

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.70 «ЭНДОСКОПИЯ»**

1	Эндоскопия
1	Периодичность аттестации и перееаттестации медицинских кадров составляет
	2 года
	4 года
	5 лет
	6 лет
	7 лет
2	Поликлиническая эндоскопическая служба организуется при минимальном числе населения, обслуживаемого поликлиникой, равном
	200.000
	100.000
	50.000
	25.000
	10.000
3	Минимальное количество врачебных эндоскопических ставок, позволяющее организовать эндоскопическое отделение, равно
	3
	4
	5
	6
	7
4	При расчете ставок медицинских сестер эндоскопического подразделения лечебных учреждений учитываются
	врачебные ставки лечебно-профилактических учреждений

	врачебные ставки эндоскопического подразделения
	количество работающих эндоскопистов
	количество коек в лечебно-профилактическом учреждении
	количество эндоскопических исследований
5	Заведовать эндоскопическим кабинетом может врач - эндоскопист, имеющий стаж работы по специальности не менее
	1 год
	2 года
	3 года
	5 лет
	10 лет
6	Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству
	проведенных эндоскопических исследований
	выявленных заболеваний
	выявленных заболеваний в ранних стадиях
	выполненных лечебно-оперативных вмешательств
	диагностических ошибок и осложнений
7	Под медицинской (санитарной) статистикой понимают
	отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости
	совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения
	отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением
	экстраполяцию и прогнозирование
	анализ деятельности ЛПУ
8	В условиях поликлиники могут быть организованы эндоскопические кабинеты

	гастроскопический и бронхоскопический
	бронхоскопический и колоноскопический
	колоноскопический и эндоскопическая операционная
	эндоскопическая операционная и бронхоскопический
	гастроскопический и колоноскопический
1	Топографическая и эндоскопическая анатомия и физиология
1	Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит
	глоточная миндалина
	задняя стенка глотки
	небные дужки
	корень языка
	язычок мягкого неба
2	Устье пищевода образовано
	поперечной порцией перстнеглоточной мышцы
	косой порцией перстнеглоточной мышцы
	шилоглоточной мышцей
	продольными мышцами пищевода
	поперечными мышцами пищевода
3	Треугольник Келлиана - это межмышечный треугольник на
	задней стенке глотки
	задней стенке пищевода
	передней стенке глотки
	передней стенки пищевода
	боковой стенки пищевода

4	Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет
	41 см
	35 см
	25 см
	17 см
	15 см
5	Диаметр просвета пищевода у взрослого человека в среднем составляет
	1,5 см
	2 см
	2,5см
	3 см
	3,5 см
6	Толщина стенки пищевода у взрослого человека в среднем составляет
	1-2 мм
	3-4 мм
	5-6 мм
	6-8 мм
	8-10 мм
7	В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений
	одно
	два
	три
	четыре
	пять

8	Первое физиологическое сужение пищевода обусловлено
	давлением щитовидной железы
	тонусом верхнего пищеводного сфинктера
	уклонением пищевода от средней линии
	давлением окружающих мышц
	давлением прилежащих сосудов
9	Второе физиологическое сужение пищевода обусловлено
	давлением трахеи
	давлением правого главного бронха
	давлением дуги аорты
	давлением левого предсердия
	давлением левого желудочка
10	Третье физиологическое сужение пищевода обусловлено
	давлением правого главного бронха
	давлением дуги аорты
	давлением левого предсердия
	давлением ножек диафрагмы
	давлением трахеи
11	В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов
	42-44
	40-41
	36-38
	34-35
	25-26

12	Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при
	кардиоспазме
	халазии кардии
	хиатальной аксиальной грыже
	рефлюкс-эзофагите
	склеродермии пищевода
13	Основными механизмами,обеспечивающими замыкательную функцию кардии, являются
	тонус нижнего пищеводного сфинктера и особенности анатомического строения пищеводно-желудочного перехода
	разница давлений в полости пищевода и полости желудка
	газовый пузырь желудка
	разница диаметров просветов пищевода и желудка
	складка Губарева
14	Секрет, выделяемый собственными железами пищевода, способствует
	продвижению пищевого комка и перевариванию пищи
	продвижению пищевого комка и повышению защитных свойств слизистой оболочки
	повышению защитных свойств слизистой оболочки и перевариванию пищи
15	Емкость желудка в среднем составляет
	1л
	2л
	3л
	4л
	5л
16	Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе

	0,5 см
	1см
	2см
	3см
	4см
17	Зона привратника в норме имеет протяженность
	0,5см
	1см
	1,5см
	2см
	2,5см
18	При раздувании воздухом складки желудка
	расправляются полностью
	не расправляются
	расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка
	расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка
	расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе
19	Наиболее отчетливо желудочные поля видны
	в своде желудка
	в своде желудка
	на задней стенке тела желудка
	в области угла желудка
	в антральном отделе
20	Париетальные клетки фундальных желез желудка секретируют

	пепсиноген
	соляную кислоту и внутренний фактор
	биогенные амины
	пепсиноген и биогенные амины
	соляную кислоту и пепсиноген
21	Длина 12-перстной кишки в среднем составляет
	10см
	20см
	30см
	40см
	50см
22	Диаметр 12-перстной кишки в среднем составляет
	2,5см
	3,5см
	4,5см
	5,0см
	5,5см
23	Первое физиологическое сужение 12-перстной кишки обусловлено
	давлением печени
	давлением брыжейки толстой кишки
	давлением брыжейки тонкой кишки
	давлением правой почки
	давлением поджелудочной железы
24	Второе физиологическое сужение 12-перстной кишки обусловлено

	давлением печени
	давлением брыжейки толстой кишки
	давлением брыжейки тонкой кишки
	давлением правой почки
	давлением поджелудочной железы
25	Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является
	печеночный угол
	селезеночный угол
	физиологический сфинктер Кеннона левый
	физиологический сфинктер Кеннона правый
	физиологический сфинктер Хорста
26	Правая половина ободочной кишки кровоснабжается из
	селезеночной артерии
	верхней брыжеечной артерии
	нижней брыжеечной артерии
	левой артерии ободочной кишки
	срамной артерии
27	Интраперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки
	поперечно-ободочная и сигмовидная
	восходящая и поперечно-ободочная
	нисходящая и сигмовидная
	сигмовидная и прямая
	слепая и восходящая
28	Мезоперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки

	восходящая и сигмовидная
	нисходящая и восходящая
	поперечно-ободочная и слепая
	сигмовидная и прямая
	слепая и восходящая
29	Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет
	слепая
	поперечно-ободочная
	восходящая
	нисходящая
	сигмовидная
30	Самым узким отделом толстой кишки является
	слепая
	нисходящая
	сигмовидная
	ректо-сигмоидный отдел
	прямая
31	Наименьшую толщину стенки имеет
	тощая кишка
	подвздошная
	ободочная кишка
	прямая кишка
	желудок
32	Просвет кишки имеет овальную форму в

	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
33	Просвет кишки имеет форму равностороннего треугольника с несколько выпуклыми углами в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
34	Просвет кишки имеет форму треугольника с закругленными углами и слегка выпуклыми сторонами в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
35	Полулунные складки характерны для
	слепой кишки
	восходящей кишки
	поперечно-ободочной кишки
	нисходящей кишки
	сигмовидной кишки

36	Продольно расположенные складки характерны для
	слепой кишки
	восходящей кишки
	поперечно-ободочной кишки
	нисходящей кишки
	прямой кишки
37	Большую сочность и интенсивность окраски, менее выраженный сосудистый рисунок имеет слизистая
	слепой кишки
	восходящей кишки
	поперечно-ободочной кишки
	нисходящей кишки
	сигмовидной кишки
38	Жемчужно-белую окраску с четким сосудистым рисунком имеет слизистая
	слепой кишки
	восходящей кишки
	поперечно-ободочной кишки
	нисходящей кишки
	сигмовидной кишки
39	Вены подслизистого слоя хорошо видны в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке

40	Все тени не видны в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
41	Брыжеечная тения хорошо выражена в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
42	Сальниковая тения хорошо выражена в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
43	Плотные морщинистые складки характерны для
	слепой кишки
	восходящей кишки
	поперечно-ободочной кишки
	нисходящей кишки
	сигмовидной кишки

44	Десять - двенадцать складок определяется в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
45	Шесть – восемь складок определяется в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
46	Двенадцать – двадцать четыре складки определяются в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке
47	Количество складок не постоянно в
	слепой кишке
	восходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке
	нисходящей кишке
	сигмовидной кишке

48	Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет
	0,5 м/час
	1,0м/час
	1,5 м/час
	2,0 м/час
	2,5 м/час
49	Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке
	0,1 м/час
	0,5 м/час
	1,0 м/час
	1,5 м/час
	2,0 м/час
50	Максимально толстая кишка может абсорбировать за сутки до
	2 литров жидкости
	3 литров жидкости
	4 литров жидкости
	5 литров жидкости
	6 литров жидкости
51	Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на
	12 часах
	9 часах
	6 часах
	3 часах
	2 часах

52	Границами промежуточного бронха справа являются
	от верхнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего среднедолевого бронха
	от нижнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края устья среднедолевого бронха
	от верхнего края устья верхнедолевого бронха до верхнего края
	устья среднедолевого бронха
	от нижнего края устья верхнедолевого бронха до нижнего края среднедолевого бронха
53	Место отхождения устья левого верхнедолевого бронха расположено
	на задней верхней полуокружности главного бронха
	на задней нижней полуокружности главного бронха
	на передней верхней полуокружности главного бронха
	от передней нижней полуокружности главного бронха
	от боковой полуокружности главного бронха
54	Бронх Нельсона - это
	B1
	B2
	B3
	B5
	B6
55	Верхушка Фовлера - это
	B6
	B7
	B8
	B9
	B10

56	Устье среднедолевого бронха при выполнении бронхоскопии располагается на
	5 часах
	6 часах
	12 часах
	3 часах
	9 часах
57	Место отхождения устья VI сегментарного бронха (справа) расположено
	на задней стенке промежуточного бронха на 12 часах
	на передней стенке промежуточного бронха на 6 часах
	на задней стенке главного бронха на 12 часах
	на боковой стенке промежуточного бронха на 3 часах
	на задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах
58	Устье VI сегментарного бронха (слева) расположено на
	12 часах
	1 часе
	2 часах
	3 часах
	4 часах
59	В верхней доле слева имеется количество сегментарных бронхов
	один
	два
	три
	четыре
	пять

60	К средней доле относится
	S1
	S3
	S5
	S7
	S9
61	Пупочная область ограничена с боков линиями
	проходящими по наружному краю прямых мышц живота
	являющимися продолжением средне-ключичных линий
	проходящими по внутреннему краю прямых мышц живота
	проходящими по среднеключичной линии
	проведенными через середину реберных дуг
62	Влагалище прямой мышцы живота образовано апоневрозами
	наружной и внутренней косых мышц живота
	поперечной мышцы живота
	наружной косой и поперечной мышцей
	внутренней косой и поперечной мышцей
	всех трех широких мышц брюшной стенки
63	Ширина прямой мышцы живота на уровне пупка в среднем равна
	3 см
	4 см
	5 см
	7 см
	9см

64	A.epigastrica superior проходит
	впереди прямой мышцы живота
	позади прямой мышцы живота
	позади поперечной мышцы живота
	впереди поперечной мышцы живота
	сбоку от прямых мышц живота
65	A.epigastrica superficialis идет между листками поверхностной фасции
	от паховой связки (на границе ее средней и медиальной трети) по направлению к пупку
	от паховой связки по направлению к мечевидному отростку
	от лонного сплетения по направлению к пупку
	от реберного угла к пупку
	от гребней подвздошных костей по направлению к мечевидному отростку
66	К мезоперитонеально расположенным органам относятся
	печень и желчный пузырь
	селезенка
	двенадцатиперстная кишка
	мочеточники
	маточные трубы
67	Сальниковая сумка располагается позади
	желудка и 12-перстной кишки
	печеночно-желудочной связки
	поперечно-ободочной кишки
	левой доли печени
	желудка и печеночно-желудочной связки

68	Винсловое отверстие ограничено спереди
	начальным отделом 12-перстной кишки
	хвостатой долей печени
	печеночно-двенадцатиперстной связкой
	малым сальником
	печеночно-желудочной связкой
69	В нижнем этаже брюшной полости находится
	поджелудочная железа
	петли тонкой кишки и толстая кишка
	мочевой пузырь
	почки
	матка и ее придатки
70	Нижняя граница левой доли печени пересекает левую реберную дугу на уровне
	5 ребра
	6 ребра
	7 ребра
	9 ребра
	8 ребра
71	Спереди брюшной отдел пищевода
	прикрыт верхним полюсом селезенки
	прикрыт левой долей печени
	прикрыт левой треугольной связкой
	прикрыт коронарной связкой
	доступен осмотру в лапароскоп

72	Длина свободного края брыжейки тонкой кишки равна
	2 метра
	3 метра
	4 метра
	5 метров
	7 метров
73	Червеобразный отросток отходит от
	задней медиальной стенки слепой кишки
	передней стенки слепой кишки
	латеральной стенки слепой кишки
	латерально-задней стенки слепой кишки
	любого отдела слепой кишки
1	Методы исследований, применяемые в сочетании с эндоскопическими (цитологический, гистологический, рентгенологический, томография)
1	Основным методом верификации эндоскопического заключения является
	операция
	рентгенологическое исследование
	гистологическое исследование
	ультрасонография
	манометрия
2	Наиболее часто для гистологического изучения ткани используется препарат в виде
	мазка
	отпечатка
	пленки
	тонкого среза ткани
	центрифугата

3	Основным методом изучения гистологических препаратов является
	световая микроскопия
	ультрафиолетовая микроскопия
	флюоресцентная микроскопия
	фазово-контрастная микроскопия
	электронная микроскопия
4	Показанием к пункционной биопсии при эндоскопическом исследовании могут служить
	диффузные заболевания печени
	глубоко расположенные поражения
	подслизистые опухоли
	опухолевидные забрюшинные образования
	гистозные образования
5	Эндотелий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевого пузыря
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные каналы
6	Мезотелий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевого пузыря

	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные канальцы
7	Однослойный кубический эпителий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевой пузырь
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные канальцы
8	Однослойный призматический эпителий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевой пузырь
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные канальцы
9	Многорядный реснитчатый эпителий выстилает

	поверхность кожи
	мочеточник и мочевой пузырь
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные канальцы
10	Многослойный плоский неороговевающий эпителий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевой пузырь
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные канальцы
11	Многослойный плоский ороговевающий эпителий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевой пузырь
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы

	почечные канальцы
12	Переходный эпителий выстилает
	поверхность кожи
	мочеточник и мочевого пузырь
	полость рта и пищевода
	кровеносные и лимфатические сосуды
	воздухоносные пути
	плевру, брюшину, сердечную сумку
	желудок, кишечник, желчный пузырь, протоки печени и поджелудочной железы
	почечные канальцы
13	Гипертрофия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид
	увеличением слоев
14	Гиперплазия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид

