правой почки

Д) давлением поджелудочной железы

02.24. Второе физиологическое сужение 12-перстной кишки обусловлено

А) давлением печени

Б) давлением брыжейки толстой кишки

В) давлением брыжейки тонкой кишки

Г) давлением правой почки

Д) давлением поджелудочной железы

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

А) печеночный угол

Б) селезеночный угол

В) физиологический сфинктер Кеннона левый

Г) физиологический сфинктер Кеннона правый

Д) физиологический сфинктер Хорста

02.26. Правая половина ободочной кишки кровоснабжается из:

А) селезеночной артерии

Б) верхней брыжеечной артерии

В) нижней брыжеечной артерии

Г) левой артерии ободочной кишки

Д) срамной артерии

02.27. Интраперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки:

А) поперечно-ободочная и сигмовидная

Б) восходящая и поперечно-ободочная

- В) нисходящая и сигмовидная
- Г) сигмовидная и прямая
- Д) слепая и восходящая

02.28. Мезоперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки:

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

02.29. Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет

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

02.30. Самым узким отделом толстой кишки является:

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

02.31. Наименьшую толщину стенки имеет:

- А) тощая кишка
- Б) подвздошная
- В) ободочная кишка**
- Г) прямая кишка
- Д) желудок

02.32. Просвет кишки имеет овальную форму в:

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

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

- А) слепой кишке
- Б) восходящей кишке
- В) поперечно-ободочной кишке**
- Г) нисходящей кишке

- Д) сигмовидной кишке

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

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

02.35. Полулунные складки характерны для

- А) слепой кишки
- Б) восходящей кишки
- В) поперечно-ободочной кишки
- Г) нисходящей кишки
- Д) сигмовидной кишки**

02.36. Продольно расположенные складки характерны для:

- А) слепой кишки
- Б) восходящей кишки
- В) поперечно-ободочной кишки
- Г) нисходящей кишки
- Д) прямой кишки**

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

- А) слепой кишки
- Б) восходящей кишки
- В) поперечно-ободочной кишки
- Г) нисходящей кишки
- Д) сигмовидной кишки**

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

- А) слепой кишки
- Б) восходящей кишки
- В) поперечно-ободочной кишки**
- Г) нисходящей кишки
- Д) сигмовидной кишки

02.39. Вены подслизистого слоя хорошо видны в

- А) слепой кишке
- Б) восходящей кишке
- В) поперечно-ободочной кишке**

- Г) нисходящей кишке
- Д) сигмовидной кишке

02.40. Все тени не видны в

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

02.41. Брыжеечная тения хорошо выражена в

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

02.42. Сальниковая тения хорошо выражена в

- А) слепой кишке
- Б) восходящей кишке
- В) **по поперечно-ободочной кишке**
- Г) нисходящей кишке
- Д) **сигмовидной кишке**

02.43. Плотные морщинистые складки характерны для

- А) слепой кишки
- Б) **восходящей кишки**
- В) поперечно-ободочной кишки
- Г) нисходящей кишки
- Д) **сигмовидной кишки**

02.44. 10-12 складок определяется в

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

02.45. 6-8 складок определяется в

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

02.46. 12-24 складки определяются в

- А) **слепой кишке**

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

02.47. Количество складок не постоянно в

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

02.48. Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет

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

02.49. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке

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

02.50. Максимально толстая кишка может абсорбировать за сутки до

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

02.51. Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на

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

02.52. Границами промежуточного бронха справа являются

А) от верхнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего 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 среднедолевого бронха

Д) от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края устья VI сегментарного бронха

02.53. Место отхождения устья левого верхнедолевого бронха расположено

А) на задней верхней полуокружности главного бронха

Б) на задней нижней полуокружности главного бронха

В) на передней верхней полуокружности главного бронха

Г) от передней нижней полуокружности главного бронха

Д) от боковой полуокружности главного бронха

02.54. Бронх Нельсона - это

А) B₁

Б) B₂

В) B₃

Г) B₅

Д) B₆

02.55. Верхушка Фовлера - это

А) B₆

Б) B₇

В) B₈

Г) B₉

Д) B₁₀

02.56. Устье среднедолевого бронха при выполнении бронхоскопии располагается на

А) 5 часах

Б) 6 часах

В) 12 часах

Г) 3 часах

Д) 9 часах

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

А) на задней стенке промежуточного бронха на 12 часах

Б) на передней стенке промежуточного бронха на 6 часах

В) на задней стенке главного бронха на 12 часах

Г) на боковой стенке промежуточного бронха на 3 часах

Д) на задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах

02.58. Устье VI сегментарного бронха (слева) расположено на

А) 12 часах

Б) 1 часе

В) 2 часах

Г) 3 часах

Д) 4 часах

02.59. В верхней доле слева имеется количество сегментарных бронхов

А) один

Б) два

В) три

Г) четыре

Д) пять

02.60. К средней доле относится

А) S₁,

Б) S₃

В) S₅

Г) S₇

Д) S₉

02.61. Пупочная область ограничена с боков линиями,

А) проходящими по наружному краю прямых мышц живота

Б) являющимися продолжением средне-ключичных линий

В) проходящими по внутреннему краю прямых мышц живота

Г) проходящими по среднеключичной линии

Д) проведенными через середину реберных дуг

02.62. Влагалище прямой мышцы живота образовано апоневрозами:

- А) наружной и внутренней косых мышц живота
- Б) поперечной мышцы живота
- В) наружной косой и поперечной мышцей
- Г) внутренней косой и поперечной мышцей
- Д) всех трех широких мышц брюшной стенки

02.63. Ширина прямой мышцы живота на уровне пупка в среднем равна

- А) 3см
- Б) 4 см
- В) 5 см
- Г) 7 см
- Д) 9см

02.64. A.epigastrica superior проходит

- А) впереди прямой мышцы живота
- Б) позади прямой мышцы живота
- В) позади поперечной мышцы живота
- Г) впереди поперечной мышцы живота
- Д) сбоку от прямых мышц живота

02.65. A.epigastrica superficialis идет между листками поверхностной фасции

- А) от паховой связки (на границе ее средней и медиальной трети) по направлению к пупку
- Б) от паховой связки по направлению к мечевидному отростку
- В) от лонного сплетения по направлению к пупку
- Г) от реберного угла к пупку
- Д) от гребней подвздошных костей по направлению к мечевидному отростку

02.66. К мезоперитонеально расположенным органам относятся:

- А) печень и желчный пузырь
- Б) селезенка
- В) двенадцатиперстная кишка
- Г) мочеточники
- Д) маточные трубы

02.67. Сальниковая сумка располагается позади

- А) желудка и 12-пещстной кишки
- Б) печеночно-желудочной связки
- В) поперечно-ободочной кишки
- Г) левой доли печени
- Д) желудка и печеночно-желудочной связки

02.68. Винслово отверстие ограничено спереди

- А) начальным отделом 12-перстной кишки
- Б) хвостатой долей печени
- В) печеночно-двенадцатиперстной связкой
- Г) малым сальником
- Д) печеночно-желудочной связкой

02.69. В нижнем этаже брюшной полости находится

- А) поджелудочная железа
- Б) петли тонкой кишки и толстая кишка
- В) мочевого пузыря
- Г) почки
- Д) матка и ее придатки

02.70. Нижняя граница левой доли печени пересекает левую реберную дугу на уровне

- А) 5 ребра
- Б) 6 ребра
- В) 7 ребра
- Г) 9 ребра
- Д) 8 ребра

02.71. Спереди брюшной отдел пищевода

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

02.72. Длина свободного края брыжейки тонкой кишки равна

- А) 2 метра
- Б) 3 метра
- В) 4 метра

Г) 5 метров

Д) 7 метров

02.73. Червеобразный отросток отходит от

А) задней медиальной стенки слепой кишки

Б) передней стенки слепой кишки

В) латеральной стенки слепой кишки

Г) латерально-задней стенки слепой кишки

Д) любого отдела слепой кишки

3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ

03.01. Основным методом верификации эндоскопического заключения является

А) операция

Б) рентгенологическое исследование

В) гистологическое исследование

Г) ультрасонография

Д) манометрия

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

А) мазка

Б) отпечатка

В) пленки

Г) тонкого среза ткани

Д) центрифугата

03.03. Основным методом изучения гистологических препаратов является

А) световая микроскопия

Б) ультрафиолетовая микроскопия

В) флюоресцентная микроскопия

Г) фазово-контрастная микроскопия

Д) электронная микроскопия

03.04. Показанием к пункционной биопсии при эндоскопическом исследовании могут служить

А) диффузные заболевания печени

Б) глубоко расположенные поражения

В) подслизистые опухоли

Г) опухолевидные забрюшинные образования

Д) гистозные образования

Инструкция: Установите соответствие

03.05. Вид эпителия:

1. Эндотелий Г

2. Мезотелий Е

3. Однослойный кубический эпителий З

4. Однослойный призматический эпителий Ж

5. Многорядный реснитчатый эпителий Д

6. Многослойный плоский неороговевающий эпителий В

7. Многослойный плоский ороговевающий эпителий А

8. Переходный эпителий Б

Выстилает:

А. Поверхность кожи

Б. Мочеточник и мочевой пузырь

В. Полость рта и пищевода

Г. Кровеносные и лимфатические сосуды

Д. Воздухоносные пути

Е. Плевру, брюшину, сердечную сумку

Ж. Желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы

З. Почечные канальцы

03.06. Морфологическое понятие

1. Гипертрофия Б

2. Гиперплазия В

3. Метаплазия Е

4. Атрофия А

5. Дисплазия Д

Его характеристика:

А. Уменьшение размеров

- Б. Увеличение размеров
- В. Увеличение в числе.
- Г. Озлокачествление
- Д. Структурная перестройка
- Е. Замена одного вида на другой

родственный вид

- Ж. Увеличение слоев

Инструкция: ВЫБЕРЕТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

03.07. Острое воспаление морфологически характеризуется наличием в инфильтрате большого количества

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

03.08. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют

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

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

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

03.10. Для I стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков

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

03.11. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков

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

03.12. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает

- А) пневмонию
- Б) туберкулез
- В) бронхоэктатическую болезнь
- Г) поликистоз легких
- Д) рак легкого

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

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

03.14. Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дисталь-ых изменений бронхиального дерева нужны

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

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

- А) 1-2 минуты
- Б) 3-4 минуты
- В) 5-12 минут
- Г) 12-17 минут
- Д) 17-20 минут

03.16. Рентгенологическими признаками холедохолитиаза являются:

- А) дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой
- Б) расширение общего желчного протока
- В) расширение внутри печеночных протоков
- Г) дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой,

перемещающиеся при перемене положения тела

Д) блокада общего желчного протока, имеющая зазубренные контуры

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

А) ровного четкого овала

Б) полулунного дефекта наполнения

В) «писчего пера»

Г) полулунного депо

Д) «когтя»

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

А) равномерного стенозирования

Б) блокады и супрастенотического расширения

В) смещения общего желчного протока

Г) отсутствия нарушения эвакуации контрастного вещества

Д) изогнутости и высокого расположения общего желчного протока

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

А) ровного четкого овала

Б) полулунного дефекта наполнения

В) «писчего пера»

Г) полулунная ниша

Д) «когтя»

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

А) ровного четкого овала

Б) полулунного дефекта наполнения

В) «писчего пера»

Г) полулунная ниша

Д) «когтя»

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

А) ровного овала

Б) перевернутой буквы U

В) перевернутой буквы V

Г) нечеткий

Д) зазубренного контура

03.22. При раке желчного пузыря отмечается следующая рентгенологическая картина:

А) четкость контуров желчного пузыря

Б) желчный пузырь не контрастируется при хорошо контрастированных внутрипеченочных протоках

В) отсутствие контрастирования внутри печеночных протоков

Г) в просвете желчного пузыря определяются нечеткие тени

Д) полость желчного пузыря сужена

03.23. Диаметр главного панкреатического протока в области головки составляет:

А) 1мм

Б) 2мм

В) 3мм

Г) 4мм

Д) 5мм

03.24. Диаметр главного панкреатического протока в области тела составляет:

А) 1мм

Б) 2мм

В) 3мм

Г) 4мм

Д) 5мм

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

А) Равномерное незначительное сужение главного панкреатического протока

Б) Неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 1 мм

В) Неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 2 мм

Г) Неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 3 мм

Д) Протоки поджелудочной железы резко деформированы с кистозными

расширениями, выраженной извитостью и склонностью к расширению

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

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

4. МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

04.01.Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются;

- А) психические заболевания
- Б) кардиоспазм 3 стадии

В) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания

- Г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени
- Д) стенокардия напряжения

04.02.Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются:

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

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

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

04.04. Желудок опорожняется от пищи в среднем за

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

04.05. Промывание желудка перед ЭГДС требуется больным с

- А) стриктурами пищевода

Б) декомпенсированным стенозом привратника

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

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

- А) калькулезный холецистит
- Б) подозрение на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей
- В) дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой
- Г) эхинококкоз печени
- Д) подозрение на кисту поджелудочной железы

04.07. Противопоказаниями к проведению ЭРПХГ в плановом порядке являются:

- А) повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам
- Б) острый панкреатит и обострение хронического панкреатита
- В) механическая желтуха
- Г) острый холецистит
- Д) опухоли печени

04.08. ЭРПХГ необходимо выполнять в

- А) эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгенотеле-визионной установкой
- Б) рентгенологическом кабинете
- В) операционной
- Г) введение контраста в эндоскопическом кабинете, затем больного

транспортировать в рентгенологический кабинет

Д) рентгенооперационной

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

А) больной поворачивается на живот

Б) приподнимается головной конец стола

В) приподнимается ножной конец стола

Г) поворот больного на спину

Д) подача контрастного вещества в период поиска БДС

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

А) 1 мл

Б) 5 мл

В) 5 мл

Г) 20 мл

Д) 25 мл

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

А) 2 мм

Б) 3-5 мм

В) 8-10 мм

Г) 10-12 мм

Д) 12-15 мм

04.12. Контрастное вещество должно быть

А) охлажденным до 10-12 градусов

Б) комнатной температуры

В) подогретым до 37 градусов

Г) подогретым до 40 градусов

Д) подогретым до 50 градусов

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

А) 20-60 сек

Б) 2-5 мин

В) 5-10 мин

Г) 10-15 мин

Д) 20-25 мин

04.14. Профилактикой развития острого панкреатита после ЭРПХГ служат:

А) введение охлажденного контрастного вещества

Б) получение паренхимограммы

В) глубокое введение катетера в Вирсунгов проток

Г) назначение при необходимости антибиотиков, спазмолитиков и антиферментов

Д) промывание протоковой системы в конце исследования хлор-гексидином

04.15. Профилактикой инфицирования протоковых систем служат:

А) использование стерильного аппарата и инструментария

Б) орошение БДС 70 градусным спиртом перед канюляцией

В) назначение антибиотиков до исследования в течение 3 дней

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

Д) промывание протоков хлоргексидином в конце исследования "осле аспирации контрастного вещества"

04.16. Ограничением к выполнению колоноскопии является:

А) анемия

Б) рак яичника

В) метастатическое поражение печени

Г) полипы желудка

Д) спаечная болезнь органов брюшной полости

04.17. Показанием к плановой колоноскопии является:

А) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии

Б) болезнь Уиппла

В) синдром мальабсорбции

Г) дисбактериоз

Д) гельминтоз

04.18. Показанием к плановой колоноскопии является:

- А) кишечное кровотечение
- Б) желудочное кровотечение
- В) кишечная непроходимость
- Г) инородное тело толстой кишки
- Д) рентгенологическое

подозрение на рак толстой кишки

04.19. Показанием к экстренной колоноскопии является:

- А) анемия
- Б) кишечное кровотечение
- В) подозрение на перфорацию толстой кишки
- Г) гранулематозный колит
- Д) дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита

04.20. Анальная трещина является:

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

04.21. Спаечная болезнь органов брюшной полости является:

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

04.22. Аневризма брюшного отдела аорты является:

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

04.23. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии не используют:

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

04.24. Преимущественно на моторику тонкой кишки действует:

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

04.25. На моторику толстой и тонкой кишки действуют:

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

04.26. К послабляющим средствам относятся:

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

04.27. К ветрогонным средствам относятся:

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

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

- А) 2 часов
- Б) 12 часов
- В) 24 часов
- Г) 48 часов
- Д) раздражения слизистой оболочки не наблюдается вообще

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

А) 1-2 часов

Б) 12-24 часов

В) 2-3 дней

Г) недели

Д) раздражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечаете

04.30. Задержка жидкости в просвете толстой кишки характерна для:

А) касторового масла

Б) вазелинового масла

В) сернокислой магнезии

Г) бисакодила

Д) коры крушины

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

А) слабительные средства + очистительные клизмы

Б) слабительные средства + сифонные клизмы

В) только очистительные клизмы

Г) только слабительные средства

Д) осмотр проводят без предварительной подготовки

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

А) только слабительные

Б) только сифонные клизмы

В) слабительные средства + очистительные клизмы

Г) слабительные средства + сифонные клизмы

Д) осмотр производится без предварительной подготовки

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

А) за 2 часа до осмотра очистительная клизма

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

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

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

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

04.34. Перед колоноскопией необходима премедикация:

А) наркотики и/к

Б) спазмолитики п/к

В) наркотики + спазмолитики п/к

Г) наркотики + спазмолитики в/в

Д) премедикация не требуется

04.35. Показаниями к бронхофиброскопии являются:

А) профузное легочное кровотечение

Б) статус астматикус

В) рак легкого

Г) инородное тело легкого

Д) инородное тело легкого

04.36. При бронхоскопии возможно диагностировать:

А) бронхоэктатическую болезнь

Б) интерстициальную пневмонию

В) неосложненную кисту легкого

Г) центральный рак легкого

Д) недренирующийся абсцесс легкого

04.37. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются:

А) стеноз трахеи

Б) статус астматикус

В) периферический рак легкого

Г) бронхоэктатическая болезнь

Д) гипоплазия

04.38. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются:

А) периферический рак легкого

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

04.39. Осложнением щипцевой биопсии является:

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

бронхита

04.40. Осложнением трансбронхиальной щипцевой биопсии является:

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

04.41. Премедикация перед бронхоскопическим исследованием включает:

- А) Sol. Promedoli 1% - 1,0
- Б) Sol. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 3 ч до исследования

В) Sol. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 30 мин до исследования

- Г) седативные препараты
- Д) аналептики

04.42. При проведении биопсионных шипов при биопсии из верхнедолевого бронха

А) дистальный конец эндоскопа выпрямлен

Б) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 90 градусов

В) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 60 градусов

Г) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 30 градусов

Д) биопсия не берется вообще

04.43. Осмотр бронхов правого легкого проводят в последовательности

А) верхнедолевой, нижнедолевой, среднедолевой

Б) нижнедолевой, среднедолевой, верхнедолевой

В) базальные бронхи, В6, среднедолевой, верхнедолевой

Г) верхнедолевой, среднедолевой, В6, базальные бронхи

Д) среднедолевой, верхнедолевой, В6, базальные бронхи

04.44. Осмотр бронхов левого легкого проводят в последовательности

А) верхнезональный, переднезональный, базальные бронхи, В6

Б) переднезональный, базальные бронхи, верхнезональный, В6

В) переднезональный, В6, верхнезональный, базальные бронхи

Г) базальные бронхи, В6, переднезональный, верхнезональный

Д) переднезональный, верхнезональный, базальные бронхи, В6

04.45. Показанием к аспирационной биопсии во время бронхо-фиброскопии является:

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

04.46. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является:

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

04.47. Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии легких является:

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

04.48. Показанием к браш-биопсии является:

- А) атрофический бронхит
- Б) саркоидоз Бека

В) центральная и периферическая опухоль легкого

- Г) легочное кровотечение
- Д) инородное тело бронха

04.49. Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофибро-скопии является:

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

04.50. Противопоказанием к щипцевой биопсии является:

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

04.51. При периферической опухоли легкого показана

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

04.52. Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются:

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

04.53. Показаниями к экстренной лапароскопии являются:

- А) цирроз, сопровождающийся асцитом

Б) подозрение на перфорацию полых органов брюшной полости

- В) аппендикулярный инфильтрат
- Г) разлитой перитонит
- Д) опухоль слепой кишки

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

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

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

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

04.56. Лапароскопия производится больным под местной анестезией

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

04.57. Подготовка больных к экстренной лапароскопии под местной анестезией включает:

- А) промывание желудка

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

04.58. Показаниями к общему обезболиванию при лапароскопии являются:

- А) тупая травма живота в сочетании с переломом ребер
- Б) неадекватное поведение больного (психические заболевания, алкогольное опьянение)
- В) предполагаемая биопсия большого сальника
- Г) внематочная беременность
- Д) предполагаемое дренирование брюшной полости

04.59. Пункция брюшной полости для наложения пневмоперитонеума обычно производится в

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

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

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

04.61. Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать

- А) воздух
- Б) кислород

- В) закись азота
- Г) СО₂
- Д) водород

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

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

04.63. При наличии асцита объем вводимого воздуха равен

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

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

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

04.65. Классические точки Калька располагаются

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

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

04.66. Ревизию органов брюшной полости начинают с осмотра

А) правой подвздошной области и далее по часовой стрелке

Б) правого верхнего квадранта живота и далее по часовой стрелке

В) с места расположения предполагаемого патологического очага

Г) левой подвздошной области и далее по часовой стрелке

Д) правой подвздошной области и далее против часовой стрелке

04.67. Для осмотра желчного пузыря больному придается положение

А) Фовлера на левом боку

Б) Фовлера на правом боку

В) Тренделенбурга на спине

Г) Дюранта

Д) Тренделенбурга на левом боку

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

А) Фовлера на левом боку

Б) Фовлера на спине

В) Тренделенбурга на спине

Г) Дюранта

Д) Тренделенбурга на левом боку

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

А) полное удаление воздуха до извлечения троакара, удаление троакара с вновь введенным стилетом

Б) извлечение троакара без удаления пневмоперитонеума

В) потряхивание троакара на приподнятой брюшной стенке перед его удалением

Г) извлечение троакара с открытым клапаном

Д) быстрое извлечение троакара

04.70. Частым осложнением лапароскопии является:

А) выраженное кровотечение из передней брюшной стенки

Б) травматическое повреждение органов брюшной полости

В) предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника

Г) воздушная эмболия

Д) сердечно-легочная недостаточность

04.71. Лапароскопическая щипцовая биопсия показана при

А) нарушения в свертывающей системе крови

Б) кистозных заболеваний печени

В) опухоли желудка

Г) выраженном холестазе печени

Д) опухоли яичников

04.72. У больного 45 лет с длительным язвенным анамнезом внезапно появились сильные боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 2 часа боли уменьшились и локализовались в эпигастрии. Была однократная рвота. Температура тела 37,6 градусов С. При обзорной рентгенографии брюшной полости изменений не выявлено. Первичным методом обследования для установления правильного диагноза должен явиться

А) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Б) рентгенография желудка с барием

В) лапароскопия

Г) лапароцентез

Д) томография

04.73. У больного, находящегося в больнице по поводу инфаркта миокарда, на 6 день после поступления появились боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 3 часа боли локализовались в правой подвздошной области, повысились температура тела и лейкоцитоз. На основании

клинических и лабораторных данных предполагались: перфоративная язва желудка, острый аппендицит, острый панкреатит. Для уточнения диагноза больному целесообразно выполнить:

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

04.74. Медиастиноскопия показана при

А) увеличении лимфоузлов средостения

- Б) инородном теле легкого
- В) кровохаркании
- Г) ателектазе легкого
- Д) увеличении щитовидной железы

III-IV степени

04.75. К наиболее частым осложнениям медиастиноскопии относятся:

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

04.76. Медиастиноскопия выполняется

А) амбулаторно в эндоскопическом отделении без премедикации

Б) в стационаре в бронхоскопическом кабинете с премедикацией

В) в стационаре в условиях операционной, с премедикацией

Г) амбулаторно в условиях операционной, с премедикацией

Д) в любом кабинете эндоскопического отделения стационара, без премедикации

04.77. Оптимальным методом обезболивания при медиастиноскопии является

- А) масочный наркоз
- Б) эндотрахеальный комбинированный наркоз**

- В) поверхностный наркоз без мышечных релаксантов
- Г) местная анестезия
- Д) внутривенное обезболивание

04.78. Медиастиноскоп вводят через кожный разрез

А) над яремной вырезкой в верхней трети шеи

Б) над яремной вырезкой в нижней трети шеи

В) во втором межреберье справа по передне-подмышечной линии

Г) в первом межреберье справа по передне-подмышечной линии

Д) под яремной вырезкой

04.79. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии

А) дуга аорты

Б) яремная вырезка

В) трахея

Г) бифуркация трахеи

Д) грудино-подключичная мышца

04.80. Второй анатомический ориентир при медиастиноскопии

А) трахея

Б) яремная вырезка

В) бифуркация трахеи

Г) пищевод

Д) дуга аорты

04.81. Третий анатомический ориентир при медиастиноскопии

А) пищевод

Б) дуга аорты

В) трахея

Г) бифуркация трахеи

Д) грудино-подъязычная мышца

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

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

04.83. При «классической» медиастиноскопии возможны оперативные манипуляции:

А) биопсия с задней поверхности пищевода

Б) удаление паратрахеальных кист

В) биопсия из корня легкого

Г) удаление бронхопульмональных лимфоузлов

Д) биопсия ткани легкого

5. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

05.01. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи:

А) аксиальная

Б) параэзофагеальная

В) короткий пищевод

Г) смешанная

Д) гигантская

05.02. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат:

А) повышение внутри брюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы

Б) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода

В) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм

Г) кардиоспазм и эзофагоспазм

Д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления

05.03. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием

А) нарушения прохождения пищи по пищеводу

Б) расширения пищевода

В) рефлюкса содержимого желудка в пищевод

Г) спазма пищевода

Д) дискинезии пищевода

05.04. Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет

А) 40 см

Б) 39 см

В) 38 см

Г) 37 см

Д) 36 см

05.05. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются:

А) укорочение пищевода и зияние кардии

Б) зияние кардии и формирование пищеводных колец

В) формирование пищеводных колец и пролапс слизистой желудка в пищевод

Г) пролапс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит

Д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец

05.06. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются:

А) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит

Б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения

В) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный реф-люкс

Г) наличие грыжевой полости и хиатального сужения

Д) пролапс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии

05.07. Зияние кардии или неполное ее смыкание может быть обусловлено:

А) рефлекторным актом на введение эндоскопа или снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера

Б) снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера или воздействием анестетиков

В) воздействием анестетиков или аксиальной хиатальной грыжей

Г) аксиальной хиатальной грыжей или параэзофагеальной грыжей

Д) параэзофагеальной хиатальной грыжей или нижнегрудным дивертикулом пищевода

05.08. Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено:

А) грыжевым гастритом

Б) сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы

В) деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой

Г) деформацией части желудка, лежащей под диафрагмой

Д) укорочением пищевода

05.09. При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается

А) тотчас ниже уровня диафрагмы

Б) на уровне диафрагмы

В) тотчас над диафрагмой

Г) значительно выше уровня диафрагмы

Д) значительно ниже уровня диафрагмы

05.10. Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является

А) эрозивный эзофагит

Б) язвенный эзофагит

В) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода

Г) язвы грыжевого мешка

Д) венозный стаз в грыжевом мешке

05.11 Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является

А) рефлюкс-эзофагит

Б) кровотечение

В) ущемление

Г) перфорация

Д) малигнизация

05.12. Основным патогенетическим фактором

образования параэзофагальной грыжи является

А) врожденная патология

Б) повышение внутрибрюшного давления

В) рефлюкс-эзофагит

Г) травматическое повреждение диафрагмы

Д) повышение внутрипищеводного давления

05.13. Наиболее частым осложнением параэзофагеальной хиатальной грыжи является

А) эзофагит

Б) кровотечение

В) ущемление

Г) перфорация

Д) малигнизация

05.14. У больной 62 лете жалобами на отрыжку воздухом при ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 37 см от резцов, имеются кольцо Шацкого и «второй вход» в желудок, слизистая пищевода гладкая, белесоватая, сосудистый рисунок не просматривается, кардия зияет, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественным мелкоточечными кровоизлияниями.

Ваш диагноз;

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.15. У больного 28 лет с язвенной болезнью 12-перстной кишки при ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 39 см от резцов, слизистая оболочка

нижней трети пищевода гиперемирована, отечна, кардия зияет, миграция кардии в пределах 2 см, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя не изменена.

Ваш диагноз:

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.16. У больного 32 лет с жалобами на периодические боли в эпигастрии, связанные с физической нагрузкой, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, кардия полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, с типичными желудочными складками, зернистая легко ранима.

Ваш диагноз:

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.17. У больного 42 лет с травматическим повреждением диафрагмы в анамнезе (в настоящее время жалоб не предъявляет) при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 40 см от резцов, кардия смыкается, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, при инверсионном осмотре определяется деформация свода желудка в виде дивертикулоподобного выпячивания, слизистая оболочка свода желудка не изменена.

Ваш диагноз:

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.18. У больной 58 лет с жалобами на изжогу и отрыжку воздухом при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, зубчатая линия не определяется, кардия зияет, в пищеводном отверстии диафрагмы определяются складки желудка, при инверсионном осмотре стенка желудка не охватывается полностью эндоскопом.

Ваш диагноз:

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный
пролапс

05.19. У больного с анемией неясного генеза при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая, блестящая, зубчатая линия в виде кольца, располагается на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественными подслизистыми кровоизлияниями и мелкоточечными отложениями гематина, имеется грыжевая полость, хиатальное сужение.

Ваш диагноз:

А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени

В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени

Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа

Д. Короткий пищевод

Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера

Ж. Желудочно-пищеводный пролапс

05.20. Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат:

А) прием внутрь едких веществ и алкоголя Б) алкоголь и неумеренное курение

В) неумеренное курение и инфекция

Г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого

Д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения

05.21. Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять

А) только в течение первых суток

Б) только в течение вторых-пятых суток

В) только спустя 6 дней

Г) только спустя 14 дней

Д) в любое время

05.22. Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат:

А) перфорация пищевода и шок

Б) выраженная интоксикация

В) отсутствие клинической картины ожога

Г) первые 24 часа после ожога

Д) 7-е сутки после ожога

05.23. Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить

А) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей

Б) рентгенографию с барием

В) рентгенографию с водорастворимым контрастом

Г) УЗИ

Д) компьютерную томографию

05.24. Развитию кандидозного эзофагита способствуют:

А) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода

Б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз

В) амилоидоз и диабет

Г) диабет и метаплазия эпителия

Д) метаплазия эпителия

Инструкция: Установите соответствие

05.25. Степень кандидозного эзофагита

1.1 степень А

2.2 степень Д

3.3 степень Г

Эндоскопические признаки

А. На фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочкиокруглых эрозий, покрытых желтым экссудатом

Б. На фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре

В. На фоне гиперемии слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок Г.

Вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями

Д. На фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.26. Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите

А) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином

Б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

В) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

Г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом

05.27. Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются:

А) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода

Б) стенозы пищевода и алкоголизм

В) алкоголизм и хиатальная грыжа

Г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит

Д) рефлюкс-эзофагит

05.28. Язвенный дефект при лекарственном эзофагите характеризуется

А) округлой формой и четкими краями

Б) округлой формой и нечеткими краями

В) неправильной формой и четкими краями

Г) неправильной формой и нечеткими краями

05.29. Ранняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на

А) клетки эпителия

Б) артериолы

В) нервные сплетения

Г) подслизистый слой

Д) мышечный слой

05.30. Поздняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на

А) клетки эпителия

Б) артериолы

В) нервные сплетения

Г) подслизистый слой

Д) мышечный слой

5.31. Для радиационного эзофагита в раннем периоде характерно

А) эрозивно-язвенное воспаление с деформацией просвета и его сужением

Б) атрофия слизистой оболочки с наличием множественных телеангиэктазий

В) локальная зона гиперемии слизистой оболочки с выраженной контактной кровоточивостью, наличием эрозий и язв

05.32. Для радиационного эзофагита в позднем периоде характерно:

А) атрофия слизистой оболочки и множественные телеангиэктазии

Б) гипертрофия слизистой оболочки, исчезновение сосудистого рисунка

В) гликогенный-акантоз

Г) очаговая гиперплазия слизистой оболочки

05.33. Причиной развития рефлюкс-эзофагита могут служить следующие заболевания:

А) язвенная болезнь в острой стадии и ахалазия кардии

Б) ахалазия кардии и варикозное расширение вен 3-4 стадии

В) варикозное расширение вен пищевода 3-4 стадии и дивертикулы пищевода

Г) дивертикулы пищевода и параззофагеальная грыжа

Д) язвенная болезнь в острой стадии и варикозное расширение вен 3-4 стадии

05.34. Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

А) линейных эрозий

Б) сливных эрозий

В) кольцевидных эрозий

Г) пептической язвы

Д) участков желудочной метаплазии

05.35. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода:

А) линейных эрозий

Б) сливных эрозий

В) кольцевидных эрозий

Г) пептической язвы

Д) участков желудочной метаплазии

05.36. Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

А) линейных эрозий

Б) сливных эрозий

В) кольцевидных эрозий

Г) пептической язвы

Д) участков желудочной метаплазии

05.37. Основной причиной развития пищевода Баррета служит:

А) острое воспаление

Б) хроническое воспаление

В) желудочно-пищеводный рефлюкс

Г) нарушение регенерации слизистой оболочки

Д) снижение местных защитных механизмов

05.38. Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при:

А) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу

Б) анемии Адиссон-Бирмера

В) тилозе

Г) синдроме Пламмер-Винсона

Д) склеродермии

05.39. Пищевод Баррета наиболее часто выявляется при

А) ахализии кардии

Б) параззофагеальной хиатальной грыже

В) рефлюкс-эзофагите

Г) варикозном расширении вен пищевода

Д) тилозе

05.40. Эндоскопический пищевод Баррета характеризуется

А) стиранием зубчатой линии

Б) подчеркнутостью зубчатой линии

В) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении

Г) смещением зубчатой линии в дистальном направлении

Д) рубцовыми изменениями зубчатой линии

05.41. Эндоскопически пищевод Баррета наиболее часто характеризуется наличием

А) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода

Б) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей

В) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей и рефлюкс-эзофагитом

05.42. У больной 39 лет с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающей массивную лекарственную терапию,

при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая с множественными эрозиями неправильной формы, кардия зияет, перистальтика ослаблена. Ваш диагноз:

Варианты ответов

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая

эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

05.43. У больного 58 лет с жалобами на гиперестезию пищевода при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода диффузно гиперемирована, разрыхлена, на отдельных участках имеются множественные рыхлые желтоватого цвета наложения, последние с трудом снимаются со слизистой оболочки, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

05.44. У больного 25 лет, страдающего хроническим панкреатитом, жалобы на боли за грудиной. При ЭГДС обнаружено: слизистая оболочка пищевода в н/3 белесоватая, утолщенная, по вершинам складок плотно фиксированные линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит I степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

05.45. У больного, длительно получающего нестероидные противовоспалительные препараты по поводу ревматоидного артрита, с жалобами на дисфагию и боли за грудиной при ЭГДС выявлено: просвет пищевода на уровне 35 см от резцов

сужен до 0,8 см. В этой области слизистая резко гиперемирована, отечна, на задней стенке округлый язвенный дефект до 0,5 см в диаметре. Слизистая контактно кровоточит, перистальтика усилена. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Лекарственный эзофагит

05.46. У больной 40 лет с жалобами на изжогу при ЭГДС выявлено: гиперемия и отек слизистой оболочки н/3 пищевода, множественные сливные эрозии покрытые фибрином, слизистая контактно кровоточит, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Герпетический эзофагит

05.47. У больного 32 лет с жалобами на диспепсию и боли за грудиной при ЭГДС выявлено: в н/3 пищевода по окружности всего просвета воспалительно-эрозивные изменения слизистой оболочки, кардия зияет. Ваш диагноз:

А. Рефлюкс-эзофагит 1 степени

Б. Рефлюкс-эзофагит 2 степени

В. Рефлюкс-эзофагит 3 степени

Г. Дисметаболическая эзофагопатия

Д. Кандидозный эзофагит

05.48. Ведущая роль в патогенезе образования пульсионных дивертикулов принадлежит

А) снижению эластичности стенки полого органа и повышению внутриполостного давления

Б) повышению внутри полостного давления и тракции из вне

В) тракции из вне и наличию «слабых мест» в стенке полого органа

Г) наличию слабых мест в стенке полого органа и повышению внутриполостного давления

05.49. Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является:

- А) большие размеры дивертикула
- Б) дивертикулит
- В) рак в дивертикуле
- Г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом
- Д) эрозивный эзофагит

05.50. Клинические проявления дивертикула Ценкера:

- А) чувство першения в горле и неприятный запах изо рта
- Б) неприятный запах изо рта и афония
- В) афония и легочные осложнения
- Г) легочные осложнения и периодическая рвота

Инструкция: Установите соответствие

05.51. Заболевание

- 1. Хронический рефлюкс-эзофагит А
- 2. Ахалазия кардии Б
- 3. Варикозное расширение вен пищевода 3 степени В
- 4. Склеродермия В

Тонус нижнего пищеводного сфинктера

- А. В норме
- Б. Повышен
- В. Понижен

05.52. Заболевание

- 1. Аксиальная хиатальная грыжа А
- 2. Рефлюкс-эзофагит Г
- 3. Ахалазия и халазия кардии Б
- 4. Рак пищевода В
- 5. Подслизистая опухоль Д

Оптимальный метод диагностики

- А Рентгенография
- Б Манометрия
- В. Морфологическое исследование
- Г. Суточная мониторинг рН
- Д.Эндоскопическая ультрасонография

05.53. Термин

- 1. Дивертикул В
- 2. Псевдодивертикул Г
- 3. Свищ Б
- 4. Стома А
- 5. Перфорация Д

Его значение

- А. Хирургически созданное отверстие
- Б. Патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
- В. Выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
- Г. Выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза
- Д. Отверстие в окружающую полость

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.54. При варикозном расширении вен пищевода 3 степени слизистая оболочка пищевода

- А) не изменена
- Б) воспалена
- В) атрофична
- Г) с очагами желудочной метаплазии
- Д) утолщена

05.55. Эндоскопические прогностические признаки повышенного риска развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода включают:

- А) голубой цвет вен и наличие эрозий над варикозными узлами
- Б) наличие эрозий над варикозными узлами и диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см
- В) диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см и наличие красных знаков на варикозных узлах

Инструкция: Установите соответствие

05.56. Степень варикозного расширения вен

1. 1 степень Г
2. 2 степень Д
3. 3 степень Б

Эндоскопические проявления расширения вен

А. Вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена

Б. Вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет

наполовину, слизистая оболочка атрофична.

Вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена

Г. Вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена

Д. Вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.57. Причиной развития кардиоспазма служит

- А) стресс
- Б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения
- В) желудочно-пищеводный рефлюкс
- Г) хиатальная грыжа
- Д) химический ожог в анамнезе

05.58. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают:

- А) застойный эзофагит и спазм кардии
- Б) расширение просвета пищевода и спазм кардии
- В) спазм кардии и усиление перистальтики
- Г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода
- Д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии

Инструкция: Установите соответствие

05.59. Вид сужения

- 1 Спазм Б
2. Стеноз В
3. Структура Г
4. Окклюзия А
5. Обструкция Д

Его характеристика

А Полное закрытие просвета

Б. Функциональное сужение просвета

В. Постоянное органическое сужение просвета

Г. Органическое длиной менее 1 см

Д. Закрытие просвета внутри пищевода:

05.60. Степени сужения пищевода:

- 1.1-я степень Б
2. 2-я степень В
3. 3-я степень Г
- 4.4-я степень Д

Величина сужения:

- А. от 15 до 17 мм
- Б. от 9 до 11 мм
- В. от 6 до 8 мм
- Г от 3 до 5 мм
- Д. от 0 до 2 мм

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.61. Для папилломы пищевода наиболее характерно:

- А) розовый цвет
- Б) голубоватый цвет
- В) белесоватый цвет
- Г) цвет не отличается от окружающей слизистой оболочки
- Д) красный цвет

05.62. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается

- А) лейомиома
- Б) липома

- В) шваннома
- Г) фиброма
- Д) лимфангиома

05.63. Эндоскопическая характеристика лейомиомы:

- А) ровные контуры и положительный симптом «хоботка»
- Б) гладкая поверхность и положительный симптом «шатра»**
- В) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера

05.64. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся:

- А) атрофия
- Б) метаплазия
- В) прогрессирующая дисплазия**
- Г) гликогенный акантоз
- Д) ороговение слизистой оболочки

05.65. Для подтверждения антрального гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори (Hr), биопсию лучше брать

- А) из проксимальной части антрального отдела
- Б) из средней части антрального отдела
- В) в 2 см от привратника**
- Г) из зоны привратника
- Д) из любой части антрального отдела

05.66. Причинами развития острого гастрита чаще являются:

- А) прием лекарств и рефлюкс желчи
- Б) рефлюкс желчи и стрессовые ситуации
- В) острые инфекции и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки
- Г) стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств**
- Д) хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки

05.67.Основной причиной развития хронического антрального гастрита является

- А) недоброкачественное питание
- Б) алкоголь
- В) авитаминозы
- Г) инфицирование слизистой оболочки Hr**
- Д) рефлюкс дуоденального содержимого

05.68. Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите

- А) диффузная гиперемия
- Б) мелкоочаговая гиперемия**
- В) гиперемия в виде полос
- Г) отсутствие гиперемии
- Д) точечная гиперемия

05.69. При аутоиммунном хроническом гастрите преимуществ поражается

- А) кардиальный отдел
- Б) тело желудка**
- В) антральный отдел
- Г) препилорический отдел
- Д) весь желудок

05.70.Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит

- А) фовиальная гиперплазия и гиперплазия желез
- Б) фовиальная гиперплазия и атрофия желез**
- В) атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фолликулов
- Г) гиперплазия лимфоидных фолликулов и инфильтрация эозино-
- Д) инфильтрация иозинофилами и атрофия желез

05.71. Причиной развития папулезности слизистой оболочки антрального отдела желудка, в основном, служит

- А) очаговая гиперплазия покровно-ямочного эпителия
- Б) узелковая лимфоидная гиперплазия**

- В) очаговая гиперплазия железистого эпителия
 Г) формирование хронических эрозий
 Д) воспалительная инфильтрация слизистой оболочки

Инструкция: Установите соответствие

05.72. Эндоскопический термин

1. Зерно (гранула) Д
2. Узелок (нодулус) Г
3. Бульбозная мостовая» В
4. Папула А
5. Полип Б

Макроскопические проявления:

А. Коническое возвышение слизистой оболочки на широком основании от 0,1 до 1 см

Б. Выступающее образование слизистой оболочки на ножке или на широком отчетливо ограниченном основании

В. Узловатая слизистая оболочка разделенная линейными трещинами

Г. Выступающая структура слизистой оболочки до нескольких мм в диаметре

Д. Выступающая структура слизистой оболочки до 1 мм в диаметре

05.73. Эндоскопический термин

1. Гиперемия В
2. Эритема Д
3. Пятно Г
4. Бляшка Б
3. Аффа (афтозная эрозия) А

Макроскопические проявления

А. Желтое или белое пятно, окруженное красным ободком

Б. Участок измененной слизистой оболочки с неправильными очертаниями

В. Покраснение

Г. Небольшой участок, отличающийся от остальной слизистой I цветом и структурой

Д. Очаговые покраснения слизистой

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.74. Афтозная папула («полная» эрозия) имеет вид

А) возвышающегося участка слизистой оболочки с уплощенной вершиной покрытой фибрином, диаметром до 0,5 см с нечетко ограниченным основанием

Б) участка слизистой оболочки в виде конусовидного выпячивания с налетом фибрина на вершине и четко ограниченном основании в диаметре до 0,5 см

В) возвышающегося участка слизистой оболочки с уплощенной вершиной более яркой окраски с нечетко ограниченным основанием диаметром до 0,5 см

05.75. Афтозные папулы обычно определяются в

А) своде желудка

Б) теле желудка

В) антральном отделе желудка

Г) любом отделе желудка

Д) 12-перстной кишке

Инструкция: Установите соответствие

05.76. Характер папулы:

1. Простая папула Г
2. Умбиликальная папула В
3. Афтозная папула Д
4. Геморрагическая папула Б

Макроскопическая картина:

А. Конусовидное выпячивание слизистой с вершиной покрытой фибрином

Б. Конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной, покрытой гематиновым струпом

В. Конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной более яркой окраски

Г. Конусовидное выпячивание слизистой с интактной поверхностью

Д. Конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой фибрином

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.77. Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является

- А) пенетрация
- Б) перфорация
- В) кровотечение**
- Г) болевой синдром
- Д) малигнизация

05.78. По современным представлениям основным этиопатогенетическим фактором развития язвенной болезни является

- А) хронический активный гастрит и дуоденит ассоциированный с Нр**
- Б) конституционально-наследственный и фактор
- В) стрессовые ситуации
- Г) курение и алкоголь
- Д) алиментарный фактор

Инструкция: Установите соответствие

05.79. Локализация язвы

- 1.Кардиальные и медиогастральные В
- 2.Пилорического канала А
- 3.Антрального отдела Г
- 4. Желудка и 12-перстной кишки Б

Характер болевого синдрома

А.Сильные боли без четкого суточного ритма в правой половине эпигастриальной и 12-перстной кишки области

Б.Отсутствие характерного ритма болей, полиморфизм клинических проявлений

В.Несильные боли в подложечной области через 10-30 минут после еды

Г.Различной интенсивности поздние (через 1 -3 часа после еды), ночные боли в правой половине эпигастрия

и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.80. ЭГДС при пептической язвенной болезни

А) проводят только для подтверждения диагноза

Б) проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения для подтверждения положительной динамики

В) проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения до подтверждения рубцевания язвы

05.81. Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре

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

05.82. Признак Хеннинга - это

А) деформация дна желудка, обусловленная параэзофагеальной грыжей

Б) желудок в виде песочных часов

В) деформация угла желудка - «готический угол»

Г) асимметричный привратник

Д) двойной привратник

05.83. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является

А) рак желудка

Б) язвенная болезнь

В) мышечная гипертрофия привратника

Г) пролапс слизистой оболочки желудка через привратник

Д) доброкачественные полипы желудка

05.84. К истинным опухолям относятся следующие виды полипов желудка:

- А) аденоматозные
- Б) лимфоидная гиперплазия
- В) полипы Пейтца-Еггерса
- Г) ювенильные полипы
- Д) гиперпластические полипы

05.85. Среди полипов желудка чаще встречаются

- А) аденоматозные полипы
- Б) лимфоидные полипы
- В) гиперпластические полипы**
- Г) ювенильные полипы
- Д) полипы Пейтца-Еггерса

05.86. Чаще озлокачиваются

- А) гиперпластические полипы
- Б) аденоматозные полипы**
- В) ювенильные полипы
- Г) подслизистые опухоли
- Д) эозиофильногранулематозные полипы

Инструкция: Установите соответствие

05.87. Тип подслизистой опухоли в зависимости от глубины залегания в стенке желудка

1. Первый тип Б
2. Второй тип Г
3. Третий тип В
4. Четвертый тип А

Эндоскопическая характеристика

А. Опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку

Б. Незначительное выбухание слизистой оболочки над опухолью. Опухоль неподвижна

В. Выбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна

Г. Слизистая оболочка над опухолью приподнята, опухоль подвижна

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.88. Массивным кровотечением чаще осложняется

- А) рак желудка
- Б) полип желудка

- В) доброкачественная подслизистая опухоль желудка**
- Г) саркома желудка
- Д) болезнь Менетрие

05.89. Чаще изъязвляются полипы, имеющие

- А) большие размеры и широкое основание
- Б) длинную ножку при большой головке**
- В) цилиндрическую форму и большую длину
- Г) полусферическую форму с бугристой поверхностью

05.90. Глубина залегания подслизистой опухоли определяется

- А) визуально
- Б) с помощью инструментальной пальпации
- В) пробным затягиванием петли у основания опухоли**
- Г) введением новокаина под основание опухоли
- Д) рентгенологически

05.91. У больного 25 лет с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие во время еды, при ЭГДС выявлено: в препилорической зоне полусферическое опухолевидное образование без четких границ до 1,5 см в диаметре с пупковидным вдавлением в центре, серовато-желтого цвета, плотной консистенции. Положительный симптом Шиндлера и симптом «хоботка».

Ваш диагноз:

- А. Доброкачественная подслизистая опухоль
- Б. Аденома
- В. Карциноид
- Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы**
- Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)
- Е. Лимфоидная гиперплазия

05.92. У больного 28 лет в антральном отделе желудка на передней стенке выявлено полиповидное

образование неправильной формы до 0,8 см в диаметре и 0,5 см высотой, на широком основании. Слизистая над ним не изменена. При взятии биопсии полип очень плотной консистенции, фрагментации нет, кровоточивость умеренная.

Ваш диагноз:

А. Доброкачественная подслизистая опухоль

Б. Аденома

В. Карциноид

Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы

Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)

Е. Лимфоидная гиперплазия

05.93. У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт во время ЭГДС выявлено легко смещаемое опухолевидное образование в диаметре до 6 см с изъязвленной вершиной и наличием участков кровоизлияний. Опухоль синюшного цвета, имеет короткую ножку до 1 см в диаметре. Опухоль локализуется на задней стенке антрального отдела.

Ваш диагноз:

А. Доброкачественная подслизистая опухоль

Б. Аденома

В. Карциноид

Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы

Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)

Е. Лимфоидная гиперплазия

05.94. У больной 38 лет с жалобами на желудочный дискомфорт? при ЭГДС выявлено: в препилорическом отделе на малой кривизне полиповидное образование в виде утолщенной складки с уплощенной ярко-красного цвета вершиной, размерами 1,5 см на 0,6 см и высотой до 0,4 см.

Ваш диагноз:

А. Доброкачественная подслизистая опухоль

Б. Аденома

В. Карциноид
Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы

Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)

Е. Лимфоидная гиперплазия

05.95. У больной 18 лет в антральном отделе желудка по большой и кривизне множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.

Ваш диагноз:

А. Доброкачественная подслизистая опухоль

Б. Аденома

В. Карциноид

Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы

Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)

Е. Лимфоидная гиперплазия

05.96. У больного 64 лет появилась чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется! опухолевидное образование больших размеров в эпигастриальной области. Во время рентгенологического исследования диагностирован! рак желудка. Во время ЭГДС выявлено, что весь желудок занимает опухоль шаровидной формы с изъязвлением на отдельных участках. Слизистая сращена с опухолью в области вершины. Опухоль имеет диаметр около 15 см, длинную ножку диаметром около 2,5 см. Основание ножки определяется в луковице 12-перстной кишки. Опухоль подвижная плотная. Слизистая оболочка на отдельных участках опухолью смещается.

Ваш диагноз:

А. Доброкачественная подслизистая опухоль

Б. Аденома

В. Карциноид

- Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы
 Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)
 Е. Лимфоидная гиперплазия

05.97. У больной 35 лет во время эндоскопического исследования выявлено опухолевидное образование неправильной формы желтого цвета в диаметре 3 см, мягкой консистенции, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Опухоль располагается в препилорической зоне, легко перемещается инструментами в подслизистом слое. Результат щипковой биопсии - слизистая оболочка желудка.
 Ваш диагноз:

- А. **Доброкачественная подслизистая опухоль**
 Б. Аденома
 В. Карциноид
 Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы
 Д. Пупковидная папула («полная» эрозия)
 Е. Лимфоидная гиперплазия

Инструкция: Установите соответствие:

- 05.98. Типы раннего рака желудка**
 1. Тип 1Б
 2. Тип 2А
 3. Тип 2В
 4. Тип 2Д
 5. Тип 3Г

Макроскопическая характеристика

- А. Приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом
 Б. Полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы
 В. Плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки
 Г. Изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем

- Д. Плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки

05.99. Типы рака желудка

1. Полипоидный Б
 2. Язвенная форма (злокачественное изъязвление) В
 3. Грибовидный Г
 4. Инфильтративный А

Макроскопическая характеристика

- А. Плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует
 Б. Полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью
 В. Глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем
 Г. Экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- 05.100. Проксимальная граница опухоли обязательно определяется при**
 А) полипоидном раке желудка
 Б) грибовидном раке
 В) язвенной форме рака
 Г) инфильтративном раке
 Д) раннем раке

05.101. Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются:

- А) визуальные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки
 Б) очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки
 В) обилие слизи
 В) множественные петехии
 Д) популезность слизистой оболочки

05.102. У больной 49 лет при ЭГДС выявлен полип на длинной ножке, произведена полипэктомия. При гистологическом исследовании обнаружена аденокарцинома без инвазии в ножку полипа. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению больной:

А) оперативное лечение
Б) дополнительная коагуляция места удаленной опухоли

В) наблюдение с периодическими эндоскопическими осмотрами

Г) лучевая терапия
Д) химиотерапия

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

А) язвы анастомоза

Б) недостаточного гемостаза в процессе операции

В) посттравматическим гастритом
Г) нарушения гемостаза
Д) травмы при интубации

05.104. В понятие термина «анастомоз» входит:

А) отверстие, соединяющее культю желудка и анастомозированную кишку

Б) анастомотическая камера + анастомотическое кольцо

В) анастомотическая полость + анастомотическое кольцо

Г) анастомотическая полость + анастомотическое кольцо + часть приводящей и отводящей кишки

05.105. Сужение анастомотического кольца чаще бывает обусловлено

А) дефектами оперативного вмешательства

Б) быстрым разрастанием рубцовой ткани

В) воспалительными изменениями анастомотического кольца

Г) мигрирующими лигатурами
Д) резидуальной опухолью

05.106. Пептическая язва анастомоза всегда локализуется в

А) анастомотической полости

Б) анастомотической камере

В) анастомотическом кольце

Г) приводящей петле тонкой кишки

Д) отводящей петле тонкой кишки

05.107. Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются

А) в луковице

Б) в нисходящей части

В) в нижней части

Г) в луковице и нисходящей части

Д) в любом отделе

05.108. Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются

А) в ее проксимальной части на передней стенке

Б) в ее средней части на любой стенке

В) в ее дистальной части на задней стенке

Г) в ее дистальной части на передней стенке

Д) в любом отделе луковицы

05.109. Основным патогенетическим фактором образования псевдодивертикула ДПК является

А) порок развития

Б) постязвенная рубцовая деформация

В) дуоденальная гипертензия

Г) тракция из вне

Д) пенетрация язвы

05.110. Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии

А) сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением

Б) сопровождается выраженным дуоденитом

В) сопровождается только перифокальным воспалением

Г) сопровождается заиянием привратника

Д) снижением моторики пищевода и луковицы ДПК

05.111. «Удвоенный привратник» может быть обусловлен

А) пенетрацией препилорической язвы в луковицу ДПК

- Б) пилоропластикой
- В) послеоперационным свищем
- Г) опухолью привратника
- Д) пилорипластикой

05.112. Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и ДПК чаще является признаком

А) умеренно выраженного воспаления

- Б) раздражения
- В) гемодинамических изменений в пищеварительную фазу
- Г) острого гастрита
- Д) гиперпродукции соляной кислоты

05.113. Мелкие белые пятнышки на слизистой оболочке ДПК (симптом «манной крупы») являются проявлением

А) лимфангиэктазий

- Б) лимфофолликулярной гиперплазии
- В) лимфоидной инфильтрации
- Г) лимфоплазмочитарной инфильтрации
- Д) эозинофильной инфильтрации

05.114. Симптом «манной крупы» характерен для

- А) язвенной болезни
- Б) заболеваний панкреато-билиарной системы
- В) целиакии
- Г) лимфомы
- Д) рака

Инструкция: Установите соответствие

05.115. Заболевание

- 1. Хронический энтерит Г
- 2. Болезнь Уиппла Б

3. Глютеновая энтеропатия А

4. Общий переменный иммунодефицит В

Этиопатогенез

- А. Отсутствие фермента пептидазы
- Б. Блокада лимфооттока мукополисахаридными комплексами бактериального происхождения
- В. Пролиферация лимфоидной ткани тонкой кишки
- Г. Дисбактериоз
- Д. Атрофия эндокринного аппарата тонкой кишки

05.116. Заболевание

- 1. Хронический энтерит Г
- 2. Болезнь Уиппла В
- 3. Глютеновая энтеропатия Б
- 4. Общий переменный иммунодефицит

Эндоскопическая характеристика

- А. Полиповидные разрастания слизистой оболочки тонкой кишки
- Б. Атрофия складок слизистой иммунодефицит оболочки тонкой кишки
- В. Резкое утолщение складок слизистой оболочки тонкой кишки
- Г. Диффузный дуоденит
- Д. Множественные эрозии на слизистой оболочке тонкой кишки

05.117. Заболевание

- 1. Хронический энтерит Б
- 2. Болезнь Уиппла Д
- 3. Глютеновая энтеропатия А
- 4. Общий переменный иммунодефицит В

Морфологическая характеристика

- А. Атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки
- Б. Хроническое неспецифическое воспаление
- В. Гиперплазия лимфоидной ткани
- Г. Гиперплазия слизистой оболочки
- Д. Обнаружение РА8-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.118. Общий вариабельный иммуннодефицит характеризуется полиповидными разрастаниями слизистой оболочки

- А) желудка
- Б) тонкой кишки
- В) толстой кишки
- Г) всех отделов желудочно-кишечного тракта
- Д) любого отдела желудочно-кишечного тракта

05.119. Основной причиной возникновения папиллита служит

- А) дискинезия ДПК
- Б) дискинезия сфинктеров большого дуоденального сосочка
- В) инфицированное содержимое полости ДПК
- Г) травматизация слизистой оболочки устья БДС мигрирующими конкрементами
- Д) холангит

05.120. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется:

- А) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка
- Б) ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом
- В) выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке
- Г) наличием желчи в желудке и зиянием привратника
- Д) зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом

05.121. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 2 стадии характеризуется:

- А) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка
- Б) ослаблением перистальтики желудка и спазмом привратника

В) атрофией слизистой оболочки антрального отдела желудка и значительным расширением просвета ДПК

Г) значительным расширением просвета ДПК и атрофией ее слизистой оболочки

05.122. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 3 стадии характеризуется:

- А) наличием застойного содержимого в желудке и диффузной атрофией слизистой оболочки желудка
- Б) диффузной атрофией слизистой оболочки желудка и ДПК
- В) диффузной атрофией слизистой оболочки ДПК и пролапсом слизистой оболочки ДПК в желудок
- Г) пролапсом слизистой оболочки ДПК в желудок и спрямлением верхнего дуоденального изгиба
- Д) спрямлением верхнего дуоденального изгиба и наличием лимфангиэктазий

05.123. Морфологическим признаком специфичным для рефлюкс-гастрита является

- А) атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка
- Б) кишечная метаплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка
- В) дисплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка
- Г) массивная лимфоплазмочитарная инфильтрация антрального отдела
- Д) наличие в инфильтрате эозинофилов