	увеличением слоев
15	Метаплазия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид
	увеличением слоев
16	Атрофия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид
	увеличением слоев
17	Дисплазия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид
	увеличением слоев

18	Острое воспаление морфологически характеризуется наличием в инфильтрате большого количества
	нейтрофильных лейкоцитов
	лимфоцитов
	эритроцитов
	плазмоцитов
	эозинофилов
19	При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют
	нейтрофильные лейкоциты
	лимфоциты и плазмоциты
	эритроциты
	эозинофилы
	базафилы
20	Наибольшее значение среди фоновых предопухолевых изменений эпителия желудочно-кишечного тракта придают
	дистрофии
	атрофии
	гиперплазии
	дисплазии
	метаплазии
21	Для I стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков
	1,0-2,5 мм
	2,5-5,0 мм
	5-10 мм
	10-15 мм

	15-20 мм
22	Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков
	1,0-2,5 мм
	2,5-5,0 мм
	5-10 мм
	10-15 мм
	15-20мм
23	По рентгенологической картине актиномикоз напоминает
	пневмонию
	туберкулез
	бронхоэктатическую болезнь
	поликистоз легких
	рак легкого
24	При дифференциальной диагностике перибронхиальной формы центрального рака легкого и цирроза наиболее информативны
	бронхоскопия
	томография
	томография и бронхоскопия
	томография, бронхоскопия и бронхография
25	Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дистальных изменений бронхиального дерева нужны
	рентгенография
	томография
	бронхоскопия
	бронхография

26	Сброс контрастного вещества из желчных протоков в норму наступает через
	1-2 минуты
	3-4 минуты
	5-12 минут
	12-17 минут
	17-20 минут
27	Рентгенологическими признаками холедохолитиаза являются
	дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой
	расширение общего желчного протока
	расширение внутripеченочных протоков
	дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой, перемещающиеся при перемене положения тела
	блокада общего желчного протока, имеющая зазубренные контуры
28	При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид
	ровного четкого овала
	полулунного дефекта наполнения
	"писчего пера"
	полулунного депо
	"когтя"
29	Рак желчных протоков при холангиографии устанавливается на основании следующего признака
	равномерного стенозирования
	блокады и супрастенотического расширения
	смещения общего желчного протока
	отсутствия нарушения эвакуации контрастного вещества

	изогнутости и высокого расположения общего желчного протока
30	При первичном раке общего желчного протока его культя приобретает форму
	ровного четкого овала
	полулунного дефекта наполнения
	"писчего пера"
	полулунной ниши
	"когтя"
31	При раке большого дуоденального сосочка терминальный дол общего желчного протока приобретает форму
	ровного четкого овала
	полулунного дефекта наполнения
	"писчего пера"
	полулунной ниши
	"когтя"
32	Для зоны злокачественной обструкции общего желчного протока не характерен вид
	ровного овала
	перевернутой буквы U
	перевернутой буквы V
	нечеткий
	зазубренного контура
33	При раке желчного пузыря отмечается следующая рентгенологическая картина
	четкость контуров желчного пузыря
	желчный пузырь не контрастируется при хорошо контрастированных внутripеченочных протоках
	отсутствие контрастирования внутripеченочных протоков

	в просвете желчного пузыря определяются нечеткие тени
	полость желчного пузыря сужена
34	Диаметр главного панкреатического протока в области головки составляет
	1 мм
	2 мм
	3 мм
	4мм
	5мм
35	Диаметр главного панкреатического протока в области тела составляет
	1мм
	2мм
	3мм
	4мм
	5мм
36	На панкреатограммах при легкой степени тяжести хронического панкреатита определяется
	равномерное незначительное сужение главного панкреатического протока
	неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 1 мм
	неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 2 мм
	неравномерные зоны сужения и расширения протока в пределах 3 мм
	протоки поджелудочной железы резко деформированы с кистозными расширениями, выраженной извитостью и склонностью к расширению
37	Полный сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через
	1-2 минуты
	3-4 минуты

	5-6 минут
	6-7 минут
	16-20 минут
1	Методика эндоскопических исследований
1	Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются
	психические заболевания
	кардиоспазм 3 стадии
	воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
	варикозное расширение вен пищевода 4 степени
	стенокардия напряжения
2	Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются
	инфаркт миокарда в острой стадии
	инсульт в острой стадии
	психические заболевания
	перфорация пищевода
	химический ожог пищевода III ст
3	Эндоскопическое исследование после операций на органах брюшной полости можно выполнять
	через одни сутки
	через 2-3 дня
	через неделю
	через две недели
	в любое время
4	Желудок опорожняется от пищи в среднем за
	3 часа

	6 часов
	9 часов
	12 часов
	24 часа
5	Промывание желудка перед ЭГДС требуется больным с
	стриктурами пищевода
	декомпенсированным стенозом привратника
	хиатальной аксиальной грыжей III степени
	подозрением на кровотечение из верхних отделов ЖКТ
	химическим ожогом пищевода
6	Показаниями к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) являются
	калькулезный холецистит
	подозрение на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей
	дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой
	эхинококкоз печени
	подозрение на кисту поджелудочной железы
7	Противопоказаниями к проведению ЭРПХГ в плановом порядке являются
	повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам
	острый панкреатит и обострение хронического панкреатита
	механическая желтуха
	острый холецистит
	опухоли печени
8	ЭРПХГ необходимо выполнять в
	эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгентелевизионной установкой

	рентгенологическом кабинете
	операционной
	введение контраста в эндоскопическом кабинете, затем больного транспортировать в рентгенологический кабинет
	рентгенооперационной
9	К приемам, улучшающим условия канюляции БДС, относятся
	больной поворачивается на живот
	приподнимается головной конец стола
	приподнимается ножной конец стола
	поворот больного на спину
	подача контрастного вещества в период поиска БДС
10	Количество контрастного вещества, вводимого в главный панкреатический проток, не должно превышать
	1 мл
	5 мл
	15 мл
	20 мл
	25мл
11	Для одновременного контрастирования двух протоковых систем катетер вводится в ампулу БДС на глубину
	2 мм
	3-5 мм
	8-10 мм
	10-12 мм
	12-15 мм
12	Контрастное вещество должно быть

	охлажденным до 10-12 градусов
	комнатной температуры
	подогретым до 37 градусов
	подогретым до 40 градусов
	подогретым до 50 градусов
13	В норме выведение контрастного вещества из главного панкреатического протока и его ветвей происходит в течении
	20-60 сек
	2-5 мин
	5-10 мин
	10-15 мин
	20-25 мин
14	Профилактикой развития острого панкреатита после ЭРПХГ служат
	введение охлажденного контрастного вещества
	получение паренхимогаммы
	глубокое введение катетера в Вирсунгов проток
	назначение при необходимости антибиотиков, спазмолитиков и антиферментов
	промывание протоковой системы в конце исследования хлоргексидином
15	Профилактикой инфицирования протоковых систем служат
	использование стерильного аппарата и инструментария
	орошение БДС 70 градусным спиртом перед канюляцией
	назначение антибиотиков до исследования в течение 3 дней
	при наличии неликвидированной гипертензии операция должна предприниматься в течение 1-3 суток после исследования
	промывание протоков хлоргексидином в конце исследования после аспирации контрастного вещества

16	Ограничением к выполнению колоноскопии является
	анемия
	рак яичника
	метастатическое поражение печени
	полипы желудка
	спаечная болезнь органов брюшной полости
17	Показанием к плановой колоноскопии является
	полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии
	болезнь Уиппла
	синдром мальабсорбции
	дисбактериоз
	гельминтоз
18	Показанием к плановой колоноскопии является
	кишечное кровотечение
	желудочное кровотечение
	кишечная непроходимость
	инородное тело толстой кишки
	рентгенологическое подозрение на рак толстой кишки
19	Показанием к экстренной колоноскопии является
	анемия
	кишечное кровотечение
	подозрение на перфорацию толстой кишки
	гранулематозный колит
	дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита

20	Анальная трещина является
	абсолютным противопоказанием к колоноскопии
	относительным противопоказанием к колоноскопии
	ограничением колоноскопии
	абсолютным показанием к колоноскопии
	относительным показанием
21	Спаечная болезнь органов брюшной полости является
	показанием к колоноскопии
	противопоказанием к плановой колоноскопии
	показанием к ургентной колоноскопии
	противопоказанием к ургентной колоноскопии
	ограничением колоноскопии
22	Аневризма брюшного отдела аорты является
	показанием к плановой колоноскопии
	абсолютным противопоказанием к колоноскопии
	относительным противопоказанием
	показанием к ургентной колоноскопии
	ограничением колоноскопии
23	Для подготовки толстой кишки к колоноскопии не используют
	вазелиновое масло
	касторовое масло
	раствор сернокислой магнезии
	фортранс
	форлакс

24	Преимущественно на моторику тонкой кишки действует
	касторовое масло
	кора крушины
	изафенин
	фенолфталеин (пурген)
	бисакодил
25	На моторику толстой и тонкой кишки действуют
	раствор сернокислой магнезии
	касторовое масло
	изафенин
	бисакодил
	кора крушины
26	К послабляющим средствам относятся
	касторовое масло
	вазелиновое масло
	изафенин
	бисакодил
	кора крушины
27	К ветрогонным средствам относятся
	касторовое масло
	вазелиновое масло
	изафенин
	настой семян укропа
	корень ревеня
28	После очистительных клизм раздражение слизистой оболочки толстой кишки (дистального

	отдела) сохраняется в течение
	2 часов
	12 часов
	24 часов
	48 часов
	раздражения слизистой оболочки не наблюдается вообще
29	Солевое слабительное вызывает раздражение слизистой оболочки толстой кишки, которое сохраняется в течение
	1-2 часов
	12-24 часов
	2-3 дней
	недели
	раздражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечается
30	Задержка жидкости в просвете толстой кишки характерна для
	касторового масла
	вазелинового масла
	сернокислой магнезии
	бисакодила
	коры крушины
31	Для подготовки больных с поносами к колоноскопии используют следующую схему
	слабительные средства + очистительные клизмы
	слабительные средства + сифонные клизмы
	только очистительные клизмы
	только слабительные средства
	осмотр проводят без предварительной подготовки

32	Для подготовки больных с толстокишечной непроходимостью к колоноскопии используют следующую схему
	только слабительные
	только сифонные клизмы
	слабительные средства + очистительные клизмы
	слабительные средства + сифонные клизмы
	осмотр производится без предварительной подготовки
33	У больных с нарушенным актом дефекации (длительные запоры)используют следующую схему подготовки
	за 2 часа до осмотра очистительная клизма
	по 1 очистительной клизме на ночь накануне исследования и утром в день исследования
	накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла
	накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма
	за 3 дня до исследования беспшлаковая диета, накануне исследования принять 40,0 мл касторового масла, 2 клизмы на ночь и 2 клизмы с утра в день исследования
34	Перед колоноскопией необходима премедикация
	наркотики п/к
	спазмолитики п/к
	наркотики + спазмолитики п/к
	наркотики + спазмолитики в/в
	премедикация не требуется
35	Показаниями к бронхофиброскопии являются
	профузное легочное кровотечение
	статус астматикус
	рак легкого
	инородное тело легкого

	инородное тело легкого
36	При бронхоскопии возможно диагностировать
	бронхоэктатическую болезнь
	интерстициальную пневмонию
	неосложненную кисту легкого
	центральный рак легкого
	недренирующийся абсцесс легкого
37	Показаниями к жесткой бронхоскопии являются
	стеноз трахеи
	статус астматикус
	периферический рак легкого
	бронхоэктатическая болезнь
	гипоплазия
38	Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются
	периферический рак легкого
	центральный рак легкого
	инородное тело бронха
	статус астматикус
	кровохарканье
39	Осложнением щипцовой биопсии является
	перфорация стенки бронха
	кровотечение
	отек слизистой оболочки бронха
	пневмомедиастинум

	обострение хронического бронхита
40	Осложнением трансбронхиальной щипцовой биопсии является
	обострение хронического бронхита
	перфорация стенки бронха
	кровоотечение
	пневмоторакс
	разрыв легкого
41	Премедикация перед бронхоскопическим исследованием включает
	sol. Promedoli 1% - 1, 0
	sol. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 3 ч до исследования
	sol. Atropini 0,1 % - 1,0 п/к за 30 мин до исследования
	седативные препараты
	аналептики
42	При проведении биопсионных щипов при биопсии из верхнедолевого бронха
	дистальный конец эндоскопа выпрямлен
	дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 90 градусов
	дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 60 градусов
	дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 30 градусов
	биопсия не берется вообще
43	Осмотр бронхов правого легкого проводят в последовательности
	верхнедолевой, нижнедолевой, среднедолевой
	нижнедолевой, среднедолевой, верхнедолевой
	базальные бронхи, В6, среднедолевой, верхнедолевой
	верхнедолевой, среднедолевой, В6, базальные бронхи

	среднедолевой, верхнедолевой, В6, базальные бронхи
44	Осмотр бронхов левого легкого проводят в последовательности
	верхнезональный, переднезональный, базальные бронхи, В6
	переднезональный, базальные бронхи, верхнезональный, В6
	переднезональный, В6, верхнезональный, базальные бронхи
	базальные бронхи, В6, переднезональный, верхнезональный
	переднезональный, верхнезональный, базальные бронхи, В6
45	Показанием к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является
	статус астматикус
	легочное кровотечение
	гемангиома
	инородное тело бронха
	рак легкого
46	Показанием к трансбронхиальной щипцовой биопсии легкого является
	диссеминированные заболевания легких
	саркоидоз
	центральный рак легкого
	статус астматикус
	инородное тело бронха
47	Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии легких является
	туберкулез
	саркоидоз Бека
	легочное кровотечение
	актиномикоз

	аденома бронха
48	Показанием к браш-биопсии является
	атрофический бронхит
	саркоидоз Бека
	центральная и периферическая опухоль легкого
	легочное кровотечение
	инородное тело бронха
49	Показанием к щипцовой биопсии во время бронхофиброскопии является
	отек слизистой оболочки бронха
	гнойный секрет в устье бронха
	гемангиома
	рак легкого
	инородное тело бронха
50	Противопоказанием к щипцовой биопсии является
	отек слизистой оболочки бронха
	гнойный секрет в устье бронха
	центральный рак легкого
	нарушения свертывающей системы крови
	периферический рак легкого
51	При периферической опухоли легкого показана
	щипцовая биопсия
	браш-биопсия
	аспирационная биопсия
	щипцовая биопсия под рентгенологическим контролем