Инструкция: Установите соответствие

05.124. Вид опухоли

1. Аденома Г
2. Карциноид В
3. Гетеротопия ткани Б
4. Лейомиома А

Наиболее характерный эндоскопический признак

А Положительный симптом «шатра»

Б. Пупковидное вдавление в центре поджелудочной железы

В. Плотная консистенция

Г. Более яркая окраска

Д. Более бледная окраска

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.125. Карциноиды развиваются из

А) Бруннеровых желез

Б) бокаловидных клеток

В) каемчатых клеток

Г) клеток Кульчицкого

Д) слизистых клеток

05.126. Консистенция карциноида

А) мягкая

Б) мягко-эластическая

В) плотная

Г) плотно-эластическая

Д) не отличается от окружающих тканей

05.127. Слизистая оболочка при гиперплазии Бруннеровых желез

А) зернистая

Б) узловатая

В) в виде булыжной мостовой

Г) папулезная

Д) не изменена

05.128. Слизистая оболочка при лимфоидной гиперплазии

А) зернистая

Б) узловатая

В) в виде булыжной мостовой

Г) папулезная

Д) не изменена

05.129. Оптимальным методом диагностики внутриампулярной аденомы большого дуоденального сосочка является

А) дуоденоскопия

Б) дуоденоскопия с биопсией

В) дуоденоскопия и ЭРПХГ

Г) дуоденоскопия, ЭРПХГ и ЭПТ

Д) дуоденоскопия, ЗРПХГ, ЭПТ и биопсия

05.130. Увеличение, деформация и уплотнение большого дуоденального сосочка позволяют предположить наличие

А) выраженного папиллита

Б) деформирующего папиллита

В) аденомы БДС

Г) папилломатоза БДС

Д) рака БДС

05.131. Заболевания толстой кишки, являющиеся наиболее частой причиной кровотечения

А) рак толстой кишки

Б) болезнь Крона

В) дивертикулез

Г) внутренний геморрой

Д) наружный геморрой

05.132. Запором называется задержка акта дефекации более чем на:

А) 24 часа

Б) 32 часа

В) 40 часов

Г) 48 часов

Д) 72 часа

05.133. Расстояние между складками в нормотоничной кишке составляет:

А) 1 см

Б) 2 см

В) более 2 см

Г) менее 2 см

Д) не является критерием оценки тонуса

05.134. Расстояние между складками в гипотоничной кишке составляет:

А) 1 см

Б) 2 см

В) более 2 см

Г) менее 2 см

Д) не является критерием оценки тонуса

05.135. Расстояние между складками в гипертоничной кишке составляет:

- А) 1 см
- Б) 2 см
- В) более 2 см
- Г) менее 2 см

Д) не является критерием оценки тонуса

05.136. Время расправления просвета нормотоничной кишки составляет:

- А) 1-2 сек
- Б) 2-3 сек
- В) 7-10 сек
- Г) 15-20 сек
- Д) более 20 сек

05.137. Время расправления просвета гипотоничной кишки составляет:

- А) 1сек
- Б) 2 сек
- В) 3сек
- Г) более 3 сек
- Д) менее 3 сек

05.138. Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны:

- А) усиление сосудистого рисунка
- Б) отек слизистой оболочки
- В) сосудистый рисунок не изменен
- Г) отсутствие слизи на стенках и в просвете кишки
- Д) наличие крови в просвете кишки

05.139. Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки:

- А) сосудистый рисунок не изменен
- Б) сосудистый рисунок в виде ангиоматозных звездочек
- В) сосудистый рисунок несколько смазан, видны только сосуды 1-2 порядка
- Г) сосудистый рисунок смазан, не прослеживается на протяжении измененного сегмента кишки
- Д) отек слизистой оболочки

05.140. Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки:

- А) слизистая гладкая блестящая
- Б) слизистая гладкая тусклая
- В) слизистая шероховатая блестящая
- Г) слизистая шероховатая тусклая
- Д) слизистая не изменена

05.141. К группе неспецифических колитов относятся:

- А) гранулематозный колит
- Б) амебиаз
- В) бактериальная дизентерия
- Г) иерсиниоз
- Д) глубокий кистозный колит

05.142. Синонимы болезни Крона:

- А) болезнь Бехчета
- Б) гранулематозный колит
- В) эрозивно-язвенный колит
- Г) язвенно-геморрагический колит
- Д) неспецифический язвенный колит

05.143. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется:

- А) отеком слизистой оболочки
- Б) отеком подслизистого слоя
- В) повышенной контактной кровоточивостью
- Г) атрофией слизистой
- Д) усилением сосудистого рисунка

05.144. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется:

- А) усилением сосудистого рисунка
- Б) наличием продольных трещин
- В) сосудистый рисунок не изменяется
- Г) поверхностными афтоидными изъязвлениями
- Д) глубокими язвенными дефектами

05.145. Для болезни Крона в фазе деструкции характерно:

- А) отсутствие складок

- Б) отсутствие инфильтрация кишечной стенки
- В) складки сохранены, обычной высоты
- Г) поверхностные афтозные изъязвления
- Д) глубокие одиночные язвы

05.146. Дефекты слизистой при болезни Крона в фазе деструкции имеют вид:

- А) глубоких продольных трещин
- Б) поверхностных плоских язв
- В) глубоких кратерообразных язв
- Г) «серпантинных язв»
- Д) «фистончатых язв»

05.147. Симптом «булыжной мостовой» характерен для:

- А) неспецифического язвенного колита
- Б) болезни Крона
- В) ишемического колита
- Г) кишечной формы болезни Бехчета
- Д) дизентерии

05.148. Афтоидные изъязвления характерны для:

- А) фазы инфильтрации болезни Крона
- Б) умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
- В) амёбной дизентерии
- Г) туберкулеза толстой кишки
- Д) кишечной формы болезни Бехчета

05.149. Морфологические изменения слизистой толстой кишки характерны только для болезни Крона:

- А) лейкоцитарная инфильтрация
- Б) гистиоцитарная инфильтрация
- В) атипия эпителия
- Г) грануляционная ткань
- Д) саркоидные гранулемы

05.150. Крайне редкое осложнение болезни Крона:

- А) внутренние свищи
- Б) наружные свищи
- В) прикрытые перфорации

- Г) перфорация в свободную брюшную полость
- Д) абсцесс брюшной полости

05.151. В большинстве случаев рецидив болезни Крона после операции наблюдается в

- А) течение года
- Б) 2-3 лет
- В) 5 лет
- Г) 10 лет
- Д) не зависит от сроков операции

05.152. Эндоскопическая характеристика минимальной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) отек слизистой оболочки
- Б) отек подслизистого слоя
- В) воспалительная, инфильтрация всех слоев кишечной стенки
- Г) усиление сосудистого рисунка
- Д) атрофия слизистой оболочки

05.153. При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) сосудистый рисунок смазан
- Б) сосудистый рисунок обеднен
- В) сосудистый рисунок не изменен
- Г) сосудистый рисунок усилен
- Д) видны вены подслизистой основы

05.154. При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) контактная кровоточивость отсутствует
- Б) контактная кровоточивость слабая
- В) диффузная контактная кровоточивость
- Г) диапедезное кровотечение
- Д) кровоточивость слизистой оболочки не является критерием

05.155. При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) слизистая гладкая, блестящая
- Б) слизистая зернистая, блестящая

- В) слизистая гладкая, тусклая
- Г) слизистая зернистая, тусклая**
- Д) слизистая в виде «булыжной мостовой»

05.156. При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) контактная кровоточивость отсутствует
- Б) контактная кровоточивость слабая
- В) контактная кровоточивость умеренная**
- Г) выраженная контактная кровоточивость
- Д) диффузное диапеденозное кровотечение

05.157. При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) изъязвления поверхностные местами сливающиеся**
- Б) изъязвления поверхностные дискретные
- В) изъязвления глубокие местами сливающиеся
- Г) изъязвления глубокие дискретные
- Д) изъязвления глубокие, одиночные

05.158. При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) кровоточивость слабая
- Б) контактная кровоточивость умеренная
- В) диффузная контактная кровоточивость**
- Г) контактная кровоточивость отсутствует
- Д) кровоточивость не является критерием НЯКа

05.159. При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита:

- А) изъязвления поверхностные местами сливающиеся

- Б) изъязвления дискретные, одиночные

В) диффузная эрозированная поверхность слизистой

- Г) изъязвления в виде продольных трещин

- Д) изъязвления отсутствуют

05.160. Колоноскопическая картина гипергрануляций характеризуется:

- А) неправильной бугристой формой**
- Б) узким основанием
- В) отсутствием кровоточивости при контакте
- Г) правильной округлой формой
- Д) при взятии биопсии определяется ригидность

05.161. Эндоскопические признаки ранее перенесенного неспецифического язвенного колита:

- А) смазанность сосудистого рисунка
- Б) отек слизистой оболочки
- В) усиление сосудистого рисунка
- Г) инфильтрация кишечной стенки
- Д) зернистость по вершинам циркулярных складок и в местах физиологических сфинктеров**

05.162. Виды псевдополипов при неспецифическом язвенном колите:

- А) слизистые перемычки
- Б) «чемоданные ручки»
- В) гиперпластический полип
- Г) грануляционная ткань**
- Д) полип Пейтца-Егера

05.163. Для исхода болезни Крона характерны:

- А) длинные воронкообразные стриктуры**
- Б) короткие множественные стриктуры
- В) облитерация просвета
- Г) деформация просвета кишки в виде «песочных часов»
- Д) стриктуры не характерны для болезни Крона

05.164. При простых неспецифических язвах толстой кишки края дефектов:

А) четкие, закругленные, возвышаются над поверхностью слизистой

Б) четкие, закругленные, не возвышаются над поверхностью слизистой

В) четкие, бугристые, возвышаются над поверхностью слизистой

Г) нечеткие, размытые, не возвышаются над окружающей слизистой

05.165. При кишечной форме болезни Бехчета изъязвления:

А) множественные, поверхностные, не склонные к слиянию

Б) множественные, глубокие, не склонные к слиянию

В) множественные, поверхностные, местами сливающиеся

Г) множественные, глубокие, местами сливающиеся

Д) одиночные, глубокие, несклонные к слиянию

05.166. Степень ишемических повреждений толстой кишки не зависит от:

А) развития коллатералей в зоне ишемии

Б) калибра поврежденного сосуда

В) длительности ишемии

Г) присоединения вторичной инфекции

Д) протяженности поражения

05.167. Симптом, характерный только для ишемического колита:

А) симптом «булыжной мостовой»

Б) симптом «отпечатков большого пальца»

В) симптом острых углов

Г) симптом «листа папортника»

Д) симптом «манной крупы»

05.168. Морфологический признак, характерный только для ишемического колита:

А) саркоидные гранулемы

Б) саркоидные гранулемы с казеозным некрозом

В) «крипт»-абсцессы

Г) гемосидеринсодержащие макрофаги

Д) пассивно-положительные макрофагии

05.169. Характерная локализация язв при туберкулезе толстой кишки

А) прямая кишка

Б) левая половина толстой кишки

В) поперечно-ободочная кишка

Г) правая половина толстой кишки

Д) не имеет излюбленной локализации

05.170. При кишечной форме туберкулеза дно язвенных дефектов

А) гладкое

Б) мелко-зернистое

В) крупно-зернистые

Г) бугристое

Д) «сальное»

05.171. Специфическим морфологическим субстратом при туберкулезе толстой кишки является

А) саркоидная гранулема

Б) выраженный фиброз и гиалиноз кишечной стенки

В) саркоидная гранулема с очагами казеозного некроза

Г) выраженная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация глубоких слоев кишечной стенки

Д) гемосидеринсодержащие макрофаги

05.172. Наиболее часто стриктуры толстой кишки формируются в исходе

А) болезни Крона

Б) неспецифического язвенного колита

В) ишемического колита

Г) туберкулеза толстой кишки

Д) глубокого кистозного колита

05.173. Дивертикулы наиболее часто встречаются в

А) правой половине толстой кишки

Б) поперечно-ободочной кишке

В) сигмовидной кишке

Г) восходящей кишке

Д) нисходящей кишке

05.174. Для дивертикулеза толстой кишки характерен

А) нормотонус всей кишки

Б) гипертонус всей кишки

В) гипотонус всей кишки

Г) гипотонус сегмента кишки, где выявлены дивертикулы

Д) гипертонус сегмента кишки, где выявлены дивертикулы

05.175. Наиболее частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является

А) абсцесс брюшной полости

Б) дивертикулит

В) перфорация дивертикула

Г) толстокишечная непроходимость

Д) заворот сигмовидной кишки

05.176. Для геморрагического антибиотикоколита характерно

А) сегментарный характер с преимущественным поражением левой половины толстой кишки

Б) сегментарный характер поражения с обязательным вовлечением в процесс терминального отдела подвздошной кишки

В) диффузный характер поражения

Г) диффузный характер поражения с обязательным вовлечением в процесс терминального отдела подвздошной кишки

05.177. Эндоскопическая картина псевдомембранозного колита характеризуется:

А) множественными сливающимися эрозиями на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой

Б) множественными внутрислизистыми геморрагиями на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой

В) множественными белесовато-желтыми бляшками на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой

Г) множественными сливающимися глубокими язвами на фоне выраженного воспаления

Д) одиночными эрозиями на фоне выраженного воспаления

05.178. Меланоз толстой кишки развивается при приеме следующих слабительных:

А) форлакса

Б) касторового масла

В) пургена

Г) свечей бисакодила

Д) коры крушины

05.179. Меланоз толстой кишки наиболее выражен в

А) слепой кишке

Б) поперечно-ободочной кишке

В) сигмовидной кишке

Г) восходящей кишке

Д) нисходящей кишке

05.180. Ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает

А) 0,5 см

Б) 1,0 см

В) 1,5 см

Г) 2,0 см

Д) более 2 см

05.181. Ножка полипа считается длинной, если ее размеры превышают

А) 0,5 см

Б) 1,0 см

В) 1,5 см

Г) 2,0 см

Д) более 3 см

05.182. Для ножки полипа толстой кишки характерна:

А) конусовидная форма, ножка истончается по направлению к головке полипа

Б) конусовидная форма, ножка истончается по направлению к кишечной стенке

В) цилиндрическая форма, равномерная на всем протяжении

Г) ножка может быть любой формы

Д) ножка в виде «песочных часов»

05.183. Укажите размеры полипов, при которых их цвет не

отличается от цвета окружающей слизистой

А) более 0,5 см

Б) до 0,5 см

В) более 1,0 см

Г) до 1,0 см

Д) цвет полипа не зависит от его размеров

05.184. Выделяют следующие анатомические типы полипов, чаще всего встречающиеся в толстой кишке

А) мелкие полипы на короткой ножке

Б) мелкие полипы на длинной ножке

В) мелкие полипы на широком основании

Г) мелкие полипы на узком основании

Д) мелкие ворсинчатые полипы

05.185. Небольшие полипы на широком основании чаще всего встречаются в

А) правой половине толстой кишки

Б) левой половине толстой кишки

В) прямой кишке

Г) поперечно-ободочной кишке

Д) слепой кишке

05.186. 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) резкое преобладание железистой ткани над стромой

Д) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

05.187. К наследственным заболеваниям толстой кишки относятся:

А) синдром Пейтца-Егерса и синдром Кронкайта-Канады

Б) синдром Кронкайта-Канады и синдром Гарднера

В) синдром Гарднера и синдром Олфилда

Г) синдром Олфилда и ювенильные полипозы

Д) ювенильный полипоз, синдром Пейтца-Егерса и синдром Гарднера

05.188. К диффузным полипозам, для которых характерно преобладание процессов пролиферации, относятся:

А) гамартомный полипоз и милиарный полипоз

Б) милиарный полипоз и ювенильный полипоз

В) ювенильный полипоз и аденоматозный полипоз

Г) аденоматозный полипоз и гамартомный полипоз

Д) аденоматозный полипоз и милиарный полипоз

05.189. К диффузным полипозам, для которых характерно преобладание процессов секреции, относятся:

А) гамартомный полипоз

Б) милиарный полипоз

В) ювенильный полипоз

Г) аденоматозный полипоз

Д) аденопапилломатозный полипоз

05.190. Диффузный полипоз, характеризующийся наличием одинаковых по величине полипов, расположенных равномерно по всем отделам толстой кишки это

А) гамартомный полипоз

Б) милиарный полипоз

В) ювенильный полипоз

Г) аденоматозный полипоз

Д) аденопапилломатозный полипоз

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

А) гамартомный полипоз и милиарный полипоз

Б) милиарный полипоз и ювенильный полипоз

В) ювенильный полипоз и аденоматозный полипоз

Г) аденоматозный полипоз и адено-папилломатозный полипоз

05.192. Ворсинчатые полипы наиболее часто локализуются в

А) прямой кишке и сигмовидной кишке

Б) сигмовидной кишке и нисходящей кишке

В) поперечно-ободочной кишке и восходящей кишке

Г) восходящей кишке и сигмовидной кишке

Д) слепой кишке и восходящей кишке

05.193. Клинико-эндоскопические данные, указывающие на малигнизацию ворсинчатого полипа:

А) увеличение выделения слизи и наличие ригидности тканей при инструментальной пальпации

Б) уменьшение или исчезновение выделения слизи и наличие ригидности тканей полипа при инструментальной пальпации

В) изъязвления на поверхности полипа и увеличение размеров полипа при динамическом наблюдении

Г) увеличение выделения слизи и изъязвление на поверхности полипа

05.194. Для полипа Пейтц-Еггерса характерно:

А) резкое преобладание стромы над железистым компонентом

Б) наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме

В) большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью

Г) резкое преобладание железистой ткани над стромой

Д) наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

05.195. Наиболее частая локализация полипов при синдроме Гарднера

А) прямая кишка

Б) нисходящая кишка

В) селезеночный угол

Г) печеночный угол

Д) слепая кишка

05.196. Морфологическая структура полипов при синдроме Гарднера:

А) полип Пейтц-Еггерса

Б) ювенильный полип

В) гиперпластический полип

Г) аденоматозный полип

Д) аденопапилломатозный полип

05.197. Остеохондропатическая трахеобронхопатия - это

А) микоз

Б) пневмокониоз

В) опухоль

Г) обызвествление и окостенение слизистой оболочки трахеи и бронхов

Д) синдром Зиверта-Картагенера

05.198. Первая степень интенсивности воспаления характеризуется:

А) отеком и умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов и слизистым секретом

Б) усилением сосудистого рисунка

В) деформацией хрящевых колец

Г) гнойным секретом

Д) устья сегментарных бронхов не дифференцируются

05.199. Вторая степень интенсивности воспаления характеризуется:

А) умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов

Б) слизистым секретом

В) гиперемией слизистой оболочки бронхов и слизисто-гнойным секретом

Г) очень большим количеством гнойного секрета

Д) расширением устьев слизистых желез

05.200. Третья степень интенсивности воспаления характеризуется:

- А) умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов
- Б) слизистым секретом
- В) слизисто-гнойным секретом
- Г) гнойным секретом в умеренном количестве

Д) яркой гиперемией слизистой оболочки бронхов и гнойным секретом в большом количестве

05.201. Для эндоскопической картины гипертрофического бронхита характерно:

- А) слизистая оболочка бронхов гиперемирована
- Б) слизистая оболочка бронхов бледная**
- В) сосудистый рисунок усилен
- Г) хрящевые кольца подчеркнуты
- Д) устья бронхов широкие

05.202. Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно:

- А) слизистая оболочка бронхов гиперемирована, сосудистый рисунок смазан
- Б) слизистая оболочка бронхов бледная, сосудистый рисунок усилен**
- В) слизистая оболочка бронхов бледная, сосудистый рисунок обеднен
- Г) слизистая оболочка бронхов багрово-синюшная
- Д) слизистая оболочка бронхов не изменена

05.203. Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно:

- А) устья и шпоры бронхов III - IV порядков деформированы, ограничены в подвижности**
- Б) хрящевые кольца не изменены
- В) сосудистый рисунок усилен
- Г) устья бронхов III - IV порядков расширены
- Д) шпоры бронхов подвижны

05.204. Для диффузного бронхита характерно:

- А) верхнедолевые бронхи интактны
- Б) нижнедолевые бронхи интактны

- В) воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева

Г) воспаление распространяется на все эндоскопически видимые бронхи

- Д) поражена одна сегментарная ветвь

05.205. 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 слизистый

05.206. Для диагностики бронхоэктазов эффективна

- А) рентгеноскопия органов грудной клетки
- Б) рентгенография органов грудной клетки
- В) томография
- Г) бронхография**
- Д) бронхоскопия

05.207. 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

05.208. Признак Суля - это

- А) деформация устья бронха
- 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

05.209. 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

05.210. 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

05.211. Признак Суля указывает на

А) ателектаз

Б) дистальное расширение бронха

В) дистальное сужение бронха

Г) стеноз бронха

Д) рак бронха

05.212. Наиболее частая локализация бронхоэктазов

А) нижняя доля слева

Б) верхняя доля слева

В) язычковая доля

Г) средняя доля

Д) верхняя доля справа

05.213. При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляются:

А) частично диффузный или строго ограниченный бронхит II ст интенсивности воспаления

Б) выраженный трахеобронхит

В) частично диффузный или строго ограниченный бронхит I ст интенсивности воспаления

Г) диффузный бронхит II ст. интенсивности воспаления

Д) диффузный бронхит III ст. интенсивности воспаления

05.214. Эндоскопическая картина при бронхоэктазах в стадии обострения характеризуется:

А) диффузным бронхитом I ст. интенсивности воспаления

Б) диффузным бронхитом II - III ст. интенсивности воспаления

В) частично диффузным бронхитом II ст. интенсивности воспаления

Г) частично диффузным бронхитом II - III ст. интенсивности воспаления

Д) строго ограниченным бронхитом I ст. интенсивности воспаления

05.215. Бронхоскопическая картина при недренирующемся абсцессе характеризуется:

А) диффузным односторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления

Б) диффузным односторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления

В) строго ограниченным бронхитом I ст. интенсивности воспаления

Г) строго ограниченным бронхитом II ст. интенсивности воспаления

Д) изменений нет

05.216. Бронхоскопическая картина при дренирующемся остром абсцессе характеризуется:

А) диффузным односторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления

Б) диффузным односторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления

В) диффузным односторонним бронхитом III ст. интенсивности воспаления

Г) зоной «пламенной гиперемии» в области устья дренирующего бронха

Д) устье дренирующего бронха хорошо дифференцируется.