	пункционная биопсия
52	Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются
	большая опухоль брюшной полости
	непереносимость местных анестетиков (новокаин, лидокаин)
	полостная операция в анамнезе
	крайне тяжелое состояние больного
	ожирение III степени
53	Показаниями к экстренной лапароскопии являются
	цирроз, сопровождающийся асцитом
	подозрение на перфорацию полых органов брюшной полости
	аппендикулярный инфильтрат
	разлитой перитонит
	опухоль слепой кишки
54	Показаниями к проведению лапароскопии у больных с острыми воспалительными заболеваниями матки и придатков являются
	местный перитонит
	дренирование полости малого таза
	невозможность исключить миому матки
	невозможность исключить разрыв гнойных образований придатков матки
	невозможность исключить инфекционную природу воспаления
55	Общими противопоказаниями к лапароскопии по поводу острых заболеваний брюшной полости, угрожающих жизни больного, являются
	крайне тяжелое состояние больного
	нарушение свертывающей системы крови
	инфаркт миокарда

	нарушение мозгового кровообращения
	желтуха неясного генеза
56	Лапароскопия производится больным под местной анестезией
	с тотальным спаечным процессом в брюшной полости
	с гепатоспленомегалией
	подозрение на разрыв диафрагмы
	с разлитым перитонитом
	с резким вздутием кишечных петель
57	Подготовка больных к экстренной лапароскопии под местной анестезией включает
	промывание желудка
	определение группы крови и резус фактора
	очистительную клизму
	в/м инъекцию 1 мл 0,1 % атропина и 1 мл 2% промедола
	определение времени свертываемости крови
58	Показаниями к общему обезболиванию при лапароскопии являются
	тупая травма живота в сочетании с переломом ребер
	неадекватное поведение больного (психические заболевания, алкогольное опьянение
	предполагаемая биопсия большого сальника
	внематочная беременность
	предполагаемое дренирование брюшной полости
59	Пункция брюшной полости для наложения пневмоперитонеума обычно производится в
	правой подвздошной области
	левой подвздошной области
	в околопупочной области

	в правом подреберье
	в левом подреберье
60	Свидетельством нахождения иглы для наложения пневмоперитонеума в свободной брюшной полости служит
	ощущение "проваливания" при прокалывании иглой брюшной стенки
	невозможность свободно совершать круговые движения концом иглы
	отрицательная толчковая проба
	появление крепитации при наложении пневмоперитонеума
	сопротивление при введении шприцом физ. раствора в просвет иглы
61	Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать
	воздух
	кислород
	закись азота
	CO ₂
	водород
62	Количество газа, вводимого в брюшную полость при наложении пневмоперитонеума, в среднем составляет
	1-2 литра
	2-3 литра
	3-4 литра
	4-5 литра
	6-7 литров
63	При наличии асцита объем вводимого воздуха равен
	1-2 л
	3-4 л

	5-6л
	0 л (осмотр производится без введения воздуха через асцитическую жидкость)
	количеству выпущенной жидкости
64	При наложении пневмоперитонеума признаками попадания воздуха в свободную брюшную полость служат
	боль в области иглы для наложения пневмоперитонеума
	появление умеренных болей в животе
	появление крепитации передней брюшной стенки в области введения иглы
	отсутствие увеличения объема живота
	исчезновение печеночной тупости
65	Классические точки Калька располагаются
	на 2 см выше и ниже пупка и на 1 см справа и слева от срединной линии
	на 3 см выше и ниже пупка и на 0,5 см справа и слева от срединной линии
	на 2 см выше пупка и 2 см вправо и влево
	на 3 см выше пупка и 3 см вправо и влево
	на 1 см выше и ниже пупка и на 2 см справа и слева от срединной линии
66	Риевизию органов брюшной полости начинают с осмотра
	правой подвздошной области и далее по часовой стрелке
	правого верхнего квадранта живота и далее по часовой стрелке
	с места расположения предполагаемого патологического очага
	левой подвздошной области и далее по часовой стрелке
	правой подвздошной области и далее против часовой стрелке
67	Для осмотра желчного пузыря больному придается положение
	Фовлера на левом боку
	Фовлера на правом боку

	Тренделенбурга на спине
	Дюранта
	Тренделенбурга на левом боку
68	Для осмотра червеобразного отростка больному, как правило, придается положение
	Фовлера на левом боку
	Фовлера на спине
	Тренделенбурга на спине
	Дюранта
	Тренделенбурга на левом боку
69	Для предотвращения попадания сальника в рану при извлечении троакара из брюшной полости рекомендуется
	полное удаление воздуха до извлечения троакара, удаление троакара с вновь введенным стилетом
	извлечение троакара без удаления пневмоперитонеума
	потряхивание троакара на приподнятой брюшной стенке перед его удалением
	извлечение троакара с открытым клапаном
	быстрое извлечение троакара
70	Частым осложнением лапароскопии является
	выраженное кровотечение из передней брюшной стенки
	травматическое повреждение органов брюшной полости
	предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника
	воздушная эмболия
	сердечно-легочная недостаточность
71	Лапароскопическая щипцовая биопсия показана при
	нарушениях в свертывающей системе крови

	кистозных заболеваниях печени
	опухоли желудка
	выраженном холестаза печени
	опухоли яичников
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
	ультразвуковое исследование органов брюшной полости
	рентгенография желудка с барием
	лапароскопия
	лапароцентез
	томография
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
	рентгенографию желудка с бариевой взвесью
	лапароцентез
	лапароскопию
	эзофагогастродуоденоскопию
	томографию
74	Медиастиноскопия показана при
	увеличение лимфоузлов средостения
	инородном теле легкого
	кровохаркание

	ателектазе легкого
	увеличение щитовидной железы III-IV степени
75	К наиболее частым осложнениям медиастиноскопии относятся
	нагноение раны
	гематома в ране
	подкожная эмфизема
	кровотечение
	повреждение перикарда
76	Медиастиноскопия выполняется
	амбулаторно в эндоскопическом отделении без премедикации
	в стационаре в бронхоскопическом кабинете с премедикацией
	в стационаре в условиях операционной, с премедикацией
	амбулаторно в условиях операционной, с премедикацией
	в любом кабинете эндоскопического отделения стационара, без премедикации
77	Оптимальным методом обезболивания при медиастиноскопии является
	масочный наркоз
	эндотрахеальный комбинированный наркоз
	поверхностный наркоз без мышечных релаксантов
	местная анестезия
	внутривенное обезболивание
78	Медиастиноскоп вводят через кожный разрез
	над яремной вырезкой в верхней трети шеи
	над яремной вырезкой в нижней трети шеи
	во втором межреберье справа по передне-подмышечной линии

	в первом межреберье справа по передне-подмышечной линии
	под яремной вырезкой
79	Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии
	дуга аорты
	яремная вырезка
	трахея
	бифуркация трахеи
	грудино-подключичная мышца
80	Второй анатомический ориентир при медиастиноскопии
	трахея
	яремная вырезка
	бифуркация трахеи
	пищевод
	дуга аорты
81	Третий анатомический ориентир при медиастиноскопии
	пищевод
	дуга аорты
	трахея
	бифуркация трахеи
	грудино-подъязычная мышца
82	К лимфоузлам, недоступным биопсии при "классической" медиастиноскопии относят
	только паратрахеальные
	бронхопульмональные
	бифуркационные и околопищеводные

	бифуркационные
	бронхопульмональные и паратрахеальные
83	При "классической" медиастиноскопии возможны оперативные манипуляции
	биопсия с задней поверхности пищевода
	удаление паратрахеальных кист
	биопсия из корня легкого
	удаление бронхопульмональных лимфоузлов
	биопсия ткани легкого
1	Диагностическая эндоскопия
1	Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи
	аксиальная
	параэзофагеальная
	короткий пищевод
	смешанная
	гигантская
2	Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат
	повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы
	инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
	прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
	кардиоспазм и эзофагоспазм
	эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления
3	Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием
	нарушения прохождения пищи по пищеводу

	расширения пищевода
	рефлюкса содержимого желудка в пищевод
	спазма пищевода
	дискинезии пищевода
4	Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет
	40 см
	39 см
	38 см
	37 см
	36см
5	Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются
	укорочение пищевода и зияние кардии
	зияние кардии и формирование пищеводных колец
	формирование пищеводных колец и проляпс слизистой желудка в пищевод
	проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит
	укорочение пищевода и формирование пищеводных колец
6	Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются
	наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит
	рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения
	наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс
	наличие грыжевой полости и хиатального сужения
	проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии
7	Зияние кардии или неполное ее смыкание может быть обусловлено
	рефлекторным актом на введение эндоскопа или снижением тонуса нижнепищеводного сфинктера

	снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера или воздействием анестетиков
	воздействием анестетиков или аксиальной хиатальной грыжей
	аксиальной хиатальной грыжей или параэзофагеальной грыжей
	параэзофагеальной хиатальной грыжей или нижнегрудным дивертикулом пищевода
8	Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено
	грыжевым гастритом
	сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы
	деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой
	деформацией части желудка, лежащей под диафрагмой
	укорочением пищевода
9	При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается
	тотчас ниже уровня диафрагмы
	на уровне диафрагмы
	тотчас над диафрагмой
	значительно выше уровня диафрагмы
	значительно ниже уровня диафрагмы
10	Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является
	эрозивный эзофагит
	язвенный эзофагит
	разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода
	язвы грыжевого мешка
	венозный стаз в грыжевом мешке
11	Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является
	рефлюкс-эзофагит

	кровотечение
	ущемление
	перфорация
	малигнизация
12	Основным патогенетическим фактором образования параэзофагальной грыжи является
	врожденная патология
	повышение внутрибрюшного давления
	рефлюкс-эзофагит
	травматическое повреждение диафрагмы
	повышение внутрипищеводного давления
13	Наиболее частым осложнением параэзофагеальной хиатальной грыжи является
	эзофагит
	кровотечение
	ущемление
	перфорация
	малигнизация
14	У больной 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом. При ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 37 см от резцов, имеются кольцо Шацкого и "второй вход" в желудок, слизистая пищевода гладкая, белесоватая, сосудистый рисунок не просматривается, кардия зияет, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественным мелкоточечными кровоизлияниями. Ваш диагноз
	аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
	параэзофагеальная хиатальная грыжа
	короткий пищевод

	зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
	желудочно-пищеводный пролапс
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
	аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
	параэзофагеальная хиатальная грыжа
	короткий пищевод
	зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
	желудочно-пищеводный пролапс
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
	аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
	параэзофагеальная хиатальная грыжа
	короткий пищевод
	зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
	желудочно-пищеводный пролапс
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 дивертикулородного выпячивания,

	слизистая оболочка свода желудка не изменена. Ваш диагноз
	аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
	параэзофагеальная хиатальная грыжа
	короткий пищевод
	зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
	желудочно-пищеводный пролапс
18	У больной 58 лет с жалобами на изжогу и отрыжку воздухом при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, зубчатая линия не определяется, кардия зияет, в пищеводном отверстии диафрагмы определяются складки желудка, при инверсионном осмотре стенка желудка не охватывает полностью эндоскоп. Ваш диагноз
	аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
	параэзофагеальная хиатальная грыжа
	короткий пищевод
	зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
	желудочно-пищеводный пролапс
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 мелкоочечными отложениями гематина, имеется грыжевая полость, хиатальное сужение.
	аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
	аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
	параэзофагеальная хиатальная грыжа

	короткий пищевод
	зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
	желудочно-пищеводный пролапс
20	Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат
	прием внутрь едких веществ и алкоголя
	алкоголь и неумеренное курение
	неумеренное курение и инфекция
	инфекции и рефлюкс желудочного содержимого
	прием внутрь едких веществ и травматические повреждения
21	Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять
	только в течение первых суток
	только в течение вторых-пятых суток
	только спустя 6 дней
	только спустя 14 дней
	в любое время
22	Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат
	перфорация пищевода и шок
	выраженная интоксикация
	отсутствие клинической картины ожога
	первые 24 часа после ожога
	7-е сутки после ожога
23	Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить
	обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей
	рентгенографию с барием

	рентгенографию с водорастворимым контрастом
	УЗИ
	компьютерную томографию
24	Развитию кандидозного эзофагита способствуют
	снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода
	нарушение моторики пищевода и амилоидоз
	амилоидоз и диабет
	диабет и метаплазия эпителия
	метаплазия эпителия
25	Эндоскопические признаки I степени кандидозного эзофагита
	на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом
	на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре
	на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок
	вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями
	на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре
26	Эндоскопические признаки II степени кандидозного эзофагита
	на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом
	на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре
	на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок
	вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями
	на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые

	наложения свыше 0,2 см в диаметре
27	Эндоскопические признаки III степени кандидозного эзофагита
	на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом
	на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре
	на фоне гиперемизированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок
	вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями
	на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре
28	Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите
	неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином
	неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом
	глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом
	плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом
29	Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются
	нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода
	стенозы пищевода и алкоголизм
	алкоголизм и хиатальная грыжа
	хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит
	рефлюкс-эзофагит
30	Язвенный дефект при лекарственном эзофагите характеризуется
	округлой формой и четкими краями
	округлой формой и нечеткими краями
	неправильной формой и четкими краями

	неправильной формой и нечеткими краями
31	Ранняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на
	клетки эпителия
	артериолы
	нервные сплетения
	подслизистый слой
	мышечный слой
32	Поздняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на
	клетки эпителия
	артериолы
	нервные сплетения
	подслизистый слой
	мышечный слой
33	Для радиационного эзофагита в раннем периоде характерно
	эрозивно-язвенное воспаление с деформацией просвета и его сужением
	атрофия слизистой оболочки с наличием множественных телеангиэктазий
	локальная зона гиперемии слизистой оболочки с выраженной контактной кровоточивостью, наличием эрозий и язв
34	Для радиационного эзофагита в позднем периоде характерна
	атрофия слизистой оболочки и множественные телеангиэктазии
	гипертрофия слизистой оболочки, исчезновение сосудистого рисунка
	гликогенный акантоз
	очаговая гиперплазия слизистой оболочки

35	Причиной развития рефлюкс-эзофагита могут служить следующие заболевания
	язвенная болезнь в острой стадии и ахалазия кардии
	ахалазия кардии и варикозное расширение вен 3-4 стадии
	варикозное расширение вен пищевода 3-4 стадии и дивертикулы пищевода
	дивертикулы пищевода и параэзофагеальная грыжа
	язвенная болезнь в острой стадии и варикозное расширение вен 3-4 стадии
36	Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
	участков желудочной метаплазии
37	Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
	участков желудочной метаплазии
38	Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы

	участков желудочной метаплазии
39	Основной причиной развития пищевода Баррета служит
	острое воспаление
	хроническое воспаление
	желудочно-пищеводный рефлюкс
	нарушение регенерации слизистой оболочки
	снижение местных защитных механизмов
40	Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при
	врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу
	анемии Аддисон-Бирмера
	тилозе
	синдроме Пламмер-Винсона
	склеродермии
41	Пищевод Баррета наиболее часто выявляется при
	ахализии кардии
	параэзофагеальной хиатальной грыже
	рефлюкс-эзофагите
	варикозном расширении вен пищевода
	тилозе
42	Эндоскопически пищевод Баррета характеризуется
	стиранием зубчатой линии
	подчеркнутостью зубчатой линии
	смещением зубчатой линии в проксимальном направлении
	смещением зубчатой линии в дистальном направлении

	рубцовыми изменениями зубчатой линии
43	Эндоскопически пищевод Баррета наиболее часто характеризуется наличием
	четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода
	четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей
	четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей и рефлюкс-эзофагитом
44	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
	рефлюкс-эзофагит 1 степени
	рефлюкс-эзофагит 2 степени
	рефлюкс-эзофагит 3 степени
	дисметаболическая эзофагопатия
	кандидозный эзофагит
	лекарственный эзофагит
	герпетический эзофагит
45	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
	рефлюкс-эзофагит 1 степени
	рефлюкс-эзофагит 2 степени
	рефлюкс-эзофагит 3 степени
	дисметаболическая эзофагопатия
	кандидозный эзофагит
	лекарственный эзофагит
	герпетический эзофагит

46	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
	рефлюкс-эзофагит 1 степени
	рефлюкс-эзофагит 2 степени
	рефлюкс-эзофагит 3 степени
	дисметаболическая эзофагопатия
	кандидозный эзофагит
	лекарственный эзофагит
	герпетический эзофагит
47	У больного, длительно получающего нестероидные противовоспалительные препараты по поводу ревматоидного артрита, с жалобами на дисфагию и боли за грудиной при ЭГДС выявлено: просвет пищевода на уровне 35 см от резцов сужен до 0,8 см. В этой области слизистая резко гиперемирована, отечна, на задней стенке округлый язвенный дефект до 0,5 см в диаметре. Слизистая контактной кровоточит, перистальтика усилена. Ваш диагноз
	рефлюкс-эзофагит 1 степени
	рефлюкс-эзофагит 2 степени
	рефлюкс-эзофагит 3 степени
	дисметаболическая эзофагопатия
	кандидозный эзофагит
	лекарственный эзофагит
	герпетический эзофагит
48	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
	рефлюкс-эзофагит 1 степени
	рефлюкс-эзофагит 2 степени
	рефлюкс-эзофагит 3 степени

	дисметаболическая эзофагопатия
	кандидозный эзофагит
	лекарственный эзофагит
	герпетический эзофагит
49	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
	рефлюкс-эзофагит 1 степени
	рефлюкс-эзофагит 2 степени
	рефлюкс-эзофагит 3 степени
	дисметаболическая эзофагопатия
	кандидозный эзофагит
	лекарственный эзофагит
	герпетический эзофагит
50	Ведущая роль в патогенезе образования пульсионных дивертикулов принадлежит
	снижению эластичности стенки полого органа и повышению внутриполостного давления
	повышению внутриполостного давления и тракции извне
	тракции извне и наличию "слабых мест" в стенке полого органа
	наличию слабых мест в стенке полого органа и повышению внутриполостного давления
51	Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является
	большие размеры дивертикула
	дивертикулит
	рак в дивертикуле
	расположение дивертикула по одной оси с пищеводом
	эрозивный эзофагит

52	Клинические проявления дивертикула Ценкера
	чувство першения в горле и неприятный запах изо рта
	неприятный запах изо рта и афония
	афония и легочные осложнения
	легочные осложнения и периодическая рвота
53	Тонус нижнего пищеводного сфинктера при хроническом рефлюкс-эзофагите
	в норме
	повышен
	понижен
54	Тонус нижнего пищеводного сфинктера при ахалазии пищевода
	в норме
	повышен
	понижен
55	Тонус нижнего пищеводного сфинктера при варикозном расширении вен пищевода 3 степени
	в норме
	повышен
	понижен
56	Тонус нижнего пищеводного сфинктера при склеродермии
	в норме
	повышен
	понижен
57	Оптимальный метод диагностики при аксиальной хиатальной грыже
	рентгенография

	манометрия
	морфологическое исследование
	суточное мониторирование рН
	эндоскопическая ультрасонография
58	Оптимальный метод диагностики при рефлюкс-эзофагите
	рентгенография
	манометрия
	морфологическое исследование
	суточное мониторирование рН
	эндоскопическая ультрасонография
59	Оптимальный метод диагностики при ахалазии и халазии кардии
	рентгенография
	манометрия
	морфологическое исследование
	суточное мониторирование рН
	эндоскопическая ультрасонография
60	Оптимальный метод диагностики при раке пищевода
	рентгенография
	манометрия
	морфологическое исследование
	суточное мониторирование рН
	эндоскопическая ультрасонография
61	Оптимальный метод диагностики при подслизистой опухоли
	рентгенография

	манометрия
	морфологическое исследование
	суточное мониторирование pH
	эндоскопическая ультрасонография
62	Термин дивертикул означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза
	отверстие в окружающую полость
63	Термин псевдодивертикул означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза
	отверстие в окружающую полость
64	Термин свищ означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза
	отверстие в окружающую полость
65	Термин стома означает
	хирургически созданное отверстие

	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза
	отверстие в окружающую полость
66	Термин перфорация означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	выпячивание, образовавшееся в результате рубцевания или некроза
	отверстие в окружающую полость
67	При варикозном расширении вен пищевода 3 степени слизистая оболочка пищевода
	не изменена
	воспалена
	атрофична
	с очагами желудочной метаплазии
	утолщена
68	Эндоскопические прогностические признаки повышенного риска развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода включают
	голубой цвет вен и наличие эрозий над варикозными узлами
	наличие эрозий над варикозными узлами и диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см
	диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см и наличие красных-знаков на варикозных узлах
69	Степень варикозного расширения вен I степени
	вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
	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
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена
	вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена
70	Степень варикозного расширения вен II степени
	вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
	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
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена
	вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена
71	Степень варикозного расширения вен III степени
	вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
	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
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена
	вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена
72	Причиной развития кардиоспазма служит
	стресс
	патологические изменения ауэрбаховского сплетения
	желудочно-пищеводный рефлюкс
	хиатальная грыжа

	химический ожог в анамнезе
73	Эндоскопические изменения при кардиоспазме II степени включают
	застойный эзофагит и спазм кардии
	расширение просвета пищевода и спазм кардии
	спазм кардии и усиление перистальтики
	наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода
	легочные осложнения и рубцовые изменения кардии
74	Спазм это
	полное закрытие просвета
	функциональное сужение
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
75	Стеноз это
	полное закрытие просвета
	функциональное сужение
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
76	Стриктура просвета это
	полное закрытие просвета
	функциональное сужение
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см

	закрытие просвета внутриполостным препятствием
77	Окклюзия это
	полное закрытие просвета
	функциональное сужение
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
78	Обструкция это
	полное закрытие просвета
	функциональное сужение
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
79	Степень сужения пищевода I степени
	от 15 до 17 мм
	от 9 до 11мм
	от 6 до 8 мм
	от 3 до 5 мм
	от 0 до 2 мм
80	Степень сужения пищевода II степени
	от 15 до 17 мм
	от 9 до 11мм
	от 6 до 8 мм
	от 3 до 5 мм

	от 0 до 2 мм
81	Степень сужения пищевода III степени
	от 15 до 17 мм
	от 9 до 11мм
	от 6 до 8 мм
	от 3 до 5 мм
	от 0 до 2 мм
82	Степень сужения пищевода IV степени
	от 15 до 17 мм
	от 9 до 11мм
	от 6 до 8 мм
	от 3 до 5 мм
	от 0 до 2 мм
83	Для папилломы пищевода наиболее характерен
	розовый цвет
	голубоватый цвет
	белесоватый цвет
	цвет не отличается от окружающей слизистой оболочки
	красный цвет
84	Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается
	лейомиома
	липома
	шваннома
	фиброма

	лимфангиома
85	Эндоскопическая характеристика лейомиомы
	ровные контуры и положительный симптом "хоботка"
	гладкая поверхность и положительный симптом "шатра"
	мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера
86	К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся
	атрофия
	метаплазия
	прогрессирующая дисплазия
	гликогенный акантоз
	ороговение слизистой оболочки
87	Для подтверждения антрального гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори (Hр), биопсию лучше брать
	из проксимальной части антрального отдела
	из средней части антрального отдела
	в 2 см от привратника
	из зоны привратника
	из любой части антрального отдела
88	Причинами развития острого гастрита чаще являются
	прием лекарств и рефлюкс желчи
	рефлюкс желчи и стрессовые ситуации
	острые инфекции и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки
	стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств
	хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки

89	Основной причиной развития хронического антрального гастрита является
	недоброкачественное питание
	алкоголь
	авитаминозы
	инфицирование слизистой оболочки Нр
	рефлюкс дуоденального содержимого
90	Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите
	диффузная гиперемия
	мелкоочаговая гиперемия
	гиперемия в виде полос
	отсутствие гиперемии
	точечная гиперемия
91	При аутоиммунном хроническом гастрите преимущественно поражается
	кардиальный отдел
	тело желудка
	антральный отдел
	препилорический отдел
	весь желудок
92	Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит
	фовеолярная гиперплазия и гиперплазия желез
	фовеолярная гиперплазия и атрофия желез
	атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фолликулов
	гиперплазия лимфоидных фолликулов и инфильтрация эозинофилами
	инфильтрация эозинофилами и атрофия желез
93	Причиной развития папулезности слизистой оболочки антрального отдела желудка, в

	основном, служит
	очаговая гиперплазия покровно-ямочного эпителия
	узелковая лимфоидная гиперплазия
	очаговая гиперплазия железистого эпителия
	формирование хронических эрозий
	воспалительная инфильтрация слизистой оболочки
94	Эндоскопический термин зерно (гранула) означает
	коническое возвышение слизистой оболочки на широком основании от 0,1 до 1 см
	выступающее образование слизистой оболочки на ножке или на широком отчетливо ограниченном основании
	узловатая слизистая оболочка, разделенная линейными трещинами
	выступающая структура слизистой оболочки до нескольких мм в диаметре
	выступающая структура слизистой оболочки до 1 мм в диаметре
95	Эндоскопический термин узелок (нодулус) означает
	коническое возвышение слизистой оболочки на широком основании от 0,1 до 1 см
	выступающее образование слизистой оболочки на ножке или на широком отчетливо ограниченном основании
	узловатая слизистая оболочка, разделенная линейными трещинами
	выступающая структура слизистой оболочки до нескольких мм в диаметре
	выступающая структура слизистой оболочки до 1 мм в диаметре
96	Эндоскопический термин "булыжная мостовая" означает
	коническое возвышение слизистой оболочки на широком основании от 0,1 до 1 см
	выступающее образование слизистой оболочки на ножке или на широком отчетливо ограниченном основании
	узловатая слизистая оболочка, разделенная линейными трещинами
	выступающая структура слизистой оболочки до нескольких мм в диаметре

	выступающая структура слизистой оболочки до 1 мм в диаметре
97	Эндоскопический термин папула означает
	коническое возвышение слизистой оболочки на широком основании от 0,1 до 1 см
	выступающее образование слизистой оболочки на ножке или на широком отчетливо ограниченном основании
	узловатая слизистая оболочка, разделенная линейными трещинами
	выступающая структура слизистой оболочки до нескольких мм в диаметре
	выступающая структура слизистой оболочки до 1 мм в диаметре
98	Эндоскопический термин полип означает
	коническое возвышение слизистой оболочки на широком основании от 0,1 до 1 см
	выступающее образование слизистой оболочки на ножке или на широком отчетливо ограниченном основании
	узловатая слизистая оболочка, разделенная линейными трещинами
	выступающая структура слизистой оболочки до нескольких мм в диаметре
	выступающая структура слизистой оболочки до 1 мм в диаметре
99	Эндоскопический термин гиперемия означает
	желтое или белое пятно, окруженное красным ободком
	участок измененной слизистой оболочки с неправильными очертаниями
	покраснение
	небольшой участок, отличающийся от остальной слизистой цветом и структурой
	очаговое покраснение слизистой
100	Эндоскопический термин эритема означает
	желтое или белое пятно, окруженное красным ободком
	участок измененной слизистой оболочки с неправильными очертаниями
	покраснение

	небольшой участок, отличающийся от остальной слизистой цветом и структурой
	очаговое покраснение слизистой
101	Эндоскопический термин пятно означает
	желтое или белое пятно, окруженное красным ободком
	участок измененной слизистой оболочки с неправильными очертаниями
	покраснение
	небольшой участок, отличающийся от остальной слизистой цветом и структурой
	очаговое покраснение слизистой
102	Эндоскопический термин бляшка означает
	желтое или белое пятно, окруженное красным ободком
	участок измененной слизистой оболочки с неправильными очертаниями
	покраснение
	небольшой участок, отличающийся от остальной слизистой цветом и структурой
	очаговое покраснение слизистой
103	Эндоскопический термин афта (афтозная эрозия) означает
	желтое или белое пятно, окруженное красным ободком
	участок измененной слизистой оболочки с неправильными очертаниями
	покраснение
	небольшой участок, отличающийся от остальной слизистой цветом и структурой
	очаговое покраснение слизистой
104	Афтозная папула ("полная" эрозия) имеет вид
	возвышающегося участка слизистой оболочки с уплощенной вершиной покрытой фибрином, диаметром до 0,5 см с нечетко ограниченным основанием
	участка слизистой оболочки в виде конусовидного выпячивания с налетом фибрина на вершине и четко ограниченном основании в диаметре до 0,5 см
	возвышающегося участка слизистой оболочки с уплощенной вершиной более яркой

	окраски с нечетко ограниченным основанием диаметром до 0,5 см
105	Афтозные папулы обычно определяются в
	своде желудка
	теле желудка
	антральном отделе желудка
	любом отделе желудка
	12-перстной кишке
106	Простая папула это
	конусовидное выпячивание слизистой с вершиной покрытой фибрином
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой гематиновым струпом
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной более яркой окраски
	конусовидное выпячивание слизистой с интактной поверхностью
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой фибрином
107	Умбиликальная папула это
	конусовидное выпячивание слизистой с вершиной покрытой фибрином
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой гематиновым струпом
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной более яркой окраски
	конусовидное выпячивание слизистой с интактной поверхностью
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой фибрином
108	Афтозная папула это
	конусовидное выпячивание слизистой с вершиной покрытой фибрином
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой гематиновым струпом
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной более яркой окраски

	конусовидное выпячивание слизистой с интактной поверхностью
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой фибрином
109	Геморрагическая папула это
	конусовидное выпячивание слизистой с вершиной покрытой фибрином
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой гематиновым струпом
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной более яркой окраски
	конусовидное выпячивание слизистой с интактной поверхностью
	конусовидное выпячивание слизистой с уплощенной вершиной покрытой фибрином
110	Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является
	пенетрация
	перфорация
	кровотечение
	болевого синдром
	малигнизация
111	По современным представлениям основным этиопатогенетическим фактором развития язвенной болезни является
	хронический активный гастрит и дуоденит, ассоциированный с H.p.
	конституционально-наследственный фактор
	стрессовые ситуации
	курение и алкоголь
	алиментарный фактор
112	Язвы кардиальной и медиагастральной локализации характеризуются
	сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области

	отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений
	несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды
113	Язвы пилорического канала характеризуются
	сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области
	отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений
	несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды
114	Язвы антрального отдела характеризуются
	сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области
	отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений
	несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды
115	Язвы желудка и 12-перстной кишки характеризуются
	сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области
	отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений
	несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды
116	ЭГДС при пептической желудочной язве
	проводят только для подтверждения диагноза
	проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения для подтверждения положительной динамики
	проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения до подтверждения рубцевания язвы
117	Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре
	1 см
	2 см

	3 см
	4 см
	5см
118	Признак Хенинга - это
	деформация дна желудка, обусловленная параэзофагеальной грыжей
	желудок в виде песочных часов
	деформация угла желудка - "готический угол"
	асимметричный привратник
	двойной привратник
119	Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является
	рак желудка
	язвенная болезнь
	мышечная гипертрофия привратника
	пролапс слизистой оболочки желудка через привратник
	доброкачественные полипы желудка
120	К истинным опухолям относятся следующие виды полипов желудка
	аденоматозные
	лимфоидная гиперплазия
	полипы Пейтца-Егерса
	ювенильные полипы
	гиперпластические полипы
121	Среди полипов желудка чаще встречаются
	аденоматозные полипы
	лимфоидные полипы

	гиперпластические полипы
	ювенильные полипы
	полипы Пейтца-Егерса
122	Чаще озлокачиваются
	гиперпластические полипы
	аденоматозные полипы
	ювенильные полипы
	подслизистые опухоли
	эозинофильногранулематозные полипы
123	Первый тип подслизистой опухоли, в зависимости от глубины залегания в стенке желудка означает
	опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку
	незначительное взбухание слизистой оболочки над опухолью, опухоль неподвижна
	взбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна
124	Второй тип подслизистой опухоли, в зависимости от глубины залегания в стенке желудка означает
	опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку
	незначительное взбухание слизистой оболочки над опухолью, опухоль неподвижна
	взбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна
125	Третий тип подслизистой опухоли, в зависимости от глубины залегания в стенке желудка означает
	опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку
	незначительное взбухание слизистой оболочки над опухолью, опухоль неподвижна
	взбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна

126	Четвертый тип подслизистой опухоли, в зависимости от глубины залегания в стенке желудка означает
	опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку
	незначительное выбухание слизистой оболочки над опухолью, опухоль неподвижна
	выбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна
127	Массивным кровотечением чаще осложняется
	рак желудка
	полип желудка
	доброкачественная подслизистая опухоль желудка
	саркома желудка
	болезнь Менетрие
128	Чаще изъязвляются полипы, имеющие
	большие размеры и широкое основание
	длинную ножку при большой головке
	цилиндрическую форму и большую длину
	полусферическую форму с бугристой поверхностью
129	Глубина залегания подслизистой опухоли определяется
	визуально
	с помощью инструментальной пальпации
	пробным затягиванием петли у основания опухоли
	введением новокаина под основание опухоли
	рентгенологически
130	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
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)
	лимфоидная гиперплазия
131	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
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)
	лимфоидная гиперплазия
132	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
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)
	лимфоидная гиперплазия
133	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
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)
	лимфоидная гиперплазия
134	У больной 18 лет в антральном отделе желудка по большой кривизне множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки. Ваш диагноз
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)
	лимфоидная гиперплазия
135	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 опухоли смешается. Ваш диагноз
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)

	лимфоидная гиперплазия
136	У больной 35 лет во время эндоскопического исследования выявлено опухолевидное образование неправильной формы желтоватого 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
	доброкачественная подслизистая опухоль
	аденома
	карциноид
	гетеротопия ткани поджелудочной железы
	пупковидная папула ("полная" эрозия)
	лимфоидная гиперплазия
137	Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 1
	приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом
	полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы
	плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки
	изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем
	плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки
138	Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 2a
	приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом
	полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы
	плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки
	изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем
	плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки

139	Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 2в
	приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом
	полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы
	плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки
	изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем
	плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки
140	Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 2с
	приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом
	полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы
	плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки
	изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем
	плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки
141	Макроскопическая характеристика раннего рака желудка типа 3
	приподнятая над поверхностью слизистой площадка с четкими контурами и перестроенным рельефом
	полиповидное образование на широком основании, часто неправильной формы
	плоская площадка (пятно) с нечеткими контурами, а также с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки
	изъязвление неправильной формы с плоским сосочковым краем
	плоское изъязвление неправильной формы на фоне измененной слизистой оболочки
142	Макроскопическая характеристика полиповидного рака желудка
	плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует
	полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью

	глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем
	экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза
143	Макроскопическая характеристика язвенной формы (злокачественного изъязвления) рака желудка
	плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует
	полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью
	глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем
	экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза
144	Макроскопическая характеристика грибовидного рака желудка
	плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует
	полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью
	глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем
	экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза
145	Макроскопическая характеристика инфильтративного рака желудка
	плоский или незначительно приподнятый участок с измененным рельефом и цветом слизистой оболочки, стенка желудка ригидна, перистальтика отсутствует
	полиповидное образование на широком основании с бугристой поверхностью
	глубокое изъязвление неправильной формы с нечетким сосочковым краем
	экзофитная опухоль неправильной формы, больших размеров, с бугристой поверхностью, иногда с участками некроза
146	Проксимальная граница опухоли обязательно определяется при
	полиповидном раке желудка
	грибовидном раке

	язвенной форме рака
	инфильтративном раке
	раннем раке
147	Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются
	визуальные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки
	очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки
	обилие слизи
	множественные петехии
	папулезность слизистой оболочки
148	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
	оперативное лечение
	дополнительная коагуляция места удаленной опухоли
	наблюдение с периодическими эндоскопическими осмотрами
	лучевая терапия
	химиотерапия
149	Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием
	язвы анастомоза
	недостаточного гемостаза в процессе операции
	посттравматическим гастритом
	нарушения гемостаза
	травмы при интубации
150	В понятие термина "анастомоз" входит

	отверстие, соединяющее культю желудка и анастомозированную кишку
	анастомотическая камера + анастомотическое кольцо
	анастомотическая полость + анастомотическое кольцо
	анастомотическая полость + анастомотическое кольцо + часть приводящей и отводящей кишки
151	Сужение анастомотического кольца чаще бывает обусловлено
	дефектами оперативного вмешательства
	быстрым разрастанием рубцовой ткани
	воспалительными изменениями анастомотического кольца
	мигрирующими лигатурами
	резидуальной опухолью
152	Пептическая язва анастомоза всегда локализуется в
	анастомотической полости
	анастомотической камере
	анастомотическом кольце
	приводящей петле тонкой кишки
	отводящей петле тонкой кишки
153	Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются
	в луковице
	в нисходящей части
	в нижней части
	в луковице и нисходящей части
	в любом отделе
154	Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются
	в ее проксимальной части на передней стенке

	в ее средней части на любой стенке
	в ее дистальной части на задней стенке
	в ее дистальной части на передней стенке
	в любом отделе луковицы
155	Основным патогенетическим фактором образования псевдодивертикула ДПК является
	порок развития
	постязвенная рубцовая деформация
	дуоденальная гипертензия
	тракция извне
	пенетрация язвы
156	Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии
	сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением
	сопровождается выраженным дуоденитом
	сопровождается только перифокальным воспалением
	сопровождается зиянием привратника
	снижением моторики пищевода и луковицы ДПК
157	"Удвоенный привратник" может быть обусловлен
	пенетрацией препилорической язвы в луковицу ДПК
	пилоропластикой
	послеоперационным свищом
	опухолью привратника
158	Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и ДПК чаще является признаком
	умеренно выраженного воспаления
	раздражения

	гемодинамических изменений в пищеварительную фазу
	острого гастрита
	гиперпродукции соляной кислоты
159	Мелкие белые пятнышки на слизистой оболочке ДПК (симптом "манной крупы") являются проявлением
	лимфангиэктазий
	лимфофолликулярной гиперплазии
	лимфоидной инфильтрации
	лимфоплазмочитарной инфильтрации
	эозинофильной инфильтрации
160	Симптом "манной крупы" характерен для
	язвенной болезни
	заболеваний панкреато-билиарной системы
	целиакии
	лимфомы
	рака
161	Этиопатогенез хронического энтерита
	отсутствие фермента пептидазы
	блокада лимфооттока мукополисахаридными комплексами бактериального происхождения
	пролиферация лимфоидной ткани тонкой кишки
	дисбактериоз
	атрофия эндокринного аппарата тонкой кишки
162	Этиопатогенез болезни Уиппла
	отсутствие фермента пептидазы
	блокада лимфооттока мукополисахаридными комплексами бактериального происхождения

	пролиферация лимфоидной ткани тонкой кишки
	дисбактериоз
	атрофия эндокринного аппарата тонкой кишки
163	Этиопатогенез глютеновой энтеропатии
	отсутствие фермента пептидазы
	блокада лимфооттока мукополисахаридными комплексами бактериального происхождения
	пролиферация лимфоидной ткани тонкой кишки
	дисбактериоз
	атрофия эндокринного аппарата тонкой кишки
164	Этиопатогенез общего переменного иммунодефицита
	отсутствие фермента пептидазы
	блокада лимфооттока мукополисахаридными комплексами бактериального происхождения
	пролиферация лимфоидной ткани тонкой кишки
	дисбактериоз
	атрофия эндокринного аппарата тонкой кишки
165	Эндоскопическая характеристика хронического энтерита
	полиповидные разрастания слизистой оболочки тонкой кишки
	атрофия складок слизистой оболочки тонкой кишки
	резкое утолщение складок слизистой оболочки тонкой кишки
	диффузный дуоденит
	множественные эрозии на слизистой оболочке тонкой кишки
166	Эндоскопическая характеристика болезни Уиппла
	полиповидные разрастания слизистой оболочки тонкой кишки
	атрофия складок слизистой оболочки тонкой кишки

	резкое утолщение складок слизистой оболочки тонкой кишки
	диффузный дуоденит
	множественные эрозии на слизистой оболочке тонкой кишки
167	Эндоскопическая характеристика глютенной энтеропатии
	полиповидные разрастания слизистой оболочки тонкой кишки
	атрофия складок слизистой оболочки тонкой кишки
	резкое утолщение складок слизистой оболочки тонкой кишки
	диффузный дуоденит
	множественные эрозии на слизистой оболочке тонкой кишки
168	Эндоскопическая характеристика общего переменного иммунодефицита
	полиповидные разрастания слизистой оболочки тонкой кишки
	атрофия складок слизистой оболочки тонкой кишки
	резкое утолщение складок слизистой оболочки тонкой кишки
	диффузный дуоденит
	множественные эрозии на слизистой оболочке тонкой кишки
169	Морфологическая характеристика хронического энтерита
	атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки
	хроническое неспецифическое воспаление
	гиперплазия лимфоидной ткани
	гиперплазия слизистой оболочки
	обнаружение ras-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки
170	Морфологическая характеристика болезни Уиппла
	атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки
	хроническое неспецифическое воспаление

	гиперплазия лимфоидной ткани
	гиперплазия слизистой оболочки
	обнаружение ras-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки
171	Морфологическая характеристика глютеновой энтеропатии
	атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки
	хроническое неспецифическое воспаление
	гиперплазия лимфоидной ткани
	гиперплазия слизистой оболочки
	обнаружение ras-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки
172	Морфологическая характеристика общего переменного иммунодефицита
	атрофия ворсинок и удлинение крипт слизистой оболочки тонкой кишки
	хроническое неспецифическое воспаление
	гиперплазия лимфоидной ткани
	гиперплазия слизистой оболочки
	обнаружение ras-положительных макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки
173	Общий переменный иммунодефицит характеризуется полиповидными разрастаниями слизистой оболочки
	желудка
	тонкой кишки
	толстой кишки
	всех отделов желудочно-кишечного тракта
	любого отдела желудочно-кишечного тракта
174	Основной причиной возникновения папиллита служит

	дискинезия ДПК
	дискинезия сфинктеров большого дуоденального сосочка
	инфицированное содержимое полости ДПК
	травматизация слизистой оболочки устья БДС мигрирующими конкрементами
	холангит
175	Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется
	расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка
	ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом
	выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке
	наличием желчи в желудке и зиянием привратника
	зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом
176	Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 2 стадии характеризуется
	расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка
	ослаблением перистальтики желудка и спазмом привратника
	атрофией слизистой оболочки антрального отдела желудка и значительным расширением просвета ДПК
	значительным расширением просвета ДПК и атрофией ее слизистой оболочки
177	Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 3 стадии характеризуется
	наличием застойного содержимого в желудке и диффузной атрофией слизистой оболочки желудка
	диффузной атрофией слизистой оболочки желудка и ДПК
	диффузной атрофией слизистой оболочки ДПК и проляпсом слизистой оболочки ДПК в желудок
	проляпсом слизистой оболочки ДПК в желудок и спрямлением верхнедуоденального изгиба

	спрямлением верхнего дуоденального изгиба и наличием лимфангиэктазий
178	Морфологическим признаком специфичным для рефлюкс-гастрита является
	атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка
	кишечная метаплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка
	дисплазия слизистой оболочки антрального отдела желудка
	массивная лимфоплазмоцитарная инфильтрация антрального отдела
	наличие в инфильтрате эозинофилов
179	Наиболее характерный эндоскопический признак аденомы
	положительный симптом "шатра"
	пупковидное вдавление в центре
	плотная консистенция
	более яркая окраска
	более бледная окраска
180	Наиболее характерный эндоскопический признак карциноида
	положительный симптом "шатра"
	пупковидное вдавление в центре
	плотная консистенция
	более яркая окраска
	более бледная окраска
181	Наиболее характерный эндоскопический признак гетеротопии ткани
	положительный симптом "шатра"
	пупковидное вдавление в центре
	плотная консистенция
	более яркая окраска