05.217. Бронхоскопическая картина при хроническом дренирующемся абсцессе характеризуется:

- А) диффузным двусторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления
- Б) диффузным двусторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления
- В) диффузным двусторонним бронхитом III ст. интенсивности воспаления
- Г) зоной «пламенной гиперемии» в области устья дренирующего бронха
- Д) строго ограниченным бронхитом II-III ст. интенсивности воспаления**

05.218. Наиболее частая локализация абсцесса легкого

- А) верхняя доля справа**
- Б) верхняя доля слева
- В) средняя доля
- Г) нижняя доля справа
- Д) нижняя доля слева

05.219. 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**

05.220. Полипы воспалительной этиологии наиболее часто встречаются при

- А) раке легкого
- Б) туберкулезе
- В) доброкачественной опухоли бронха
- Г) кисте легкого
- Д) бронхоэктазах**

05.221. Излюбленная локализация полипов в трахеобронхиальном дереве

- А) карина
- Б) междолевая шпора
- В) межсегментарная шпора
- Г) устье бронха**

Д) стенка бронха

05.222. Эндоскопическая картина полипов бронха выявляет

- А) гладкую поверхность**
- Б) бугристую поверхность
- В) воспаление слизистой вокруг
- Г) мягкую консистенцию
- Д) дольчатое строение

05.223. Эндоскопическая картина грануляций характеризуется:

- А) серым цветом
- Б) плотной консистенцией
- В) гладкой поверхностью
- Г) бугристой поверхностью
- Д) дольчатым строением**

05.224. Первое клиническое проявление аденомы бронха

- А) кашель с гнойной мокротой
- Б) высокая температура
- В) кровохарканье**
- Г) боли в груди
- Д) одышка

05.225. 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**

05.226. Отличительная особенность хондромы

- А) мягкая консистенция
- Б) плотная консистенция
- В) каменистая плотность**
- Г) мягко-эластическая консистенция
- Д) балотирующая консистенция

05.227. Эндоскопическая картина экзофитной раковой опухоли характеризуется:

- А) гладкой поверхностью и широким основанием
- Б) бугристой поверхностью и мягкой консистенцией

В) широким основанием, бугристой поверхностью и плотной консистенцией

Г) плотной консистенцией, гладкой поверхностью и широким основанием

05.228. К косвенным анатомическим признакам рака легкого относятся:

А) устья бронхов подвижны, передаточная пульсация сохранена

Б) устья бронхов неподвижны, передаточная пульсация сохранена

В) передаточная пульсация отсутствует, устья бронхов подвижны

Г) передаточная пульсация отсутствует, устья бронхов неподвижны

05.229. К раннему раку легкого относится:

А) T1M₀M₀

Б) T1N1M₀

В) T2N2M₀

Г) T3N2M₀

Д) T1N1M1

05.230. Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является

А) щипцевая биопсия

Б) браш-биопсия

В) трансбронхиальная биопсия

Г) транстрахеальная биопсия

Д) исследования бронхиального секрета

05.231. Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является

А) расширение сосудов слизистой оболочки и выбухание медиальных стенок главных бронхов

Б) утолщение складок слизистой бронхов

В) смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки

Г) острая карина

Д) смазанности рисунка бронхиальных колец

05.232. Болезнь Бенье-Бека-Шаумана - это

А) муковисцидоз

Б) саркоидоз

В) пневмокониоз

Г) микоз

Д) мезотелиома

05.233. Для муковисцидоза характерно распространение по бронхиальному дереву

А) диффузное одностороннее

Б) диффузное двустороннее

В) частично-диффузное

Г) строго ограниченное одностороннее

Д) строго ограниченное двустороннее

05.234. По этиологическому признаку выделяют пневмокониозов

А) два

Б) три

В) четыре

Г) пять

Д) шесть

05.235. Баритоз относится к

А) силикозу

Б) силикатозам

В) карбокониозам

Г) металлокониозам

Д) пневмокониозам

05.236. При пневмокониозе преимущественно поражаются

А) верхняя доля

Б) средняя доля

В) язычковые сегменты

Г) нижняя доля

Д) все доли одинаково

05.237. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется:

А) восходящим двусторонним диффузным бронхитом

Б) восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом

В) нисходящим двусторонним диффузным атрофическим трахеобронхитом

Г) строго ограниченным двусторонним бронхитом

Д) строго ограниченным
односторонним бронхитом

**05.238. 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

**05.239. К частым осложнениям
пневмокониозов относится:**

**А) кровохарканье и легочное
кровотечение**

Б) эмпиема плевры

В) рак легкого

Г) бронхоэктатическая болезнь

Д) абсцесс легкого

**05.240. К грибковым заболеваниям
легких относится:**

А) силикоз

Б) муковисцидоз

В) силикатоз

Г) актиномикоз

Д) карбониоз

**05.241. Наличие опухоли
деревянистой плотности на грудной
клетке характерно для**

А) силикоза

Б) муковисцидоза

В) рака легкого

Г) туберкулеза

Д) актиномикоза

**05.242. 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

**05.243. 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
легкого

**05.244. К наследственным
заболеваниям относится:**

А) актиномикоз

Б) муковисцидоз

В) бронхоэктатическая болезнь

Г) силикоз

Д) остеохондропатическая
трахеобронхопатия

**05.245. При инородных телах
бронха (свежеаспираторованных)
клиническая картина характеризуется:**

А) приступообразным кашлем

Б) кашлем с мокротой

В) постоянным кашлем

Г) болями в грудной клетке

Д) высокой температурой

**05.246. При давних аспираторованных
инородных телах клиническая картина
характеризуется:**

А) приступообразным кашлем

Б) постоянным кашлем без мокроты

В) отсутствием кашля

Г) кашлем с мокротой

Д) стридорозным дыханием

**05.247. Изменения в легких при
частичной закупорке бронха инородным
телом**

А) отсутствуют

Б) обтурационная эмфизема

В) ателектаз легкого

Г) поликистоз легкого

Д) бронхоэктазы

**05.248. Клиническая картина при
инородных телах трахеи включает:**

А) боли в грудной клетке

Б) приступообразный кашель

В) постоянный кашель

- Г) кашель с мокротой
- Д) высокую температуру

05.249. Эндоскопическая картина при наличии бронхоплеврального 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
- Г) диффузным двусторонним бронхитом
- Д) строго ограниченным двусторонним бронхитом

05.250. Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе

- А) трахея
- Б) стенки главных бронхов
- В) устья главных и отдельных бронхов
- Г) устья субсегментарных бронхов
- Д) излюбленной локализации нет

05.251. Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов дифференцируем с

- А) бронхоэктатической болезнью
- Б) строго ограниченным бронхитом
- В) деформирующим бронхитом со стенозом бронхов
- Г) перибронхиальной формой центрального рака легкого
- Д) эндобронхиальной формой центрального рака легкого

05.252. Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является

- А) бронхоэктатическая болезнь
- Б) рубцовый стеноз бронха
- В) рак бронха
- Г) поликистоз легких
- Д) бронхо-плевральный свищ

05.253. Бронхо-фистулезный туберкулез характеризуется стадиями

- А) двумя

- Б) тремя
- В) четырьмя
- Г) пятью
- Д) шестью

05.254. 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

05.255. Для осмотра печени лапароскоп вводят:

- А) в правой верхней точке Калька
- Б) в левой верхней точке Калька
- В) в правой нижней точке Калька
- Г) по средне-ключичной линии справа на уровне пупка
- Д) в левой нижней точке Калька

05.256. При значительном увеличении печени лапароскоп вводят:

- А) в левой нижней точке Калька
- Б) в правой нижней точке Калька
- В) в левой подвздошной области
- Г) ниже на 3 см от перкуторной границы печени
- Д) по средней линии ниже пупка на 3 см

05.257. При заболеваниях печени лапароскопию применяют для

- А) распознавания очаговых поражений печени
- Б) распознавания циррозов с определением их морфологического типа
- В) распознавания хронических гепатитов
- Г) выявления редких заболеваний печени (гемохроматоза, амилоидоза, сифилиса, саркоидоза, лимфогранулематоза)
- Д) дифференциальной диагностики инфекционных и механических желтух

05.258. Узловая форма первичного рака печени характеризуется:

- А) увеличением соответствующей доли печени**
- Б) увеличением всей печени
- В) уменьшением соответствующей доли печени
- Г) не изменяет размеры печени
- Д) уменьшением всей печени

05.259. Узловая форма первичного рака печени характеризуется:

- А) только уплотнением консистенции
- Б) только утолщением капсулы
- В) не влияет на утолщение капсулы**
- Г) консистенция не меняется
- Д) утолщением капсулы и уплотнением консистенции

05.260. Первичный рак печени во время лапароскопии распознается по следующим признакам:

- А) узел всегда одиночный на фоне неизменной печени
- Б) узел всегда одиночный печень с выраженным цирротическими изменениями
- В) узлов чаще много, они разного размера на фоне неизменной печени
- Г) узлов чаще много, они разного размера, печень с выраженными цирротическими изменениями**

05.261. Метастатические узлы рака желудка в печени имеют

- А) неправильную форму и сосудистый венчик вокруг узла
- Б) правильную округлую форму и сосудистый венчик вокруг узла
- В) правильную округлую форму с кратерообразным углублением в центре и сосудистый венчик вокруг узла**
- Г) правильную округлую форму с кратерообразным углублением в центре и нечетким переходом в окружающую ткань
- Д) неправильную форму с резким отграничением от окружающей ткани печени

05.262. Печень при метастатическом поражении

- А) резко увеличена
- Б) увеличена незначительно**
- В) не увеличена
- Г) уменьшена
- Д) резко уменьшена

05.263. Для метастазов меланомы в печень наиболее характерными являются следующие признаки:

- А) синевато-коричневый цвет и пупковидное втяжение на вершине
- Б) синевато-коричневый цвет и полиморфизм формы и размеров**
- В) синевато-коричневый цвет и мягкая консистенция
- Г) плотная консистенция и сероватый цвет
- Д) распространенность локализации и округлая форма

05.264. Макроскопическими признаками ретикулосаркомы печени являются:

- А) увеличение печени и бугристая поверхность
- Б) выраженный стаз венозных сосудов печени и плотная консистенция
- В) мозаичность окраски печени напоминает «снежную бурю» за счет хаотичного смешения беловатого и желтоватого тонов и плотная консистенция**
- Г) мозаичность окраски, напоминающая «снежную бурю», и бугристая поверхность
- Д) белесоватый цвет и плотная консистенция

05.265. Кисты однокамерного эхинококка имеют вид

- А) образований округлой формы, белесоватого цвета, возвышающихся над поверхностью печени с закругленной вершиной**
- Б) узлов округлой формы сероватого цвета не возвышающихся над поверхностью печени
- В) образований округлой формы желтоватого цвета, возвышающихся над

поверхностью с кратерообразной вершиной

Г) округлых узлов синевато-коричневого цвета с кратерообразной вершиной

Д) неправильной формы белесоватых узлов с уплощенной вершиной

05.266. Характерным эндоскопическим признаком гидатидной формы эхинококка печени является:

А) эхинококковая киста имеет только округлую форму

Б) стенка кисты толстая

В) стенка кисты хорошо васкуляризована

Г) видимая часть стенки кисты по периметру отграничена от печеночной ткани четко выраженным углублением в виде «канавки»

Д) цвет кисты с синевато-зеленоватым оттенком

05.267. Дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной возможно по

А) изменению размеров печени и желчного пузыря

Б) характеру изменения поверхностных желчных протоков печени и окраски видимых печеночных долек

В) характеру окраски видимых печеночных долек и по характеру изменений желчного пузыря

Г) по характеру изменений 'поверхностных желчных протоков печени и желчного пузыря

05.268. Эндоскопическими признаками механической желтухи являются:

А) зеленоватый цвет печени и увеличение ее размеров

Б) красный цвет печени и увеличение ее размеров

В) белый цвет печени и уменьшение ее размеров

Г) красный цвет печени и увеличение в размерах желчного пузыря

Д) белый цвет печени и увеличение в размерах желчного пузыря

05.269. Эндоскопическими признаками механической желтухи при сегментарной обтурации желчных протоков являются:

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

05.270. Для паренхиматозной желтухи характерны следующие изменения печени:

А) увеличение в размерах, диффузно-красный цвет

Б) диффузно-красный цвет структура печеночной дольчатости прослеживается

В) структура печеночной дольчатости прослеживается, консистенция печени плотная

Г) плотная консистенция, умеренное напряжение желчного пузыря

05.271. Холестатическая форма острого вирусного гепатита характеризуется:

А) «большой красной печенью» с зеленоватыми пятнистыми участками на поверхности

Б) «большой белой печенью» с сетью расширенных желчных капилляров на ее поверхности

В) увеличением печени и коричневатой-зеленой ее окраской

05.272. 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 Бадди-Хиари

05.273. Щипковая биопсия печени при лапароскопии показана в случаях:

А) очаговых некистозных заболеваний и диффузно-фиброзных заболеваний

Б) очаговых кистозных заболеваний и диффузно-фиброзных заболеваний

В) очаговых некистозных заболеваний и диффузных заболеваний печени без проявления фиброза в ней

Г) очаговых кистозных заболеваний и диффузных заболеваний печени без проявления фиброза в ней

05.274. Для остановки кровотечения, возникшего при пункционной биопсии печени, необходимо:

А) удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровотокающей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом

Б) пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6

В) остановить кровотечение аппликацией ферракрила

Г) коагулировать пункционную рану печени

Д) коагулировать пункционную рану печени и нанести ферракрил

05.275. Для жировой инфильтрации печени характерны следующие признаки:

А) плотная консистенция и глинистый желтоватый оттенок

Б) глинистый желтоватый оттенок и выраженная инъеция сосудов интерстиция

В) выраженная инъеция сосудов интерстиция, печеночные долики четко прослеживаются

Г) печеночные долики четко прослеживаются, интерстициальная ткань печени хорошо видна

Инструкция: Установите соответствие:

05.276. Стадии мезентериальной окклюзии

1. Стадия ишемии В
2. Стадия анемического инфаркта Б
3. Стадия геморрагического инфаркта А
4. Стадия гангрены Д

Эндоскопическая картина:

А. В брюшной полости геморрагическая жидкость, стенка кишки красная вследствие сливных кровоизлияний

Б. В брюшной полости серозный выпот, цвет кишок сероватый

В. Выпота в брюшной полости нет, окраска петель кишечника бледно-розовая с цианотическим оттенком и точечными кровоизлияниями

Г. В брюшной полости много геморрагического выпота, цвет кишок сероватый

Д. В брюшной полости мутно геморрагический выпот, петли кишечника раздуты, покрыты фибрином, грязно-серого цвета

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.277. Для микронодулярного цирроза печени характерны следующие макроскопические проявления:

А) печень нормальных размеров или увеличена, преимущественно поражается одна из долей

Б) печень уменьшена в размерах

В) диаметр узелков 1-3 мм, узелки одинакового размера

Г) узелки свыше 3 мм, разного размера

Д) узелки разделены углубленными белесоватыми рубцовыми зонами

05.278. Для макронодулярного цирроза печени характерны следующие макроскопические проявления:

А) печень увеличена в размере

Б) печень уменьшена в размерах, узелки свыше 0,3 см в диаметре

В) узелки свыше 0,3 см, одинакового размера

Г) узелки разделены тонкой белой сеткой

Д) печень увеличена в размерах, узелки 1 -3 мм в диаметре

05.279. Первым лапароскопическим признаком прорастания рака желудка серозного покрова является

А) расширение венозных сосудов на отдельных участках стенки желудка

Б) наличие мелких студенистого вида, белесоватого цвета узелков

В) наличие очаговой гиперемии

Г) наличие возвышающегося над уровнем серозного покрова участка плотной консистенции, белесоватого цвета с бугристой поверхностью

Д) очаговое обеднение сосудистого рисунка

05.280. Рак желудка чаще метастазирует в

А) печень

Б) париетальную брюшину

В) органы малого таза

Г) плевру

Д) кости

05.281. Для рака головки поджелудочной железы характерны следующие физические свойства желчи:

А) густая консистенция

Б) гелеподобная консистенция

В) темно-зеленый цвет

Г) в лучах проходящего света желчь не прозрачная

Д) наличие хлопьев фибрина в виде грязно-зеленых пленок

05.282. К опухолевидным образованиям яичников относятся:

А) папиллярные серозные кистомы

Б) ретенционные кисты

В) фибромы

Г) текомы

Д) дермоидные кисты

05.283. К эпителиальным опухолям яичников относятся:

А) серозная киста

Б) фолликулома

В) дермоидная киста

Г) параовариальная киста

Д) киста желтого тела

05.284. Для ретенционной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки:

А) киста небольших размеров, стенка киста тонкая

Б) стенка кисты тонкая, сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу

В) сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу, киста заполняет весь яичник.