	более бледная окраска
182	Наиболее характерный эндоскопический признак лейомиомы поджелудочной железы
	положительный симптом "шатра"
	пупковидное вдавление в центре
	плотная консистенция
	более яркая окраска
	более бледная окраска
183	Карциноиды развиваются из
	Бруннеровых желез
	бокаловидных клеток
	каемчатых клеток
	клеток Кульчицкого
	слизистых клеток
184	Консистенция карциноида
	мягкая
	мягко-эластическая
	плотная
	плотноэластическая
	не отличается от окружающих тканей
185	Слизистая оболочка при гиперплазии Бруннеровых желез
	зернистая
	узловатая
	в виде булыжной мостовой
	папулезная

	не изменена
186	Слизистая оболочка при лимфоидной гиперплазии
	зернистая
	узловатая
	в виде булыжной мостовой
	папулезная
	не изменена
187	Оптимальным методом диагностики внутриампулярной аденомы большого дуоденального сосочка является
	дуоденоскопия
	дуоденоскопия с биопсией
	дуоденоскопия и ЭРПХГ
	дуоденоскопия, ЭРПХГ и ЭПТ
	дуоденоскопия, ЭРПХГ, ЭПТ и биопсия
188	Увеличение, деформация и уплотнение большого дуоденального сосочка позволяют предположить наличие
	выраженного папиллита
	деформирующего папиллита
	аденомы БДС
	папилломатоза БДС
	рака БДС
189	Заболевания толстой кишки, являющиеся наиболее частой причиной кровотечения
	рак толстой кишки
	болезнь Крона
	дивертикулез

	внутренний геморрой
	наружный геморрой
190	Запором называется задержка акта дефекации более чем на
	24 часа
	32 часа
	40 часов
	48 часов
	72 часа
191	Расстояние между складками в нормотоничной кишке составляет
	1 см
	2см
	более 2 см
	менее 2 см
	не является критерием оценки тонуса
192	Расстояние между складками в гипотоничной кишке вставляет
	1см
	2см
	более 2 см
	менее 2 см
	не является критерием оценки тонуса
193	Расстояние между складками в гипертоничной кишке вставляет
	1 см
	2см
	более 2 см

	менее 2 см
	не является критерием оценки тонуса
194	Время расправления просвета нормотоничной кишки составляет
	1-2 сек
	2-3 сек
	7-10 сек
	15-20 сек
	более 20 сек
195	Время расправления просвета гипотоничной кишки составляет
	1 сек
	2 сек
	3 сек
	более 3 сек
	менее 3 сек
196	Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны
	усиление сосудистого рисунка
	отек слизистой оболочки
	сосудистый рисунок не изменен
	отсутствие слизи на стенках и в просвете кишки
	наличие крови в просвете кишки
197	Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки
	сосудистый рисунок не изменен
	сосудистый рисунок в виде ангиоматозных звездочек
	сосудистый рисунок несколько смазан, видны только сосуды 1-2 порядка
	сосудистый рисунок смазан, не прослеживается на протяжении измененного сегмента

	кишки
	отек слизистой оболочки
198	Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки
	слизистая гладкая блестящая
	слизистая гладкая тусклая
	слизистая шероховатая блестящая
	слизистая шероховатая тусклая
	слизистая не изменена
199	К группе неспецифических колитов относятся
	гранулематозный колит
	амебиаз
	бактериальная дизентерия
	иерсинеоз
	глубокий кистозный колит
200	Синонимы болезни Крона
	болезнь Бехчета
	гранулематозный колит
	эрозивно-язвенный колит
	язвенно-геморрагический колит
	неспецифический язвенный колит
201	Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
	отеком слизистой оболочки
	отеком подслизистого слоя
	повышенной контактной кровоточивостью

	атрофией слизистой
	усилением сосудистого рисунка
202	Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
	усилением сосудистого рисунка
	наличием продольных трещин
	сосудистый рисунок не изменяется
	поверхностными афтоидными изъязвлениями
	глубокими язвенными дефектами
203	Для болезни Крона в фазе деструкции характерно
	отсутствие складок
	отсутствие инфильтрация кишечной стенки
	складки сохранены, обычной высоты
	поверхностные афтозные изъязвления
	глубокие одиночные язвы
204	Дефекты слизистой при болезни Крона в фазе деструкции имеют вид
	глубоких продольных трещин
	поверхностных плоских язв
	глубоких кратерообразных язв
	"серпантинных язв"
	"фистончатых язв"
205	Симптом "булыжной мостовой" характерен для
	неспецифического язвенного колита
	болезни Крона
	ишемического колита

	кишечной формы болезни Бехчета
	дизентерии
206	Афтоидные изъязвления характерны для
	фазы инфильтрации болезни Крона
	умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	амебной дизентерии
	туберкулеза толстой кишки
	кишечной формы болезни Бехчета
207	Морфологические изменения слизистой толстой кишки характерны только для болезни Крона
	лейкоцитарная инфильтрация
	гистиоцитарная инфильтрация
	атипия эпителия
	грануляционная ткань
	саркоидные гранулемы
208	Крайне редкое осложнение болезни Крона
	внутренние свищи
	наружные свищи
	прикрытые перфорации
	перфорация в свободную брюшную полость
	абсцесс брюшной полости
209	В большинстве случаев рецидив болезни Крона после операции наблюдается в
	течение года
	2-3 лет
	5 лет

	10 лет
	не зависит от сроков операции
210	Эндоскопическая характеристика минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	отек слизистой оболочки
	отек подслизистого слоя
	воспалительная инфильтрация всех слоев кишечной стенки
	усиление сосудистого рисунка
	атрофия слизистой оболочки
211	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	сосудистый рисунок смазан
	сосудистый рисунок обеднен
	сосудистый рисунок не изменен
	сосудистый рисунок усилен
	видны вены подслизистой основы
212	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	контактная кровоточивость отсутствует
	контактная кровоточивость слабая
	диффузная контактная кровоточивость
	диапедезное кровотечение
	кровоточивость слизистой оболочки не является критерием НЯК
213	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	слизистая гладкая, блестящая
	слизистая зернистая, блестящая
	слизистая гладкая, тусклая

	слизистая зернистая, тусклая
	слизистая в виде "булыжной мостовой"
214	При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	контактная кровоточивость отсутствует
	контактная кровоточивость слабая
	контактная кровоточивость умеренная
	выраженная контактная кровоточивость
	диффузное диапедезное кровотечение
215	При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	изъязвления поверхностные местами сливающиеся
	изъязвления поверхностные дискретные
	изъязвления глубокие местами сливающиеся
	изъязвления глубокие дискретные
	изъязвления глубокие, одиночные
216	При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита
	кровоточивость слабая
	контактная кровоточивость умеренная
	диффузная контактная кровоточивость
	контактная кровоточивость отсутствует
	кровоточивость не является критерием НЯКа
217	При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита
	изъязвления поверхностные местами сливающиеся
	изъязвления дискретные, одиночные
	диффузная эрозированная поверхность слизистой

	изъявления в виде продольных трещин
	изъявления отсутствуют
218	Колоноскопическая картина гипергрануляций характеризуется
	неправильной бугристой формой
	узким основанием
	отсутствием кровоточивости при контакте
	правильной округлой формой
	при взятии биопсии определяется ригидность
219	Эндоскопические признаки ранее перенесенного неспецифического язвенного колита
	смазанность сосудистого рисунка
	отек слизистой оболочки
	усиление сосудистого рисунка
	инфильтрация кишечной стенки
	зернистость по вершинам циркулярных складок и в местах физиологических сфинктеров
220	Виды псевдополипов при неспецифическом язвенном колите
	слизистые перемычки
	"чемоданные ручки"
	гиперпластический полип
	грануляционная ткань
	полип Пейтц-Егерса
221	Для исхода болезни Крона характерны
	длинные воронкообразные стриктуры
	короткие множественные стриктуры
	облитерация просвета

	деформация просвета кишки в виде "песочных часов"
	стриктуры не характерны для болезни Крона
222	При простых неспецифических язвах толстой кишки края дефектов
	четкие, закругленные, возвышаются над поверхностью слизистой
	четкие, закругленные, не возвышаются над поверхностью слизистой
	четкие, бугристые, возвышаются над поверхностью слизистой
	нечеткие, размытые, не возвышаются над окружающей слизистой
223	При кишечной форме болезни Бехчета изъязвления
	множественные, поверхностные, не склонные к слиянию
	множественные, глубокие, не склонные к слиянию
	множественные, поверхностны, местами сливающиеся
	множественные, глубокие, местами сливающиеся
	одиночные, глубокие, несклонные к слиянию
224	Степень ишемических повреждений толстой кишки не зависит от
	развития коллатералей в зоне ишемии
	калибра поврежденного сосуда
	длительности ишемии
	присоединения вторичной инфекции
	протяженности поражения
225	Симптом, характерный только для ишемического колита
	симптом "булыжной мостовой"
	симптом "отпечатков большого пальца"
	симптом острых углов
	симптом "листа папоротника"

	симптом "манной крупы"
226	Морфологический признак, характерный только для ишемического колита
	саркоидные гранулемы
	саркоидные гранулемы с казеозным некрозом
	"крипт"-абсцессы
	гемосидеринсодержащие макрофаги
	пасс-положительные макрофаги
227	Характерная локализация язв при туберкулезе толстой кишки
	прямая кишка
	левая половина толстой кишки
	поперечно-ободочная кишка
	правая половина толстой кишки
	не имеет излюбленной локализации
228	При кишечной форме туберкулеза дно язвенных дефектов
	гладкое
	мелко-зернистое
	крупно-зернистые
	бугристое
	"сальное"
229	Специфическим морфологическим субстратом при туберкулезе толстой кишки является
	саркоидная гранулема
	выраженный фиброз и гиалиноз кишечной стенки
	саркоидная гранулема с очагами казеозного некроза
	выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация глубоких слоев кишечной стенки

	гемосидеринсодержащие макрофаги
230	Наиболее часто стриктуры толстой кишки формируются в исходе
	болезни Крона
	неспецифического язвенного колита
	ишемического колита
	туберкулеза толстой кишки
	глубокого кистозного колита
231	Дивертикулы наиболее часто встречаются в
	правой половине толстой кишки
	поперечно-ободочной кишке
	сигмовидной кишке
	восходящей кишке
	нисходящей кишке
232	Для дивертикулеза толстой кишки характерен
	нормотонус всей кишки
	гипертонус всей кишки
	гипотонус всей кишки
	гипотонус сегмента кишки, где выявлены дивертикулы
	гипертонус сегмента кишки, где выявлены дивертикулы
233	Наиболее частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является
	абсцесс брюшной полости
	дивертикулит
	перфорация дивертикула
	толстокишечная непроходимость

	заворот сигмовидной кишки
234	Для геморрагического антибиотикоколита характерно
	сегментарный характер с преимущественным поражением левой половины толстой кишки
	сегментарный характер поражения с обязательным вовлечением в процесс терминального отдела подвздошной кишки
	диффузный характер поражения
	диффузный характер поражения с обязательным вовлечением в процесс терминального отдела подвздошной кишки
235	Эндоскопическая картина псевдомембранозного колита характеризуется
	множественными сливающимися эрозиями на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой
	множественными внутрислизистыми геморрагиями на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой
	множественными белесовато-желтыми бляшками на фоне выраженного воспаления окружающей слизистой
	множественными сливающимися глубокими язвами на фоне выраженного воспаления
	одиночными эрозиями на фоне выраженного воспаления
236	Меланоз толстой кишки развивается при приеме следующих слабительных
	форлакса
	касторового масла
	пургена
	свечей бисакодила
	коры крушины
237	Меланоз толстой кишки наиболее выражен в
	слепой кишке
	поперечно-ободочной кишке
	сигмовидной кишке

	восходящей кишке
	нисходящей кишке
238	Ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает
	0,5 см
	1,0 см
	1,5 см
	2,0 см
	более 2 см
239	Ножка полипа считается длинной, если ее размеры превышают
	0,5 см
	1,0 см
	1,5 см
	2,0 см
	более 3 см
240	Для ножки полипа толстой кишки характерна
	конусовидная форма, ножка истончается по направлению к головке полипа
	конусовидная форма, ножка истончается по направлению к кишечной стенке
	цилиндрическая форма, равномерная на всем протяжении
	ножка может быть любой формы
	ножка в виде "песочных часов"
241	Укажите размеры полипов, при которых их цвет не отличается от цвета окружающей слизистой
	более 0,5 см
	до 0,5 см
	более 1,0 см

	до 1,0 см
	цвет полипа не зависит от его размеров
242	Выделяют следующие анатомические типы полипов, чаще всего встречающиеся в толстой кишке
	мелкие полипы на короткой ножке
	мелкие полипы на длинной ножке
	мелкие полипы на широком основании
	мелкие полипы на узком основании
	мелкие ворсинчатые полипы
243	Небольшие полипы на широком основании чаще всего встречаются в
	правой половине толстой кишки
	левой половине толстой кишки
	прямой кишке
	поперечно-ободочной кишке
	слепой кишке
244	Для аденоматозного полипа характерно
	резкое преобладание стромы над железистым компонентом
	наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
	большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
	резкое преобладание железистой ткани над стромой
	наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
245	К наследственным заболеваниям толстой кишки относятся
	синдром Пейтца-Егерса и синдром Кронкайта-Канады
	синдром Кронкайта-Канады и синдром Гарднера
	синдром Гарднера и синдром Олфилда

	синдром Олфилда и ювенильный полипоз
	ювенильный полипоз, синдром Пейтца-Еггерса и синдром Гарднера
246	К диффузным полипозам, для которых характерно преобладание процессов пролиферации, относятся
	гамартомный полипоз и милиарный полипоз
	милиарный полипоз и ювенильный полипоз
	ювенильный полипоз и аденоматозный полипоз
	аденоматозный полипоз и гамартомный полипоз
	аденоматозный полипоз и милиарный полипоз
247	К диффузным полипозам, для которых характерно преобладание процессов секреции, относятся
	гамартомный полипоз
	милиарный полипоз
	ювенильный полипоз
	аденоматозный полипоз
	аденопапилломатозный полипоз
248	Диффузный полипоз, характеризующийся наличием одинаковых по величине полипов, расположенных равномерно по всем отделам толстой кишки это
	гамартомный полипоз
	милиарный полипоз
	ювенильный полипоз
	аденоматозный полипоз
	аденопапилломатозный полипоз
249	Диффузный полипоз, для которого характерно нарастание количества и величины полипов по направлению к анусу, - это
	гамартомный полипоз и милиарный полипоз

	милиарный полипоз и ювенильный полипоз
	ювенильный полипоз и аденоматозный полипоз
	аденоматозный полипоз и аденопапилломатозный полипоз
250	Ворсинчатые полипы наиболее часто локализуются в
	прямой кишке и сигмовидной кишке
	сигмовидной кишке и нисходящей кишке
	поперечно-ободочной кишке и восходящей кишке
	восходящей кишке и сигмовидной кишке
	слепой кишке и восходящей кишке
251	Клинико-эндоскопические данные, указывающие на малигнизацию ворсинчатого полипа
	увеличение выделения слизи и наличие ригидности тканей при инструментальной пальпации
	уменьшение или исчезновение выделения слизи и наличие ригидности тканей полипа при инструментальной пальпации
	изъязвления на поверхности полипа и увеличение размеров полипа при динамическом наблюдении
	увеличение выделения слизи и изъязвление на поверхности полипа
252	Для полипа Пейтц-Еггерса характерно
	резкое преобладание стромы над железистым компонентом
	наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
	большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
	резкое преобладание железистой ткани над стромой
	наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
253	Наиболее частая локализация полипов при синдроме Гарднера
	прямая кишка
	нисходящая кишка

	селезеночный угол
	печеночный угол
	слепая кишка
254	Морфологическая структура полипов при синдроме Гарднера
	полип Пейтц-Егерса
	ювенильный полип
	гиперпластический полип
	аденоматозный полип
	аденопапилломатозный полип
255	Остеохондропатическая трахеобронхопатия - это
	микоз
	пневмокониоз
	опухоль
	обызвествление и окостенение слизистой оболочки трахеи и бронхов
	синдром Зиверта-Картагенера
256	Первая степень интенсивности воспаления характеризуется
	отеком и умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов и слизистым секретом
	усилением сосудистого рисунка
	деформацией хрящевых колец
	гнойным секретом
	устья сегментарных бронхов не дифференцируются
257	Вторая степень интенсивности воспаления характеризуется
	умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов
	слизистым секретом

	гиперемией слизистой оболочки бронхов и слизисто-гнойным секретом
	очень большим количеством гнойного секрета
	расширением устьев слизистых желез
258	Третья степень интенсивности воспаления характеризуется
	умеренной гиперемией слизистой оболочки бронхов
	слизистым секретом
	слизисто-гнойным секретом
	гнойным секретом в умеренном количестве
	яркой гиперемией слизистой оболочки бронхов и гнойным секретом в большом количестве
259	Для эндоскопической картины гипертрофического бронхита характерно
	слизистая оболочка бронхов гиперемирована
	слизистая оболочка бронхов бледная
	сосудистый рисунок усилен
	хрящевые кольца подчеркнуты
	устья бронхов широкие
260	Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно
	слизистая оболочка бронхов гиперемирована, сосудистый рисунок смазан
	слизистая оболочка бронхов бледная, сосудистый рисунок усилен
	слизистая оболочка бронхов бледная, сосудистый рисунок обеднен
	слизистая оболочка бронхов багрово-синюшная
	слизистая оболочка бронхов не изменена
261	Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно
	устья и шпоры бронхов III - IV порядков деформированы, ограничены в подвижности
	хрящевые кольца не изменены

	сосудистый рисунок усилен
	устья бронхов III - IV порядков расширены
	шпоры бронхов подвижны
262	Для диффузного бронхита характерно
	верхнедолевые бронхи интактны
	нижнедолевые бронхи интактны
	воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева
	воспаление распространяется на все эндоскопически видимые бронхи
	поражена одна сегментарная ветвь
263	Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно
	слизистая оболочка ярко гиперемирована
	устья сегментарных бронхов не деформированы
	устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов
	контактная кровоточивость слизистой повышена
	секрет слизистый
264	Для диагностики бронхоэктазов эффективна
	рентгеноскопия органов грудной клетки
	рентгенография органов грудной клетки
	томография
	бронхография
	бронхоскопия
265	При бронхоскопии определяются следующие изменения, характерные для бронхоэктазов
	мешотчатые или цилиндрические бронхоэктазы
	признак Суля

	деформация главных бронхов
	деформация долевых бронхов
	изменений нет
266	Признак Суля - это
	деформация устья бронха
	секрет в устье бронха смещается воздухом
	опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненного гноем устья
	секрет в устье бронха не смещаемый воздухом
	секрет отсутствует
267	Патологической сущностью синдрома Зиверта-Картагенера - является
	врожденная неподвижность ресничек слизистой бронхов
	врожденная повышенная подвижность ресничек слизистой бронхов
	гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду
	гранулема, подвергающаяся казеозному распаду
	ничего из перечисленного
268	Синдром Зиверта-Картагенера - это
	бронхоэктазы и пансинусит
	пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов
	бронхоэктазы, пансинусит и обратное расположение внутренних органов
	бронхоэктазы, поликистоз и обратное расположение внутренних органов
	поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов
269	Признак Суля указывает на
	ателектаз
	дистальное расширение бронха

	дистальное сужение бронха
	стеноз бронха
	рак бронха
270	Наиболее частая локализация бронхоэктазов
	нижняя доля слева
	верхняя доля слева
	язычковая доля
	средняя доля
	верхняя доля справа
271	При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляются
	частично диффузный или строго ограниченный бронхит II ст. интенсивности воспаления
	выраженный трахеобронхит
	частично диффузный или строго ограниченный бронхит I ст. интенсивности воспаления
	диффузный бронхит II ст. интенсивности воспаления
	диффузный бронхит III ст. интенсивности воспаления
272	Эндоскопическая картина при бронхоэктазах в стадии обострения характеризуется
	диффузным бронхитом I ст. интенсивности воспаления
	диффузным бронхитом II - III ст. интенсивности воспаления
	частично диффузным бронхитом II ст. интенсивности воспаления
	частично диффузным бронхитом II - III ст. интенсивности воспаления
	строго ограниченным бронхитом I ст. интенсивности воспаления
273	Бронхоскопическая картина при недренирующемся абсцессе характеризуется
	диффузным односторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления
	диффузным односторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления

	строго ограниченным бронхитом I ст. интенсивности воспаления
	строго ограниченным бронхитом II ст. интенсивности воспаления
	изменений нет
274	Бронхоскопическая картина при дренирующемся остром абсцессе характеризуется
	диффузным односторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления
	диффузным односторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления
	диффузным односторонним бронхитом III ст. интенсивности воспаления
	зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха
	устье дренирующего бронха хорошо дифференцируется
275	Бронхоскопическая картина при хроническом дренирующемся абсцессе характеризуется
	диффузным двусторонним бронхитом I ст. интенсивности воспаления
	диффузным двусторонним бронхитом II ст. интенсивности воспаления
	диффузным двусторонним бронхитом III ст. интенсивности воспаления
	зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха
	строго ограниченным бронхитом II-III ст. интенсивности воспаления
276	Наиболее частая локализация абсцесса легкого
	верхняя доля справа
	верхняя доля слева
	средняя доля
	нижняя доля справа
	нижняя доля слева
277	Излюбленная локализация кист легких
	верхняя доля справа
	верхняя доля слева

	нижняя доля справа
	нижняя доля слева
	все доли поражаются одинаково
278	Полипы воспалительной этиологии наиболее часто встречаются при
	раке легкого
	туберкулезе
	доброкачественной опухоли бронха
	кисте легкого
	бронхоэктазах
279	Излюбленная локализация полипов в трахеобронхиальном дереве
	карина
	междолевая шпора
	межсегментарная шпора
	устье бронха
	стенка бронха
280	Эндоскопическая картина полипов бронха выявляет
	гладкую поверхность
	бугристую поверхность
	воспаление слизистой вокруг
	мягкую консистенцию
	дольчатое строение
281	Эндоскопическая картина грануляций характеризуется
	серым цветом
	плотной консистенцией

	гладкой поверхностью
	бугристой поверхностью
	дольчатым строением
282	Первое клиническое проявление аденомы бронха
	кашель с гнойной мокротой
	высокая температура
	кровохарканье
	боли в груди
	одышка
283	Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии
	бугристая опухоль
	тонкая ножка
	инфильтрация слизистой вокруг опухоли
	мягкая консистенция опухоли
	выраженная контактная кровоточивость
284	Отличительная особенность хондромы
	мягкая консистенция
	плотная консистенция
	каменистая плотность
	мягко-эластическая консистенция
	баллотирующая консистенция
285	Эндоскопическая картина экзофитной раковой опухоли характеризуется
	гладкой поверхностью и широким основанием
	бугристой поверхностью и мягкой консистенцией

	широким основанием, бугристой поверхностью и плотной консистенцией
	плотной консистенцией, гладкой поверхностью и широким основанием
286	К косвенным анатомическим признакам рака легкого относятся
	устья бронхов подвижны, передаточная пульсация сохранена
	устья бронхов неподвижны, передаточная пульсация сохранена
	передаточная пульсация отсутствует, устья бронхов подвижны
	передаточная пульсация отсутствует, устья бронхов неподвижны
287	К раннему раку легкого относится
	T1N0M0
	T1N1M0
	T2N2M0
	T3N2M0
	T1N1M1
288	Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является
	щипцевая биопсия
	браш-биопсия
	трансбронхиальная биопсия
	транстрахеальная биопсия
	исследования бронхиального секрета
289	Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является
	расширение сосудов слизистой оболочки и выбухание медиальных стенок главных бронхов
	утолщение складок слизистой бронхов
	смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки
	острая карина

	смазанность рисунка бронхиальных колец
290	Болезнь Бенье-Бека-Шаумана - это
	муковисцидоз
	саркоидоз
	пневмокониоз
	микоз
	мезотелиома
291	Для муковисцидоза характерно распространение по бронхиальному дереву
	диффузное одностороннее
	диффузное двустороннее
	частично-диффузное
	строго ограниченное одностороннее
	строго ограниченное двустороннее
292	По этиологическому признаку выделяют видов пневмокониозов
	два
	три
	четыре
	пять
	шесть
293	Баритоз относится к
	силикозу
	силикатозам
	карбокониозам
	металлокониозам

	пневмокониозам
294	При пневмокониозе преимущественно поражаются
	верхняя доля
	средняя доля
	язычковые сегменты
	нижняя доля
	все доли одинаково
295	Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется
	восходящим двусторонним диффузным бронхитом
	восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом
	нисходящим двусторонним диффузным атрофическим трахеобронхитом
	строго ограниченным двусторонним бронхитом
	строго ограниченным односторонним бронхитом
296	Участки пылевой пигментации определяются
	в устьях долевых бронхов
	на стенках главных бронхов
	на всех уровнях бронхиального дерева
	в устьях сегментарных бронхов
	на стенках долевых бронхов
297	К частым осложнениям пневмокониозов относится
	кровохарканье и легочное кровотечение
	эмпиема плевры
	рак легкого
	бронхоэктатическая болезнь

	абсцесс легкого
298	К грибковым заболеваниям легких относится
	силикоз
	муковисцидоз
	силикатоз
	актиномикоз
	карбониоз
299	Наличие опухоли деревянистой плотности на грудной клетке характерно для
	силикоза
	муковисцидоза
	рака легкого
	туберкулеза
	актиномикоза
300	Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву
	диффузный двусторонний процесс
	диффузный односторонний процесс
	частично диффузный процесс
	строго ограниченный односторонний процесс
	строго ограниченный двусторонний процесс
301	Для верификации диагноза актиномикоза необходимо
	браш-биопсия
	щипцевая биопсия
	бронхиальный смыв на атипические клетки
	бронхиальный смыв для посева на питательные среды

	трансбронхиальная биопсия легкого
302	К наследственным заболеваниям относится
	актиномикоз
	муковисцидоз
	бронхоэктатическая болезнь
	силикоз
	остеохондропатическая трахеобронхопатия
303	При инородных телах бронха (свежеаспирированных) клиническая картина характеризуется
	приступообразным кашлем
	кашлем с мокротой
	постоянным кашлем
	болями в грудной клетке
	высокой температурой
304	При давно аспирированных инородных телах бронхов клиническая картина характеризуется
	приступообразным кашлем
	постоянным кашлем без мокроты
	отсутствием кашля
	кашлем с мокротой
	стридорозным дыханием
305	Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом
	отсутствуют
	обтурационная эмфизема
	ателектаз легкого

	поликистоз легкого
	бронхоэктазы
306	Клиническая картина при инородных телах трахеи включает
	боли в грудной клетке
	приступообразный кашель
	постоянный кашель
	кашель с мокротой
	высокую температуру
307	Эндоскопическая картина при наличии бронхоплеврального свища характеризуется
	диффузным бронхитом на стороне поражения и частично диффузным на противоположной стороне
	частично-диффузным двусторонним бронхитом
	частично-диффузным бронхитом на стороне поражения и строго ограниченным на противоположной
	диффузным двусторонним бронхитом
	строго ограниченным двусторонним бронхитом
308	Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе
	трахея
	стенки главных бронхов
	устья главных и долевых бронхов
	устья субсегментарных бронхов
	излюбленной локализации нет
309	Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов дифференцируем с
	бронхоэктатической болезнью
	строго ограниченным бронхитом III степени интенсивности воспаления

	деформирующим бронхитом со стенозом бронхов
	перибронхиальной формой центрального рака легкого
	эндобронхиальной формой центрального рака легкого
310	Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является
	бронхоэктатическая болезнь
	рубцовый стеноз бронха
	рак бронха
	поликистоз легких
	бронхоплевральный свищ
311	Бронхо-фистулезный туберкулез характеризуется стадиями
	двумя
	тремя
	четырьмя
	пятью
	шестью
312	Рубцовые стенозы бронха характеризуются
	белесоватыми, тусклыми рубцами, лишенными сосудов
	блестящими рубцами без сосудов
	блестящими рубцами с выраженным сосудистым рисунком
	белесоватыми тусклыми рубцами с выраженными сосудами
	ничем из перечисленного
313	Для осмотра печени лапароскоп вводят
	в правой верхней точке Калька
	в левой верхней точке Калька

	в правой нижней точке Калька
	по средне-ключичной линии справа на уровне пупка
	в левой нижней точке Калька
314	При значительном увеличении печени лапароскоп вводят
	в левой нижней точке Калька
	в правой нижней точке Калька
	в левой подвздошной области
	ниже на 3 см от перкуторной границы печени
	по средней линии ниже пупка на 3 см
315	При заболеваниях печени лапароскопию применяют для
	распознавания очаговых поражений печени
	распознавания циррозов с определением их морфологического типа
	распознавания хронических гепатитов
	выявление редких заболеваний печени (гемохроматоза, амилоидоза, сифилиса, саркоидоза, лимфогранулематоза)
	дифференциальной диагностики инфекционных и механических желтух
316	Узловая форма первичного рака печени характеризуется
	увеличением соответствующей доли печени
	увеличением всей печени
	уменьшением соответствующей доли печени
	не изменяет размеры печени
	уменьшением всей печени
317	Узловая форма первичного рака печени характеризуется
	только уплотнением консистенции
	только утолщением капсулы