Г) киста заполняет весь яичник, окраска кисты с серо-голубым оттенком

05.285. Для параовариальной кисты характерны следующие макроскопические признаки:

А) киста небольших размеров, стенка кисты утолщена

Б) стенка кисты утолщена, цвет стенки кисты с сероватым оттенком

В) цвет стенки кисты с сероватым оттенком, поверхность бугристая

Г) поверхность кистозной стенки бугристая, киста локализуется в широкой связке матки

Д) киста локализуется в широкой связке матки, киста небольших размеров

05.286. Для эндометриоидной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки:

А) размеры кисты переменны, на поверхности кисты серовато-красноватого цвета узелки

Б) стенка кисты утолщена с рубцовыми изменениями, между стенкой кисты и окружающими тканями плоскостные спайки

В) цвет кисты с серовато-синеватым оттенком, стенка тонкая

Г) размеры кисты большие, цвет пятнисты за счет чередования сероватых и синеватых участков

05.287. Для простой серозной кистомы характерны следующие макроскопические признаки:

А) разнообразная окраска и тонкая капсула

Б) тонкая капсула и выраженный сосудистый рисунок

В) выраженный сосудистый рисунок и отсутствие неизменной яичниковой ткани

Г) отсутствие неизменной яичниковой ткани и наличие на поверхности кисты серовато-красных узлов

05.288. Для папиллярной кистомы яичников характерны следующие макроскопические признаки:

А) большие размеры и плотная белесовая стенка

Б) плотная, белесоватая стенка с узловыми разрастаниями

В) узелковые разрастания и отсутствие сосудистого рисунка на стенке кисты

Г) отсутствие сосудистого рисунка стенки кисты и наличия плоскостных спаек с окружающими тканями

05.289. Определяющий эндоскопический признак гидросальпингса:

А) маточные трубы в ампулярных отделах булабовидно расширены

Б) фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются

В) расширенная часть маточных труб с просвечивающимся серозным содержимым

Г) сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения серого цвета

Д) в зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется

05.290. Эндоскопическим признаком апоплексии яичника являются:

А) в брюшной полости жидкая кровь

Б) в полости малого таза сгустки крови

В) фиксированный сгусток крови на поверхности яичника

Г) из-за сгустков крови маточной трубы проследить не удастся

Д) придатки матки с противоположной стороны хорошо доступны осмотру

05.291. На лапароскопию по поводу внематочной беременности чаще попадают больные с:

А) прогрессирующей трубной беременностью

Б) прервавшейся трубной беременностью по типу трубного аборта

В) застывшей трубной беременностью

Г) яичниковой беременностью

Д) прервавшейся трубной беременностью по типу разрыва маточной трубы

05.292. Лапароскоп при подозрении на внематочную беременность вводят:

А) через нижнюю точку Калька с противоположной стороны от предполагаемой трубной беременности

Б) через нижнюю точку Калька со стороны предполагаемой трубной беременности

В) через любую нижнюю точку Калька

Г) только через левую нижнюю точку Калька вне зависимости от стороны беременности

Д) через верхнюю левую точку Калька

05.293. Детальный осмотр органов малого таза при подозрении на внематочную беременность проводят в:

А) горизонтальном положении больной на столе

Б) положении Фовлера

В) положении Дюранта

Г) положении Транделенбурга на боку, противоположном беременности

Д) положении Тренделенбурга на том боку, где предполагают беременность

05.294. Макроскопическими признаками прогрессирующей трубной беременности при локализации плодного яйца в истмической части трубы являются:

А) цилиндрическое утолщение маточной трубы, эластичное при пальпации

Б) эластичная консистенция веретенообразно-утолщенной части трубы

В) синюшная окраска колбовидно-утолщенной маточной трубы

Г) увеличение угла матки со стороны беременности

Д) кровянистые выделения из расширенной маточной трубы

05.295. Эндоскопическими признаками катарального аппендицита являются:

А) гиперемия серозного покрова отростка

Б) гиперемия серозного покрова купола

В) хлопья фибрина на серозном покрове верхушки отростка

Г) напряжение отростка, серозный покров багрового цвета

Д) гнойный выпот в правой подвздошной области

05.296. Прямыми эндоскопическими признаками флегмонозного аппендицита являются:

А) рыхлый инфильтрат в правой подвздошной области, покрытый фибрином

Б) диффузная гиперемия отростка с наложениями фибрина на серозном покрове отростка

В) фиброзные спайки между отростком и париетальной брюшиной

Г) гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости

Д) гиперемия серозного покрова терминального отдела тонкой кишки

05.297. Макроскопическими признаками катарального холецистита являются:

А) гиперемия серозного покрова желчного пузыря

Б) инъекция сосудов большого сальника, прилежащего к дну желчного пузыря

В) мутный выпот в подпеченочном пространстве

Г) резкое увеличение размеров желчного пузыря

Д) легкий налет фибрина на отдельных участках желчного пузыря

05.298. Для деструктивного холецистита наиболее характерна эндоскопическая картина:

А) желчный пузырь частично закрыт большим сальником, который сращен с париетальной брюшиной передней брюшной стенки, цвет его не изменен

Б) желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его и прилежащего большого сальника покрыты налетом фибрина

В) желчный пузырь закрыт большим сальником, последний рыхлыми спайками сращен с нижним краем правой доли печени, по краю сращения большой сальник гиперемирован с налетом фибрина

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

05.299. Для острого гангренозного холецистита характерна следующая эндоскопическая картина:

А) стенка желчного пузыря багрово-красного цвета с налетом фибрина

Б) желчный пузырь закрыт большим сальником, последний гиперемирован с налетом фибрина

В) стенка желчного пузыря инфильтрирована, с участками темного цвета

Г) желчный пузырь увеличен, серозный покров его с мелкоточечными кровоизлияниями и налетом фибрина

Д) желчный пузырь небольших размеров, напряжен, нижний край печени, прилегающий к желчному пузырю, багрово-красного цвета

05.300. Участки стеатонекроза имеют вид

А) округлого очага белесоватого цвета, возвышающегося над поверхностью брюшины, в диаметре от 0,1 до 0,5 см

Б) плоского очага белесоватого цвета, с неровными контурами, в диаметре 0,1-0,5 см, с венчиком гиперемии вокруг

В) неправильной формы плоских пятен белесоватого цвета, около 0,5 см в диаметре

Г) просовидных высыпаний около 1-2 мм в диаметре

Д) белесоватых наложений различных форм и размеров

05.301. Уточнению диагноза острого панкреатита во время лапароскопии помогают:

А) исследование экссудата из брюшной полости на ферментативную активность и гистологическое исследование участков жирового некроза

Б) гистологическое исследование участка жирового некроза и инструментальная пальпация

В) вскрытие мезоколон и капсулы поджелудочной железы

Г) инструментальная пальпация и дренирование желчного пузыря

Д) медикаментозная блокада круглой связки печени и исследование экссудата на ферментативную активность

Инструкция; Установите соответствие

05.302. Форма панкреатита

1. Отечная В

2. Жировой панкреонекроз А

3. Геморрагический панкреонекроз

Г

Эндоскопические признаки

А) Пятна стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине

Б) Небольшое количество мутного выпота в подпеченочном пространстве

В. Отек малого сальника и выбухание передней стенки желудка

Г. Геморрагическая имбибиция большого сальника

Д. Геморрагическая имбибиция стенки желчного пузыря

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

05.303. Во время лапароскопии перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки обычно определяется по наличию

А) перфоративного отверстия на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, из которого вытекает кишечное содержимое

Б) плотных сращений между большим сальником и луковицей, гиперемированных участков на париетальной и висцеральной брюшине этой области

В) рыхлых сращений между большим сальником и луковицей, мутной жидкости по правому латеральному каналу, гиперемии и отека купола слепой кишки

05.304. Диагностические возможности лапароскопии у больных, подозрением на перфоративную язву, могут быть повышены за счет

А) смещения органов инструментами и инструментального разделения рыхлых сращений

Б) инструментального разделения рыхлых сращений и изменения положения тела больного на операционном столе

В) изменения положения тела больного на операционном столе и наполнения желудка

наполнения желудка жидкостью или воздухом

Г) наполнения желудка жидкостью или воздухом и инструментальной пальпации

Д) введения в желудок красителя, смещение органов инструментами и изменения положения тела больного

05.305. Перфоративная язва 12-перстной кишки является редким показанием к лапароскопии в связи с наличием

А) яркой клинической картины

Б) тяжелым состоянием больного

В) трудностями установления диагноза во время лапароскопии

Г) трудностями технического выполнения лапароскопии при наличии «доскообразного» живота

Д) риска распространения перитонита на всю брюшную полость

05.306. Эндоскопическая картина при острой эмпиеме плевры характеризуется:

А) диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления

Б) диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления

В) частично диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления

Г) частично диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления

Д) строго ограниченным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления

05.307. Эндоскопическая картина при хронической эмпиеме плевры характеризуется:

А) диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления

Б) диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления

В) диффузным односторонним бронхитом III степени интенсивности воспаления

Г) частично диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления

Д) частично диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления

05.308. Для эмпиемы плевры характерно:

А) париетальная плевра блестящая, гиперемирована, с точечными высыпаниями

Б) висцеральная плевра тусклая, с фибринозными наложениями, свисающими по типу «сталактитов» и зернистыми скоплениями грануляций

В) обильный, быстро накапливающийся серозно-геморрагический экссудат

Г) ткань легкого с участками ателектазов

Д) сращения с медиастинальной плеврой мощные, плотные

05.309. «Решетчатое» легкое характерно для

А) первичных опухолей плевры

Б) метастазов рака легкого в плевру

В) туберкулезного плеврита

Г) эмпиемы плевры

Д) синдрома Мейгса

05.310. Буллезная эмфизема чаще поражает

А) VI сегмент

Б) IV, V сегмент

В) I, II, III сегмент

Г) IX, X, VIII сегмент

Д) VII сегмент

05.311. 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

05.312. Наличие булл в легких характерно для

А) туберкулезного плеврита

Б) хронической пневмонии

В) спонтанного пневмоторакса

Г) метастазов экстраторакальных раков

Д) пиопневмоторакса

05.313. Пиопневмоторакс характеризуется следующими признаками:

А) висцеральная плевро блестящая, экссудат прозрачный, слизистый

Б) висцеральная плевро тусклая, экссудат прозрачный, слизистый

В) висцеральная плевро блестящая, экссудат гнойный, с хлопьями фибрина, с запахом

Г) висцеральная плевро тусклая, экссудат гнойный, с хлопьями фибрина, с запахом

Д) висцеральная плевро тусклая, экссудат гнойный, с хлопьями фибрина, без запаха

05.314. Для первичных опухолей плевры характерны:

А) множественные крупнобугристые опухоли

Б) множественные крупнобугристые опухоли и слизистый экссудат

В) множественные крупнобугристые опухоли и серозно-геморрагический экссудат

Г) множественные просовидные высыпания на париетальной и висцеральной плевре и серозно-геморрагический экссудат

Д) множественные просовидные высыпания на париетальной плевре и слизистый экссудат

05.315. Медиастиноскопия не эффективна в диагностике:

А) лимфогранулематоза

Б) диссеминированного туберкулеза

В) неспецифической аденомы

Г) болезни Бенъе-Бека-Шаумана

Д) болезни Ходжкина

05.316. Характерной эндоскопической картиной лимфогранулематоза является:

А) клетчатка средостения - диффузный склероз, лимфоузлы диаметром 0,3 - 5 см, цвета «сырого мяса», мягкие

Б) перигландулярный склероз клетчатки средостения, лимфоузлы диаметром 3-5 см, цвет белесоватый, мягкая консистенция

В) клетчатка средостения - не изменена, лимфоузлы диаметром 1-4 см, цвет фиолетовый, мягкой консистенции

Г) диффузный склероз клетчатки средостения, лимфоузлы диаметром 1-3 см, цвет черный, плотной консистенции

Д) клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы диаметром 1 -3 см, цвет серый, консистенция очень плотная

05.317. Следующая эндоскопическая картина - клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы величиной от 1 до 3 см, белесовато-серого цвета, различной консистенции - характерна для

А) силикоза

Б) лимфогранулематоза

В) метастазов рака

Г) туберкулеза

Д) неспецифической аденопатии

05.318. Лимфатические узлы при метастазах рака легкого А) каменистой плотности

Б) мягкие

В) плотные

Г) не изменены

Д) различной консистенции

05.319. 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

05.320. Слизистая оболочка желчных протоков при холедохоскопии в норме характеризуется:

А) бледно-розовым цветом, бархатистостью, отсутствием сосудистого рисунка

Б) бледно-розовым цветом, бархатистостью, нежным сосудистым рисунком

В) зеленоватым цветом, блеском, нежным сосудистым рисунком

Г) зеленоватым цветом, бархатистостью, нежным сосудистым рисунком

Д) зеленоватым цветом, блеском, отсутствием сосудистого рисунка

05.321. Устья желчных протоков при холедохоскопии в норме

А) имеют округлую форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости

Б) имеют щелевидную форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости

В) имеют округлую форму и меняют свой размер при нагнетании жидкости

Г) имеют щелевидную форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости

05.322. Наиболее характерным эндоскопическим признаком хронического холангита является

А) наличие в просвете мутной желчи с примесью замазкообразных масс

Б) эрозирование слизистой оболочки дистальных отделов 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

05.323. К макроскопическим признакам катарального холангита относятся:

А) неравномерная гиперемия и наличие пленок фибрина на слизистой оболочки желчных протоков

Б) неравномерная гиперемия и исчезновение ячеистой структуры слизистой оболочки

В) наличие пленок фибрина и повышение контактной кровоточивости слизистой оболочки

Г) неравномерная гиперемия слизистой оболочки и расширение интрамуральной части холедоха

Д) расширение интрамуральной части холедоха и повышение контактной кровоточивости слизистой оболочки

05.324. К макроскопическим признакам фибринозной формы холангита относятся:

А) рубцы на слизистой оболочке холедоха, сосудистый рисунок не прослеживается

Б) сосуды подслизистого слоя холедоха не прослеживаются, на стенках пленки фибрина

В) на стенках желчных протоков пленки фибрина, «моторная игра» сфинктера Одди хорошо видна

Г) «моторная» игра сфинктера Одди не прослеживается, ирригационная жидкость прозрачная, без дополнительных включений

05.325. К макроскопическим признакам гнойной формы холангита относятся:

А) в просвете желчных протоков скопление густого гноя, однако отверстие ампулы БДС хорошо визуализируется

Б) в просвете желчных протоков скопление густого гноя, продольные складки слизистой оболочки хорошо выражены

В) в просвете желчных протоков гнойные тромбы, отверстие ампулы БДС плохо визуализируются

05.326. К макроскопическим признакам стеноза БДС относятся:

А) интрамуральная часть холедоха мешковидно расширена, сосуды подслизистого слоя холедоха расширены

Б) продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются, отверстие сфинктера Одди не определяется

В) сосуды подслизистого слоя холедоха расширены, диаметр холедоха расширен

Г) терминальный отдел холедоха расширяется при нагнетании жидкости, продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются

6 раздел: Лечебная и оперативная эндоскопия

06.01. При пневмодилатации стенозированных за счет рубцевания язвы участков могут наблюдаться следующие осложнения:

А) разрыв рубцовой ткани и сильное кровотечение

Б) сильное кровотечение и разрыв стенки луковицы двенадцатиперстной кишки

В) разрыв стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и воздушная эмболия

Г) воздушная эмболия и шок

06.02. Наиболее частой причиной кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта является

А) пептическая язва и стрессовая язва

Б) распадающаяся опухоль

В) варикозное расширение вен пищевода

Г) эрозивный эзофагит

Д) сосудистая эктазия

06.03. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при котором появляется мелена равно

А) 25 мл

Б) менее 60 мл

В) 60-100 мл

Г) 250 мл

Д) 500 мл

06.04. Достоверными признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:

А) слабость

Б) тахикардия

В) кровавая рвота и мелена

Г) холодный пот

Д) падение артериального давления

06.05. Задачи, которые необходимо решить при ЭГДС по поводу желудочно-кишечного кровотечения:

А) установить факт кровотечения из пищеварительного тракта и определить локальную причину кровотечения

Б) определить локальную причину кровотечения или исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах пищеварительного тракта

В) исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта и подтвердить наличие источника кровотечения в нижних отделах желудочно-кишечного тракта

06.06. Противопоказаниями к проведению ЭГДС при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение являются:

А) инфаркт миокарда

Б) инсульт

В) агональное состояние

Г) вирусный гепатит

Д) ВИЧ-инфекция

06.07. Температура воды, используемой для промывания желудка при кровотечении, равна

А) 37 градусов

Б) 18 градусам

В) 10 градусам

Г) 4 градусам

Д) не имеет значения

Инструкция: Установите соответствие

06.08. Эндоскопический термин

1. Разрыв Г
2. Трещина Д
3. Эрозия А
4. Язва В
5. Изъязвление Б

Его характеристика

А. Дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки

Б. Дефект в патологической ткани

В. Доброкачественный дефект в стенке органа

Г. Узкий дефект в нормальной ткани

Д. Узкий дефект в измененной ткани

06.09. Эндоскопический

1. Петехия Б
2. Экхимоз В
3. Черное пятно А
4. Геморрагическая эрозия Д
5. Болезнь Дьелафуа (простое изъязвление) Г

Его характеристика термин

А. Пятно, образующееся вследствие отложения гематина

Б. Пятно, образующееся за счет субэпителиального расширения капилляров

В. Внутрислизистое кровоизлияние большой площади

Г. Сосудистый порок развития

Д. Дефект покрытый гематиновым струпом

06.10. Типы кровотечения

1. Просачивание (капельное) В
2. Подтекание А
3. Струйное Г
4. Массивное Б

Эндоскопическая картина

А. Кровь, истекающая из поражения

Б. Чрезвычайно интенсивная кровотечение, делающее невозможным более точную оценку

В. Алая кровь, просачивающаяся из внешне неизменной слизистой оболочки

Г. Бурное кровотечение, проявляющееся пульсирующим потоком

Инструкция: Выберите один правильный ответ

06.11. Риск возобновления кровотечения должен быть признан высоким при наличии

А) видимого сосуда на поверхности язвы в виде белесоватого бугорка или фиксированного тромба

Б) фиксированного тромба или мелких сосудов в виде черных точек В) мелких сосудов в виде черных точек или крови и сгустков в просвете желудка

Г) крови и сгустков в просвете желудка или геморрагических эрозий Д) геморрагических эрозий или фиксированного тромба

06.12. Использование лечебной эндоскопии показано при

А) продолжающемся кровотечении и высоком риске его возобновления

Б) высоком риске возобновления кровотечения и массивном кровотечении из задней стенки луковицы ДПК

В) массивном кровотечении из язвы луковицы ДПК или из острой язвы

Г) массивном кровотечении из острой язвы или многократном рецидиве кровотечения

06.13. Противопоказаниями к лечебной эндоскопии при кровотечении служат:

А) струйное кровотечение из дна язвы

Б) атональное состояние и невозможность хорошо увидеть источник кровотечения

В) струйное артериальное кровотечение из края язвы

- Г) струйное кровотечение из варикозного узла пищевода
Д) наличие большого количества крови и сгустков в желудке

06.14. При болезни Дъелафуа (простое изъязвление) кровотечение развивается из

- А) острой язвы
Б) изъязвившегося полипа
В) полиповидного образования, обусловленного пороком развития сосудов подслизистого слоя желудка
Г) множественных телеангиэктазий желудка
Д) глубоких траншееподобных язв малой кривизны желудка

06.15. При установленном источнике кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода эндоскопист

- А) ограничивается осмотром только пищевода
Б) осматривает пищевод и желудок
В) осматривает пищевод, желудок и 12-перстную кишку

06.16. Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является

- А) введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа
Б) нанесение пленкообразующих веществ
В) электрокоагуляция
Г) электроэксцизия полипа
Д) местное охлаждение хлорэтилом

06.17. Обязательными этапами подготовки больного с кровотечением к лечебно-диагностической эндоскопии являются:

- А) катетеризация центральной вены и определение группы крови и резус фактора
Б) определение группы крови и резус-фактора и промывание желудка ледяной водой
В) промывание желудка ледяной водой и рентгенологическое исследование

- Г) рентгенологическое исследование желудка и ЗКГ
Д) ЭКГ и УЗИ

06.18. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является

- А) обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами
Б) аппликация пленкообразующих полимеров
В) криовоздействие
Г) диатермокоагуляция
Д) комплексное эндоскопическое лечение

06.19. Показанием к применению диатермокоагуляции служит кровотечение из

- А) язв желудка и варикозно-расширенных вен пищевода
Б) варикозно-расширенных вен пищевода и полипа
В) полипа и распадающейся опухоли
Г) распадающейся опухоли и язв желудка

06.20. Основным условием для проведения диатермокоагуляции является

- А) четкая видимость источника кровотечения и отсутствие крови и сгустков в желудке
Б) четкая видимость источника кровотечения и отсутствие жидкости в зоне коагуляции
В) отсутствие крови, сгустков и жидкости в зоне коагуляции

06.21. Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет

- А) 1 секунду
Б) 2-3 секунды
В) 5-6 секунд
Г) 7-8 секунд
Д) 10 секунд

06.22. Моноактивный способ диатермокоагуляции целесообразно применять при

- А) разрыве слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода
- Б) кровотечении из острых эрозий и язв желудка
- В) кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода
- Г) кровотечении из опухоли желудка
- Д) кровотечении из глубокой язвы

06.23. Изъязвления Дьюлафуа чаще осложняются

- А) скрытым кровотечением
- Б) перфорацией
- В) профузным кровотечением
- Г) пенетрацией
- Д) малигнизацией

06.24. При нанесении медицинского клея на язву пленка обычно сохраняется в течении

- А) 2-3 часов
- Б) 6-8 часов
- В) 12-24 часов
- Г) 48 часов
- Д) 72 часов

06.25. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода является

- А) склеротерапия
- Б) диатермокоагуляция
- В) нанесение клеевой пленки
- Г) установка баллонного зонда типа Блекмора
- Д) медикаментозная терапия

06.26. В настоящее время лучшим препаратом для склерозирования вен считается

- А) варикоцид
- Б) вистарин
- В) полидаконол (этоксисклерол)
- Г) 90 градусный спирт
- Д) 40% глюкоза

06.27. После неудачной попытки остановки кровотечения введением

склерозирующих препаратов, в пищевод вводится зонд Блекмора на

- А) 6-12 часов
- Б) 24 часа
- В) 36 часов
- Г) 48 часов
- Д) 72 часа

06.28. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через

- А) 12-24 часа
- Б) 1-2 дня
- В) 5-7 дней
- Г) 10 дней
- Д) 1 месяц

06.29. Осложнением склеротерапии, при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода, является:

- А) острый эзофагит
- Б) кардиоспазм
- В) некроз терминального отдела пищевода
- Г) усиление кровотечения из варикозно расширенных вен
- Д) болевой шок

06.30. При синдроме Меллори-Вейсса разрыв слизистой оболочки обычно локализуется в

- А) пищеводе
- Б) зоне кардио-эзофагального перехода
- В) кардиальной части желудка
- Г) своде желудка
- Д) любом из указанных отделов

06.31. 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

06.32. Кэндоскопическим признакам устойчивого гемостаза относятся:

А) отсутствие свежей крови в желудке и ДПК и фиксированный тромб на стенке

Б) наличие фиксированного красного тромба и тромбированный сосуд в дне язвы

В) четко видимый тромбированный сосуд на дне язвы и тромб в дне язвы, имеющий белесоватый цвет

Г) тромб в дне язвы, имеющий белесоватый цвет и отсутствие крови в желудке и ДПК

06.33. У больной с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке большое количество темной крови и сгустков, слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки диффузно кровоточит - «плачущая слизистая». Наиболее рациональной тактикой ведения больного является:

А. Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива

Б. Консервативная терапия

В. Оперативное лечение

Г. Эмболизация сосудов

Д. Повторная ЭГДС через 6-8 часов

Е. Введение зонда Блекмора

Ж. Промывание желудка ледяной водой

06.34. У больного через неделю после выписки из стационара, где он находился по поводу язвенного кровотечения, повторилось массивное желудочно-кишечное кровотечение. Доставлен в больницу с острой массивной кровопотерей. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является:

А. Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива

Б. Консервативная терапия

В. Оперативное лечение

Г. Эмболизация сосудов

Д. Повторная ЭГДС через 6-8 часов

Е. Введение зонда Блекмора

Ж. Промывание желудка ледяной водой

06.35. У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является:

А. Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива

Б. Консервативная терапия

В. Оперативное лечение

Г. Эмболизация сосудов

Д. Повторная ЭГДС через 6-8 часов

Е. Введение зонда Блекмора

Ж. Промывание желудка ледяной водой

06.36. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения во время ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 3 стадии, в нижней трети пищевода и полости желудка большое количество жидкой крови и сгустков, затрудняющих детальный осмотр». Наиболее рациональной тактикой ведения больного является:

А. Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива

Б. Консервативная терапия

В. Оперативное лечение

Г. Эмболизация сосудов

Д. Повторная ЭГДС через 6-8 часов

Е. Введение зонда Блекмора

Ж. Промывание желудка ледяной водой

06.37. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено большое количество темной крови и сгустков в просвете желудка и фиксированный тромб на малой кривизне в нижней трети тела желудка.

Кровь из под тромба не подтекает. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является:

А. Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива

Б. Консервативная терапия

В. Оперативное лечение

Г. Эмболизация сосудов

Д. Повторная ЭГДС через 6-8 часов

Е. Введение зонда Блекмора

Ж. Промывание желудка ледяной водой

06.38. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке умеренное количество крови и сгустков, в антральном отделе желудка округлой формы опуховидное образование до 3 см в диаметре, положительный симптом Шиндлера, на вершине неглубокий язвенный дефект, прикрытый тромбом, из под которого по стенке стекает кровь. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является:

А. Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива

Б. Консервативная терапия

В. Оперативное лечение

Г. Эмболизация сосудов

Д. Повторная ЭГДС через 6-8 часов

Е. Введение зонда Блекмора

Ж. Промывание желудка ледяной водой

06.39. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлен инфильтративно-язвенный рак желудка с обильным кровотечением из одного участка распада. Оптимальным методом эндоскопического лечения является:

А. Местная аппликация кровоостанавливающих средств

Б. Клипирование

В. Склеротерапия

Г. Монополярная электрокоагуляция

Д. Биполярная электрокоагуляция

Е. Электроэксцизия

06.40. У больного с гемофилией возникло кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При ЭГДС выявлено: в антральном отделе желудка на большой кривизне имеется полип до 1,5 см в диаметре на широком основании. Из верхушки полипа отмечается подтекание крови. Оптимальным методом эндоскопического лечения является:

А. Местная аппликация кровоостанавливающих средств

Б. Клипирование

В. Склеротерапия

Г. Монополярная электрокоагуляция

Д. Биполярная электрокоагуляция

Е. Электроэксцизия

06.41. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке умеренное количество крови и сгустков, на малой кривизне в средней трети тела желудка округлая язва до 2 см в диаметре с плотными краями, дно язвы выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.

Оптимальным методом эндоскопического лечения является:

А. Местная аппликация кровоостанавливающих средств

Б. Клипирование

В. Склеротерапия

Г. Монополярная электрокоагуляция

Д. Биполярная электрокоагуляция

06.42. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке умеренное количество крови и сгустков, в области свода на отдельных участках слизистой оболочки отмечается просачивание алой крови.

Оптимальным методом эндоскопического лечения является:

- А. Местная аппликация кровоостанавливающих средств
- Б. Клипирование
- В. Склеротерапия
- Г. Биполярная электрокоагуляция
- Д. Электроэксцизия

06.43. У больного после тяжелой физической нагрузки появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС установлено: в области кардиоэзофагального перехода имеется линейный надрыв слизистой оболочки до 2 см длиной с активным подтеканием алой крови. Оптимальным методом эндоскопического лечения является:

- А. Местная аппликация кровоостанавливающих средств
- Б. Клипирование
- В. Склеротерапия
- Г. Биполярная электрокоагуляция
- Д. Электроэксцизия

06.44. У больного с портальным циррозом печени развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 3 стадии. Над одним из узлов в нижней трети пищевода фиксированный тромб. Подтекание крови из под тромба нет. Оптимальным методом эндоскопического лечения является:

- А. Местная аппликация кровоостанавливающих средств
- Б. Клипирование
- В. Склеротерапия
- Г. Биполярная электрокоагуляция
- Д. Электроэксцизия

06.45. Клиническими признаками инородного тела пищевода являются:

- А) дисфагия и осиплость голоса
- Б) осиплость голоса и саливация
- В) саливация и приступы кашля
- Г) приступы кашля и наличие подкожной эмфиземы
- Д) дисфагия и усиленная саливация

06.46. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является

- А) дисфагия
- Б) боль
- В) нарушение проходимости пищи
- Г) усиление саливации
- Д) приступы кашля

06.47. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является

- А) дисфагия
- Б) боль
- В) нарушение проходимости пищи
- Г) усиление саливации
- Д) осиплость голоса

06.48. Показаниями к плановому удалению инородных тел являются:

- А) отторгающиеся лигатуры и предметы, вызвавшие кровотечение
- Б) предметы, вызвавшие кровотечение и дренажи холедоха
- В) дренажи холедоха и отторгающиеся лигатуры
- Г) инородные тела, сопровождающиеся выраженной клинической картиной

06.49. Наиболее часто инородные тела пищевода локализуются

- А) за первым физиологическим сужением
- Б) в средней трети пищевода
- В) в нижней трети пищевода
- Г) в области кардиоэзофагального перехода
- Д) в любом отделе

06.50. Наиболее частой причиной фиксации инородных тел в нижней трети пищевода является

- А) наличие физиологических сужений
- Б) стриктура пищевода
- В) хронический эзофагит
- Г) дивертикул пищевода
- Д) язва пищевода

06.51. Противопоказанием к эндоскопическому исследованию при инородных телах является

- А) общее тяжелое состояние больного
- Б) психосоматическое возбуждение
- В) наличие признаков перфорации полого органа**
- Г) нахождение инородного тела в 12-перстной кишке
- Д) инородное тело больших размеров

06.52. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению инородного тела являются:

- А) атональное состояние больного и кровотечение
- Б) боли и психомоторное возбуждение
- В) высокая температура с выраженным болевым синдромом и агональное состояние
- Г) кровотечение**
- Д) явление непроходимости

06.53. Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием

- А) у детей и больных с психическими заболеваниями**
- Б) у больных с выраженной саливацией
- В) в случае крупного предмета
- Г) если при повторных попытках не удастся провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений
- Д) при инородных телах, осложненных кровотечением

06.54. У больного имеется безоар желудка больших размеров в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано:

- А) хирургическое лечение**
- Б) эндоскопическое лечение
- В) консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
- Г) эндоскопическое лечение в сочетании с хирургическим

06.55. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять через

- А) 2-3 часа
- Б) 4-5 часов
- В) 6-8 часов**
- Г) 10-12 часов
- Д) через одни сутки

06.56. Из проглоченных волос образуются:

- А) фитобезоары
- Б) трихобезоары**
- В) себобезоары
- Г) шеллакобезоары
- Д) пиксобоары

06.57. Из переваренного жира образуются:

- А) фитобезоары
- Б) трихобезоары
- В) себобезоары**
- Г) шеллакобезоары
- Д) пиксобоары

06.58. После рассечения безоара на небольшие фрагменты следует:

- А) извлечь фрагменты петель через пищевод
- Б) оставить в желудке мелкие части для самостоятельного отхождения
- В) оставить в желудке мелкие части и назначить внутрь 5% раствор пищевой соды**
- Г) назначить слабительное
- Д) назначить мотилиум

06.59. Способами лечения трихобезоара большого размера являются

- А) рассечение петель
- Б) рассечение электроножом
- В) удаление через пищевод
- Г) растворение
- Д) операции**

06.60. Эндоскопическое лечение кардиоспазма включает следующие вмешательства:

А) электро-хирургическое
рассечение спазмированного участка
Б) введение в зону сужения
анестетиков по игле
В) аппликация масляных растворов
Г) вибробуживание
Д) **баллонную пневмодилатацию
и введение в зону сужения
антиспазматических препаратов**

**06.61. Для лечения кардиоспазма
2 степени применяются**

А) баллонная гидродилатация
Б) баллонная пневмодилатация
В) эндохирургическое рассечение
кардии
Г) лапароскопическая операция
Д) **медикаментозная терапия**

**06.62. Лечение больного с
кардиоспазмом 3-4 степени начинается с**

А) оперативного вмешательства
Б) лапароскопической операции
В) медикаментозной терапии
Г) **баллонной пневмодилатации**
Д) буживания

**06.63. Больная во время
пневмокардиодилатации потеряла
сознание. Пульс и артериальное
давление не определяются, сердечные
тоны не прослушиваются. Определите
последовательность ваших действий.**

А) извлечение эндоскопа из
пищевода **2**
Б) внутривенное введение
сердечных препаратов **4**
В) удаление воздуха из баллона **1**
Г) закрытый массаж сердца **3**
Д) введение адреналина в
сердечную мышцу **5**

**06.64. Эндоскопическое лечение
стриктур пищевода невозможно при**

А) **тотальной облитерации
пищевода**
Б) мембранозных стриктурах
В) фибринозном эзофагите
Г) неэпителизированных стриктурах
Д) трубчатых стриктурах

**06.65. Наиболее опасным методом
лечения рубцовых стриктур пищевода
является**

А) **буживание «вслепую»**
Б) буживание по струне
В) баллонная пневмодилатация
Г) баллонная гидродилатация
Д) рассечение стриктуры
электроножом

**06.66. Наиболее безопасным
способом буживания при рубцовых
сужениях пищевода является
буживание**

А) **по металлической струне-
направителю полыми бужами**
Б) через рот «вслепую»
В) по «нитке»
Г) за «нитку»
Д) под рентгенологическим
контролем

**06.67. Показанием к перерыву в
буживании является:**

А) разрывы слизистой оболочки
Б) боль при буживании
В) небольшая кровоточивость
Г) **развитие фибринозного
эзофагита**
Д) появление изжоги

**06.68. Укажите
последовательность выполнения
эндоскопического диагностического
исследования и лечебных вмешательств
при сужении анастомотического кольца**

А) введение лекарственных
препаратов в зону сужения **4**
Б) вибробуживание **3**
В) рассечение рубцовой ткани **2**
Г) эндоскопический осмотр
стриктуры **1**
Д) эндоскопический осмотр
брауновского анастомоза **5**

**06.69. Эндоскопическая
полипэктомия в основном выполняется
методом**

А) эксцизии
Б) **электроэксцизии**
В) электрокоагуляции
Г) лазерной коагуляции

Д) двухэтапным способом

06.70. Электрокоагуляцию целесообразно применять при

- А) мелких полипах I типа
- Б) крупных полипах I типа
- В) мелких полипах 2 типа
- Г) крупных полипах 2 типа
- Д) мелких полипах 3 типа

06.71. Двухэтапный способ был предложен для удаления полипов

- А) на широком основании
- Б) на длинной толстой ножке
- В) плотной консистенции
- Г) устойчивых к электроэксцизии
- Д) подозрительных на малигнизацию

06.72. Отсечение полипа электроизолированными ножницами производится при полипах имеющих

- А) большие размеры и короткую толстую ножку
- Б) небольшие размеры и тонкую длинную ножку
- В) большие размеры головки, не позволяющие набросить петлю, и тонкую длинную ножку
- Г) большую длину при небольшом диаметре

06.73. Полипэктомическая петля при электроэксцизии полипа на толстой ножке затягивается на

- А) уровне слизистой оболочки желудка
- Б) расстоянии 3-5 мм от уровня слизистой оболочки желудка
- В) расстоянии 1 -2 см от уровня слизистой оболочки желудка
- Г) на любом уровне

06.74. Основной целью создания новокаин-адреналиновой подушки под основанием полипа перед его удалением является

- А) анестезия
- Б) профилактика перфорации желудка
- В) ускорение заживления дефекта слизистой оболочки желудка

Г) уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа

Д) профилактика ожога окружающей слизистой оболочки

06.75. Для профилактики перфорации стенки желудка во время электроэксцизии плоского полипа необходимо

- А) приподнимать полип петлей до образования треугольной складки у его основания
- Б) удалять полип только после изменения его окраски при затягивании петли
- В) удалять полип, используя преимущественно режим коагуляции
- Г) перед удалением полипа в его основание вводить раствор адреналина с новокаином

06.76. В момент электроэксцизии полипа на ножке его головка касается слизистой оболочки желудка. Укажите возможные осложнения

- А) ожог слизистой оболочки в месте контакта
- Б) ослабление коагуляционного действия тока
- В) кровотечение
- Г) перфорация
- Д) усиление коагуляционного действия тока

06.77. Оптимальным методом остановки кровотечения из оставленной ножки полипа является

- А) промывание желудка ледяной водой
- Б) консервативная гемостатическая терапия
- В) оперативное вмешательство
- Г) электроэксцизия оставленной ножки
- Д) инъекция в ножку полипа коагулирующих агентов

06.78. Показанием к эндоскопической электроэксцизии подслизистых опухолей является

А) опухоль 2-3 типа диаметром не более 2-3 см и опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см

Б) опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см и опухоль 1 типа не более 2 см

В) опухоль 1 типа не более 2 см, кровотечение из опухоли, независимо от ее типа

Г) кровотечение из подслизистой опухоли не зависит от ее типа

Д) подозрение на малигнизацию опухоли

06.79. Способы эндоскопического удаления доброкачественных подслизистых опухолей являются:

А) электроэксцизия и электрокоагуляция

Б) электрокоагуляция и вылушивание

В) вылушивание и лазерная деструкция

Г) лазерная деструкция и химическая деструкция

Д) электроэксцизия и вылушивание

06.80. У больной 35 лет при ЭГДС диагностирована доброкачественная подслизистая опухоль диаметром около 3 см, неправильной формы, желтоватого цвета. Опухоль легко перемещается в подслизистом слое инструментами. Опухоль расположена в препилорической зоне на передней стенке. Во время перистальтических сокращений опухоль смещается и частично закрывает привратник. Наиболее рациональным методом эндоскопического лечения является:

А. Динамическое наблюдение

Б. Операция

В. Электроэксцизия

Г. Вылушивание и электроэксцизия

Д. Отсечение электроизолированными ножницами

06.81. У больного 30 лет при ЭГДС выявлен полипоз желудка.

Полипы занимают все отделы и стенки желудка. Они имеют остrokонечную форму, широкое основание, рыхлую консистенцию. С вершины некоторых полипов стекает кровь. У больного отмечается бледность кожных покровов, снижение гемоглобина. Наиболее рациональным методом лечения является:

А. Динамическое наблюдение

Б. Операция

В. Электроэксцизия кровоточащих полипов

Г. Электроэксцизия всех крупных полипов

Д. Отсечение электроизолированными ножницами

06.82. У больного 67 лет при ЭГДС выявлены мелкие полипы высотой до 6 мм, занимающие все отделы желудка. Наиболее рациональной тактикой лечения является:

А. Динамическое наблюдение

Б. Операция

В. Электроэксцизия полипов

Г. Электрокоагуляция полипов

Д. Отсечение полипов электроизолированными ножницами

06.83. Относительными противопоказаниями для колоноскопической полипэктомии являются:

А) нарушение свертывающей системы крови

Б) остаточные явления после инсульта

В) внутренний геморрой

Г) состояние после операции Гартмана

Д) состояние после операции Мукулича

06.84. Показанием к одномоментной электроэксцизии полипов из толстой кишки является

А) полипы на широком основании независимо от размеров головки

Б) полипы на короткой толстой ножке независимо от размеров их головки

В) полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см

Г) полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см

Д) стелющиеся ворсинчатые опухоли, независимо от их размеров

06.85. Показаниями к электроэксцизии полипов толстой кишки методом «кускования» являются:

А) полипы на длинной ножке независимо от размеров головки

Б) полипы на узком основании независимо от размеров головки

В) полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см

Г) полипы на широком основании, при ширине основания более 2 см

Д) полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых менее 2 см

06.86. Методом «горячей биопсии» целесообразно удалять

А) мелкие полипы на широком основании (до 0,5 см)

Б) полипы на широком основании размерами 0,6-1,8 см

В) крупные полипы на короткой толстой ножке

Г) стелющиеся villous опухоли

Д) распластанные опухоли

06.87. Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить

А) диагностическую колоноскопию

Б) УЗИ органов брюшной полости

В) ирригоскопию

Г) пассаж бария по кишечнику

Д) компьютерную томографию

06.88. Колоноскопическая полипэктомия из толстой кишки проводится

А) всем больным амбулаторно

Б) всем больным стационарно

В) госпитализируются только больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями

Г) госпитализируются только больные с крупными полипами на широком основании

Д) амбулаторно удаляются только полипы с длинными ножками

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

А) наиболее крупный полип

Б) наиболее мелкий полип

В) наиболее проксимально расположенный полип

Г) наиболее дистально расположенный полип

Д) удаление можно начинать с любого полипа

06.90. Осложнения, возможные при проведении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки:

А) кровотечение

Б) болевой шок

В) нарушение сердечного ритма

Г) нарушение электролитного баланса

Д) инфекционно-токсический шок

06.91. При электроэксцизии полипа толстой кишки на длинной ножке петля накладывается

А) непосредственно у кишечной стенки

Б) отступя 1 см от кишечной стенки

В) у головки полипа

Г) отступя от головки полипа на 1 см

Д) в любом месте

06.92. При электроэксцизии полипа толстой кишки на короткой ножке петля накладывается

А) на середине ножки

Б) у головки полипа

В) у кишечной стенки

Г) отступя от головки на 1 см

Д) в любом месте

06.93. Способ извлечения полипов толстой кишки, удаленных эндоскопически, зависит от

А) размеров и консистенции полипа

Б) консистенции и локализации полипа

В) функционального состояния толстой кишки (тонус толстой кишки)

Г) места расположения полипа

Д) формы полипа

06.94. Полип любой консистенции и размеров можно извлечь

А) корзинкой Дормиа

Б) грейфером

В) биопсийными щипцами

Г) вакуумэкстракцией

Д) петлевым электродом

06.95. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать грейфером

А) полипы с плотной неровной поверхностью до 1,5-2,0 см в диаметре

Б) полипы с диаметром головки до 3,0 см с остатком ножки

В) ворсинчатые полипы до 5,0 см в диаметре

Г) гипергрануляции диаметром до 3,0 см

Д) мелкие дольчатые полипы

06.96. После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Дормиа

А) полипы мягкой консистенции диаметром до 2 см

Б) полипы продолговатой формы любой консистенции до 2 см в диаметре

В) полипы мягкой консистенции до 3-3,5 см в диаметре

Г) полипы шаровидной формы до 3,0 см в диаметре

Д) ворсинчатые полипы до 3-4,0 см в диаметре

06.97. Отторжение ожогового струпа после электроэксцизии полипа толстой кишки происходит на

А) 1-2 день

Б) 2-3 день

В) 3-7 день

Г) 8-10 день

Д) 14 день

06.98. Первый контрольный осмотр после эндоскопической электроэксцизии полипа толстой кишки, проводится через

А) 1 неделю

Б) 2 недели

В) 3 недели

Г) 1 месяц

Д) 6 месяцев

06.99. Сроки динамического наблюдения за больными после электроэксцизии полипов толстой кишки зависят от

А) размеров полипа

Б) локализации полипа

В) гистологической структуры полипа

Г) возраста больного

Д) количества удаленных полипов

06.100. После электроэксцизии полипов толстой кишки в первые дни назначают

А) слабительные препараты

Б) закрепляющие препараты

В) анальгетики

Г) спазмолитики

Д) лекарственные препараты не назначают

06.101. После электроэксцизии полипов толстой кишки рекомендуется:

А) голод 1 день

Б) голод 2 дня

В) бесшлаковая диета 1-2 дня

Г) только питье 1-2 дня

Д) обычный пищевой рацион

06.101. При наличии рака толстой кишки и полипов, находящихся вне зоны резекции, полипэктомия производится

А) до хирургического вмешательства

Б) во время хирургического вмешательства

- В) после хирургического вмешательства в течение первого месяца
Г) после хирургических вмешательств через 6 месяцев
Д) после хирургических вмешательств через 1 год

06.102. Укажите минимальный объем крови, излившейся в просвет кишки, который вызывает нарушение ее моторики

- А) 30-50 мл
Б) 50-70 мл
В) до 100 мл
Г) более 100 мл
Д) более 500 мл

06.103. Кровь, излившаяся в просвет толстой кишки при выполнении эндоскопической полипэктомии, вызывает

- А) усиление перистальтики толстой кишки
Б) ослабление перистальтики толстой кишки
В) не влияет на перистальтику толстой кишки
Г) повышение тонуса толстой кишки
Д) снижение тонуса толстой кишки

06.104. Микроперфорация, возникшая при выполнении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки, требует

- А) динамического наблюдения
Б) ургентной лапаротомии
В) декомпрессии толстой кишки
Г) массивной антибиодикотерапии
Д) ургентной ирригоскопии

06.105. У больной 35 лет произведена электроэксцизия полипа надлинной ножке с диаметром головки до 1,5 см. Окончательный морфологический диагноз: ворсинчатая опухоль с «фокал-карциномой» в верхушке, по линии среза раковых клеток не выявлено. Укажите тактику лечения и ведения больных после полипэктомии.

- А. Хирургическое лечение

Б. Динамическое наблюдение 1 раз в 3 мес. с взятием биопсии

В Динамическое наблюдение 1 раз в год

Г. Динамическое наблюдение 1 раз в 6 мес.

06.106. При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться к

- А) снижению температуры
Б) полной облитерации полости кисты
В) образованию сухой полости
Г) уменьшению количества гнойного отделяемого
Д) уменьшению размеров полости кисты

06.107. 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

06.108. На одну санацию расходуется максимально

- А) 60 мл раствора
Б) 80 мл раствора
В) 100 мл раствора
Г) 120 мл раствора
Д) 150 мл раствора

06.109. Для удаления округлых инородных тел с гладкой поверхностью используются:

- А) биопсионные щипцы и петля
Б) петля и корзинка Дормиа
В) вилочковый захват и петля
Г) биопсионные щипцы с иглой
Д) биопсионные щипцы и петля

06.110. 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

06.111. Болевой синдром при остром панкреатите купируется за счет новокаиновой инфильтрации

- А) брыжейки толстой кишки
- Б) желудочноободочной связки
- В) круглой связки печени
- Г) брыжейки толстой кишки
- Д) малого сальника

06.112. Общее количество литической смеси, вводимой в круглую связку печени, не должно превышать

- А) 20 мл
- Б) 40 мл
- В) 60 мл
- Г) 80 мл
- Д) 100 мл

06.113. Дренаж к головке поджелудочной железы при остром панкреатите подводится

- А) к винслову отверстию и располагается подпеченочно справа
- Б) к винслову отверстию и располагается подпеченочно слева
- В) к желчному пузырю в подпеченочное пространство

06.114. Дренаж к головке поджелудочной железы фиксируется в брюшной полости за счет

- А) подшивания его к брюшной стенке и давления печени
- Б) давления печени и проведения дренажа через брюшную стенку точно у края печени
- В) проведения дренажа через брюшную стенку точно у края печени и подшивания его к брюшине

06.115. Дренирование желчного пузыря проводится с целью

- А) снятия желчной гипертензии и купирования болей при остром панкреатите
- Б) купирования болей при остром панкреатите и улучшения трофики желчного пузыря
- В) улучшения трофики стенки желчного пузыря, диагностики причин заболевания и снятия желчной гипертензии
- Г) диагностики причин заболевания и снижения раковой интоксикации

06.116. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано при

- А) сморщенном желчном пузыре
- Б) распространенном раке желчного пузыря
- В) подозрении на паравезикальный абсцесс
- Г) остром панкреатите
- Д) диффузной деструкции желчного пузыря

06.117. При планировании лечебного дренирования желчного пузыря 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

06.118. Однократно в желчный пузырь по дренажу вводится

- А) 5-10 мл санирующего раствора
- Б) 10-15 мл санирующего раствора
- В) 20-30 мл санирующего раствора
- Г) 40-50 мл санирующего раствора
- Д) 60-80 мл санирующего раствора

06.119. Смещение дренажа от заданной ему проекции при

**дренировании брюшной полости
предупреждается**

**А) транслигаментарным
проведением дренажа**

Б) использованием направителя при
установке дренажа

В) ограничением движений
больного

Г) фиксированием дренажа к
брюшной стенке шелком

Д) любым из перечисленных
способов

**06.120. Для извлечения камней из
желчных протоков после ЭПТ
используются:**

**А) жесткие и мягкие корзины и
баллонные катетеры**

Б) баллонные катетеры и
биопсионные щипцы

В) биопсийные щипцы и корзинка
Дормиа

Г) трехзубый грейфер и баллонные
катетеры

Д) инструмент типа «крысиный зев»
и биопсионные щипцы.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

01.01-В 01.05-В

01.02-В 01.06-В

01.03-Б 01.07-В

01.04-Б 01.08-В

РАЗДЕЛ 2. ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

02.01-Д	02.25-Д	02.50-Д
02.02-А	02.26-Б	02.51-Б
02.03-А	02.27-А	02.52-Б
02.04-В	02.28-Б	02.53-В
02.05-В	02.29-А	02.54-Д
02.06-Б	02.30-Г	02.55-А
02.07-Г	02.31-В	02.56-Б
02.08-Б	02.32-Г	02.57-Д
02.09-В	02.33-В	02.58-В
02.10-Г	02.34-Г	02.59-Г
02.11-Б	02.35-Д	02.60-В
02.12-А	02.36-Д	02.61-А
02.13-А	02.37-Д	02.62-Д
02.14-Б	02.38-В	02.63-В
02.15-В	02.39-В	02.64-Б
02.16-В	02.40-Д	02.65-А
02.17-Б	02.41-Г	02.66-А
02.18-В	02.42-В	02.67-Д
02.19-В	02.43-Б	02.68-В
02.20-В	02.44-Б	02.69-Б
02.21-В	02.45-Г	02.70-Б
02.22-В	02.46-В	02.71-Б
02.23-Б	02.47-Д	02.72-Г
02.24-В	02.48-Б	02.73-А
	02.49-А	

РАЗДЕЛ 3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ

03.01 - В	03.09 - Г	03.19 -В
03.02 - Г	03.10 -А	03.20 -Д
03.03 -А	03.11 -В	03.21 -А
03.04 -А	03.12 -А	03.22 - Б
03.05 - 1-Г, 2-Е, 3- 3, 4-Ж, 5-Д, 6-В, 7-А, 8-Б	03.13 -Г	03.23 - Г
03.06 - 1-Б, 2-В, 3- Е, 4-А, 5-Д	03.14 -Г	03.24 - Б
03.07 -А	03.15 - В	03.25 - Б
03.08 - Б	03.16 -А	03.26 -А
	03.17 -Б	
	03.18 -Б	

РАЗДЕЛ 4. МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

04.01 - В	04.29 - В	04.57 - Г
04.02 - Г	04.30 - В	04.58 - Б
04.03-Д	04.31-В	04.59 - Б
04.04-Б	04.32 - Б	04.60-А 04.61-Г
04.05 - Б	04.33-Д	04.62 - Б
04.06-Б	04.34-Д	04.63 -Д
04.07 - Б	04.35 - В	04.64-Д
04.08-Д	04-36 - Г	04.65 - Б
04.09 -А	04.37-Б	04.66 - Б
04.10-Б	04.38 - Г	04.67-А
04.11-А	04.39 - Б	04.68-Д
04.12-В	04.40-Г	04.69 - В
04.13-А	04.41 - В	04.70-В
04.14-Г	04.42-А	04.71-Д
04.15-А	04.43 - Г	04.72 - В
04.16 -Д	04.44-Г	04.73-В
04.17-А	04.45-Д	04.74-А
04.18-Д	04.46-А	04.75 - Г
04.19-Б	04.47 - Б	04.76-В
04.20 - Б	04.48-В	04.77 - Б
04.21 -Д	04.49 - Г	04.78 - Б
04.22 - Б	04.50 - Г	04.79 - Б
04.23-А	04.51 - Г	04.80-А
04.24 - А	04.52 - Г	04.81-Г
04.25 - А	04.53 - Б	04.82 - Б
04.26 - Б	04.54-Г	04.83 – Б
04.27 - Г	04.55-А	
04.28-А	04.56 - Б	

РАЗДЕЛ 5. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

05.01 -А	05.61 - В	05.133-Б
05.02 - А	05.62 - А	05.134-В
05.03 - В	05.63 - Б	05.135-Г
05.04 – В	05.64 - В	05.136-Б
05.05-Д	05.65 - В	05.137-Г
05.06 – Г	05.66 - Г	05.138-Б
05.07-А	05.67 - Г	05.139-Б
05.08 – Б	05.68 - Б	05.140-Г
05.09 – Г	05.69 - Б	05.141-А
05.10-А	05.70 - Б	05.142-Б
05.11-А	05.71 - Б	05.143-Б
05.12-Г	05.72 - 1-Д 2-Г 3-В 4-А 5-Б	05.144-Г
05.13-В	05.73 - 1 - В 2-Д 3-Г 4-Б 5-А	05.145-А
05.14-В	05.74-А	05.146-А
05.15-Д	05.75 - В	05.147-Б
05.16-А	05.76 - 1-Г 2-В 3-Д 4-Б	05.148-А
05.17-Г	05.77 - В	05.149-Д
05.18-Б	05.78 - А	05.150-Г
05.19-В	05.79 - 1-В 2-А 3-Г 4-Б	05.151-А
05.20-Д	05.80 - В	05.152-А

05.21-Д	05.81 - В	05.153-А
05.22 - А	05.82 - В	05.154-Б
05.23 - В	05.83 - Б	05.155-Г
05.24-А	05.84 - А	05.156-В
05.25 - 1-Б 2-Д 3-Г	05.85 - В	05.157-А
05.26 - Б	05.86 - Б	05.158-В
05.27 - А	05.87 - 1-Б 2-Г 3-В 4-А	05.159-В
05.28 - А	05.88 - В	05.160-А
05.29 - А	05.89 - Б	05.161-Д
05.30 - Б	05.90 - В	05.162-Г
05.31-В	05.91 - Г	05.163-А
05.32-А	05.92 - В	05.164-Б
05.33-Д	05.93 - Б	05.165-А
05.34-А	05.94 - А	05.166-Д
05.35 - Б	05.95 - Е	05.167-Б
05.36 - В	05.96 - А	05.168-Г
05.37 - В	05.97 - А	05.169-Г
05.38-А	05.98 - 1-Б 2-А 3-В 4-Д 5-Г	05.170-Б
05.39 - В	05.99 -1-Б 2-В 3-Г 4-А	05.171-В
05.40 - В	05.100 - Г 05.101- Б 05.102-В	05.172-А
05.41 - В	05.103 - Б 5.104-Г 05.105-А	05.173-В
05.42 – Г	05.106-Д 05.107 - Б 05.108-А	05.174-Д
05.43-Д	05.109-Б 05.110-А 05.111-А	05.175-Б
05.44-А	05.112-А 05.113-А 05.114-Б	05.176-А
05.45 - Е	05.115 - 1-Г 2-Б 3-А 4-В	05.177-В
05.46 - Б	05.116 - 1-Г 2-В 3-Б	05.178-Д
05.47 - В	05.117 -1-Б 2-Д 3-А 4-В	05.179-А
05.48 – Г	05.118-Б	05.180-Б
05.49-Г	05.119-Г	05.181-Б
05.50 - А	05.120-В	05.182-А
05.51 -1-В 2-Б 3-В 4-В	05.121-А	05.183-Б
05.52-1-А 2-Г 3-Б 4-В 5-Д	05.122-А	05.184-В
05.53 - 1-В 2-Г 3-Б 4-А 5-Д	05.123 – нет в книге	05.185-А
05.54 - В	05.124 - 1-Г 2-В 3-Б 4-А	05.186-Г
05.55-А	05.125-Г	05.187-Д
05.56-1-Г 2-Д 3-Б	05.126-В	05.188-Д
05.57 - Б	05.127-Б	05.189-В
05.58 - В	05.128-Г	05.190-Б
05.59 - 1-Б 2-В 3-Г 4-А 5-Д	05.129-Д	05.191-Г
05.60- 1-Б,2-В,3-Г4-Д	05.130-Д	05.192-А
	05.131-Г	05.193-Б
05.194-Б	05.132 – Б	05.233-Б
05.195-В	05.214-Г	05.234 -В
05.196-Д	05.215-Д	05.235 - Г
05.197-Г	05.216-Г	05.236 - Г
05.198-А	05.217-Д	05.237 - В
05.199-В	05.218-А	05.238 - В
05.200-Д	05.219-Д	05.239 - А
05.201 -Б	05.220-Д	05.240 - Г
05.202 -Б	05.221-Г	05.241 -Д
05.203 -А	05.222-А	05.242 - Г
05.204 - Г	05.223-Д	05.243 – Г

05.205 - В	05.224 – В	05.244-Б
05.206 - Г	05.225-Д	05.245-В
05.207 - Б	05.226 - В	05.246-Д
05.208 – В	05.227 - В	05.247-Б
05.209-А 05.210-В	05.228 – Г	05.248-А
05.211-Б	05.229-А	05.249-А
05.212-А	05.230 – Г	
05.213-В	05.231-А	

РАЗДЕЛ 6. ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ

06.01- А	06.46 - Е	06.91 - В
06.02- А	06.47 - А	06.92- А
06.03 - В	06.48 - В 06.49 - Г	06.93 - А
06.04 - Г	06.50 - Е	06.94- А
06.05- А	06.51-Г	06.95 - В
06.06 - В	06.52-Д	06.96 - Г
06.07 - А	06.53 - Б	06.97-А
06.08 - Б	06.54 - А	06.98 - А
06.09 - Г	06.55-Д	06.99 – Б
06.10- А	06.56 - В	06.100-А
06.11- Б	06.57 - Б	06.101-А
06.12- А	06.58 - В	06.102-Б
06.13 - В	06.59-А	06.103-Б
06.14- В	06.60 - Б	06.104-А
06.15- Б	06.61-В	06.105 -Д
06.16-В	06.62-В 06.63 – А	06.106-Б
06.17-Г	06.64-А	06.107-Б
06.18- 1-Г 2-Д 3-А 4-В 5-Б	06.65 - В	06.108-В
06.19-1-Б 2-В 3-А 4-Д 5-Г	06.66 - Б	06.109-Г
06.20 - 1-В 2-А 3-Г 4-Б 06.21- А	06.67 - В	06.110 -В
06.22 - А	06.68 - В	06.111-Д
06.23 - Б	06.69-Д	06.112-В
06.24 - В	06.70-Д	06.113-А
06.25 - В	06.71-Д	06.114-Г
06.26 – Г	06.72 - Г	06.115-А
06.27 - А	06.73 - В,А,Г,БД	06.116-Б
06.28- Д	06.74-А	06.117 -Б
06.29 - Г	06.75-А	06.118 -В
06.30 - Б	06.76 - А	06.119-Г
06.31- Б	06.77 - Г	06.120-Д
06.32 - Г	06.78 -Г.В.БАД	06.121-Б
06.33 - Г	06.79 - Б	06.122-В
06.34 - В	06.80- А	06.123-В
06.35 - А	06.81- Г	06.124-В
06.36 - В	06.82 - В	06.125-А
06.37 - А	06.83 - В	06.126-Б
06.38 - В	06.84 - Г	06.127-В
06.39 - В	06.85- А	06.128-Г
06.40 - Б	06.86- А	06.129-Б
06.41 - Г	06.87 - Г	06.130-В
	06.88 - А	06.131-А

06.42 - Г
06.43 - Б
06.44 - В
06.45- Д

06.89 - Д
06.90 - Г

06.132-В
06.133-Б
06.134-А