	не влияет на утолщение капсулы
	консистенция не меняется
	утолщением капсулы и уплотнением консистенции
318	Первичный рак печени во время лапароскопии распознается по следующим признакам
	узел всегда одиночный на фоне неизменной печени
	узел всегда одиночный, печень с выраженными цирротическими изменениями
	узлов чаще много, они разного размера на фоне неизменной печени
	узлов чаще много, они разного размера, печень с выраженными цирротическими изменениями
319	Метастатические узлы рака желудка в печени имеют
	неправильную форму и сосудистый венчик вокруг узла
	правильную округлую форму и сосудистый венчик вокруг узла
	правильную округлую форму с кратерообразным углублением в центре и сосудистый венчик вокруг узла
	правильную округлую форму с кратерообразным углублением в центре и нечетким переходом в окружающую ткань
	неправильную форму с резким отграничением от окружающей ткани печени
320	Печень при метастатическом поражении
	резко увеличена
	увеличена незначительно
	не увеличена
	уменьшена
	резко уменьшена
321	Для метастазов меланомы в печень наиболее характерными являются следующие признаки
	синеvато-коричневый цвет и пупковидное втяжение на вершине
	синеvато-коричневый цвет и полиморфизм формы и размеров

	вишнегато-коричневый цвет и мягкая консистенция
	плотная консистенция и сероватый цвет
	распространенность локализации и округлая форма
322	Макроскопическими признаками ретикулосаркомы печени являются
	увеличение печени и бугристая поверхность
	выраженный стаз венозных сосудов печени и плотная консистенция
	мозаичность окраски печени напоминает "снежную бурю" за счет хаотичного смешения беловатого и желтоватого тонов и плотная консистенция
	мозаичность окраски, напоминающая "снежную бурю", и бугристая поверхность
	белесоватый цвет и плотная консистенция
323	Кисты однокамерного эхинококка имеют вид
	образований округлой формы, белесоватого цвета, возвышающихся над поверхностью печени с закругленной вершиной
	узлов округлой формы сероватого цвета не возвышающихся над поверхностью печени
	образований округлой формы желтоватого цвета, возвышающихся над поверхностью с кратерообразной вершиной
	округлых узлов синевато-коричневого цвета с кратерообразной вершиной
	неправильной формы белесоватых узлов с уплощенной вершиной
324	Характерным эндоскопическим признаком гидатидной формы эхинококка печени является
	эхинококковая киста имеет только округлую форму
	стенка кисты толстая
	стенка кисты хорошо васкуляризирована
	видимая часть стенки кисты по периметру отграничена от печеночной ткани четко выраженным углублением в виде "канавки"
	цвет кисты с синевато-зеленоватым оттенком
325	Дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной возможно по

	изменению размеров печени и желчного пузыря
	характеру изменения поверхностных желчных протоков печени и окраски видимых печеночных долек
	характеру окраски видимых печеночных долек и по характеру изменений желчного пузыря
	по характеру изменений поверхностных желчных протоков печени и желчного пузыря
326	Эндоскопическими признаками механической желтухи являются
	зеленоватый цвет печени и увеличение ее размеров
	красный цвет печени и увеличение ее размеров
	белый цвет печени и уменьшение ее размеров
	красный цвет печени и увеличение в размерах желчного пузыря
	белый цвет печени и увеличение в размерах желчного пузыря
327	Эндоскопическими признаками механической желтухи при сегментарной обтурации желчных протоков являются
	печень увеличена в размерах
	цвет печени диффузно-серый с зеленоватым оттенком
	желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен
	по нижнему краю печеночно-двенадцатиперстной связки виден напряженный общий желчный проток
	окраска печени пятнистая за счет отдельных участков, имеющих серовато-зеленый цвет
328	Для паренхиматозной желтухи характерны следующие изменения печени
	увеличение в размерах, диффузно-красный цвет
	диффузно-красный цвет, структура печеночной дольчатости прослеживается
	структура печеночной дольчатости прослеживается, консистенция печени плотная
	плотная консистенция, умеренное напряжение желчного пузыря
329	Холестатическая форма острого вирусного гепатита характеризуется
	"большой красной печенью" с зеленоватыми пятнистыми участками на поверхности

	"большой белой печенью" с сетью расширенных желчных капилляров на ее поверхности
	увеличением печени и коричневато-зеленой ее окраской
330	Пункционная биопсия печени при лапароскопии показана в случае
	диффузно-фиброзных заболеваний печени
	диффузных заболеваний печени без проявлений фиброза в ней
	очаговых заболеваний печени
	печеночного холестаза
	синдрома Бадди-Хиари
331	Щипковая биопсия печени при лапароскопии показана в случаях
	очаговых некистозных заболеваний и диффузно-фиброзных заболеваний
	очаговых кистозных заболеваний и диффузно-фиброзных заболеваний
	очаговых некистозных заболеваний и диффузных заболеваниях печени без проявления фиброза в ней
	очаговых кистозных заболеваний и диффузных заболеваниях печени без проявления фиброза в ней
332	Для остановки кровотечения, возникшего при пункционной биопсии печени, необходимо
	удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровоточащей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом
	пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6
	остановить кровотечение аппликацией ферракрила
	коагулировать пункционную рану печени
	коагулировать пункционную рану печени и нанести ферракрил
333	Для жировой инфильтрации печени характерны следующие признаки
	плотная консистенция и глинистый желтоватый оттенок
	глинистый желтоватый оттенок и выраженная инъекция сосудов интерстиция
	выраженная инъекция сосудов интерстиция, печеночные долики четко прослеживаются

	печеночные долики четко прослеживаются, интерстициальная ткань печени хорошо видна
334	Эндоскопическая картина мезентериальной окклюзии стадии ишемии
	в брюшной полости геморрагическая жидкость, стенка кишки красная вследствие сливных кровоизлияний
	в брюшной полости серозный выпот, цвет кишок сероватый
	выпота в брюшной полости нет окраска петель кишечника бледно-розовая с цианотическим оттенком и точечными кровоизлияниями
	в брюшной полости много геморрагического выпота, цвет кишок сероватый
	в брюшной полости мутный геморрагический петли кишечника раздуты, покрыты фибрином, грязно-серого цвета
335	Эндоскопическая картина мезентериальной окклюзии стадии анемического инфаркта
	в брюшной полости геморрагическая жидкость, стенка кишки красная вследствие сливных кровоизлияний
	в брюшной полости серозный выпот, цвет кишок сероватый
	выпота в брюшной полости нет окраска петель кишечника бледно-розовая с цианотическим оттенком и точечными кровоизлияниями
	в брюшной полости много геморрагического выпота, цвет кишок сероватый
	в брюшной полости мутный геморрагический петли кишечника раздуты, покрыты фибрином, грязно-серого цвета
336	Эндоскопическая картина мезентериальной окклюзии стадии геморрагического инфаркта
	в брюшной полости геморрагическая жидкость, стенка кишки красная вследствие сливных кровоизлияний
	в брюшной полости серозный выпот, цвет кишок сероватый
	выпота в брюшной полости нет окраска петель кишечника бледно-розовая с цианотическим оттенком и точечными кровоизлияниями
	в брюшной полости много геморрагического выпота, цвет кишок сероватый
	в брюшной полости мутный геморрагический петли кишечника раздуты, покрыты фибрином, грязно-серого цвета
337	Эндоскопическая картина мезентериальной окклюзии стадии гангрены

	в брюшной полости геморрагическая жидкость, стенка кишки красная вследствие сливных кровоизлияний
	в брюшной полости серозный выпот, цвет кишок сероватый
	выпота в брюшной полости нет окраска петель кишечника бледно-розовая с цианотическим оттенком и точечными кровоизлияниями
	в брюшной полости много геморрагического выпота, цвет кишок сероватый
	в брюшной полости мутный геморрагический петли кишечника раздуты, покрыты фибрином, грязно-серого цвета
338	Для микронодулярного цирроза печени характерны следующие макроскопические проявления
	печень нормальных размеров или увеличена, преимущественно поражается одна из долей
	печень уменьшена в размерах
	диаметр узелков 1-3 мм, узелки одинакового размера
	узелки свыше 3мм, разного размера
	узелки разделены углубленными белесоватыми рубцовыми зонами
339	Для макронодулярного цирроза печени характерны следующие макроскопические проявления
	печень увеличена в размерах
	печень уменьшена в размерах, узелки свыше 0,3 см в диаметре
	узелки свыше 0,3 см, одинакового размера
	узелки разделены тонкой белой сеткой
	печень увеличена в размерах, узелки 1-3 мм в диаметре
340	Первым лапароскопическим признаком прорастания рака желудка серозного покрова является
	расширение венозных сосудов на отдельных участках стенки желудка
	наличие мелких студенистого вида, белесоватого цвета узелков
	наличие очаговой гиперемии
	наличие возвышающегося над уровнем серозного покрова участка плотной консистенции,

	белесоватого цвета с бугристой поверхностью
	очаговое обеднение сосудистого рисунка
341	Рак желудка чаще метастазирует в
	печень
	париетальную брюшину
	органы малого таза
	плевру
	кости
342	Для рака головки поджелудочной железы характерны следующие физические свойства желчи
	густая консистенция
	гелеподобная консистенция
	темно-зеленый цвет
	в лучах проходящего света желчь не прозрачная
	наличие хлопьев фибрина в виде грязно-зеленых пленок
343	К опухолевидным образованиям яичников относятся
	папиллярные серозные кистомы
	ретенционные кисты
	фибромы
	текомы
	дермоидные кисты
344	К эпителиальным опухолям яичников относятся
	серозная кистома
	фолликулома
	дермоидная киста

	параовариальная киста
	киста желтого тела
345	Для ретенционной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки
	киста небольших размеров, стенка кисты тонкая
	стенка кисты тонкая, сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу
	сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу, киста заполняет весь яичник
	киста заполняет весь яичник, окраска кисты с серо-голубым оттенком
346	Для параовариальной кисты характерны следующие макроскопические признаки
	киста небольших размеров, стенка кисты утолщена
	стенка кисты утолщена, цвет стенки кисты с сероватым оттенком
	цвет стенки кисты с сероватым оттенком, поверхность бугристая
	поверхность кистозной стенки бугристая, киста локализуется в широкой связке матки
	киста локализуется в широкой связке матки, киста небольших размеров
347	Для эндометриоидной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки
	размеры кисты переменны, на поверхности кисты серовато-красноватого цвета узелки
	стенка кисты утолщена с рубцовыми изменениями, между стенкой кисты и окружающими тканями плоскостные спайки
	цвет кисты с серовато-синеватым оттенком, стенка тонкая
	размеры кисты большие, цвет пятнистый за счет чередования сероватых и синеватых участков
348	Для простой серозной кистомы характерны следующие макроскопические признаки
	разнообразная окраска и тонкая капсула
	тонкая капсула и выраженный сосудистый рисунок
	выраженный сосудистый рисунок и отсутствие неизменной яичниковой ткани
	отсутствие неизменной яичниковой ткани и наличие на поверхности кисты серовато-

	красных узелков
349	Для папиллярной кистомы яичников характерны следующие макроскопические признаки
	большие размеры и плотная белесовая стенка
	плотная, белесоватая стенка с узелковыми разрастаниями
	узелковые разрастания и отсутствие сосудистого рисунка на стенке кисты
	отсутствие сосудистого рисунка стенки кисты и наличия плоскостных спаек с окружающими тканями
350	Определяющий эндоскопический признак гидросальпингса
	маточные трубы в ампулярных отделах булабовидно расширены
	фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются
	расширенная часть маточных труб с просвечивающимся серозным содержимым
	сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения серого цвета
	в зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется
351	Эндоскопическим признаком апоплексии яичника являются
	в брюшной полости жидкая кровь
	в полости малого таза сгустки крови
	фиксированный сгусток крови на поверхности яичника
	из-за сгустков крови маточные трубы проследить не удастся
	придатки матки с противоположной стороны хорошо доступны осмотру
352	На лапароскопию по поводу внематочной беременности чаще попадают больные с
	прогрессирующей трубной беременностью
	прервавшейся трубной беременностью по типу трубного аборта
	застывшей трубной беременностью
	яичниковой беременностью
	прервавшейся трубной беременностью по типу разрыва маточной трубы

353	Лапароскоп при подозрении на внематочную беременность вводят
	через нижнюю точку Калька с противоположной стороны от предполагаемой трубной беременности
	через нижнюю точку Калька со стороны предполагаемой трубной беременности
	через любую нижнюю точку Калька
	только через левую нижнюю точку Калька вне зависимости от стороны беременности
	через верхнюю левую точку Калька
354	Детальный осмотр органов малого таза при подозрении на внематочную беременность проводят в
	горизонтальном положении больной на столе
	положении Фовлера
	положении Дюранта
	положении Транделенбурга на боку, противоположном беременности
	положении Тренделенбурга на том боку, где предполагают беременность
355	Макроскопическими признаками прогрессирующей трубной беременности при локализации плодного яйца в истмической части трубы являются
	цилиндрическое утолщение маточной трубы, эластичное при пальпации
	эластичная консистенция веретенообразно-утолщенной части трубы
	синюшная окраска колбовидно-утолщенной маточной трубы
	увеличение угла матки со стороны беременности
	кровянистые выделения из расширенной маточной трубы
356	Эндоскопическими признаками катарального аппендицита являются
	гиперемия серозного покрова отростка
	гиперемия серозного покрова купола
	хлопья фибрина на серозном покрове верхушки отростка
	напряжение отростка, серозный покров багрового цвета

	гнойный выпот в правой подвздошной области
357	Прямыми эндоскопическими признаками флегмонозного аппендицита являются
	рыхлый инфильтрат в правой подвздошной области, покрытый фибрином
	диффузная гиперемия отростка с наложениями фибрина на серозном покрове отростка
	фиброзные спайки между отростком и париетальной брюшиной
	гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости
	гиперемия серозного покрова терминального отдела тонкой кишки
358	Макроскопическими признаками катарального холецистита являются
	гиперемия серозного покрова желчного пузыря
	инъекция сосудов большого сальника, прилежащего к дну желчного пузыря
	мутный выпот в подпеченочном пространстве
	резкое увеличение размеров желчного пузыря
	легкий налет фибрина на отдельных участках желчного пузыря
359	Для деструктивного холецистита наиболее характерна эндоскопическая картина
	желчный пузырь частично закрыт большим сальником, который сращен с париетальной брюшиной передней брюшной стенки, цвет его не изменен
	желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его и прилежащего большого сальника покрыты налетом фибрина
	желчный пузырь закрыт большим сальником, последний рыхлыми спайками сращен с нижним краем правой доли печени, по краю сращения большой сальник гиперемирован с налетом фибрина
	желчный пузырь частично закрыт большим сальником и сращен с ним, слизистая желчного пузыря и большой сальник гиперемированы
	между стенкой желчного пузыря, большим сальником и нижним краем печени плоскостные спайки
360	Для гангренозного холецистита характерна следующая эндоскопическая картина
	стенка желчного пузыря багрово-красного цвета с налетом фибрина
	желчный пузырь закрыт большим сальником, последний гиперемирован с налетом

	фибрина
	стенка желчного пузыря инфильтрирована, с участками темного цвета
	желчный пузырь увеличен, серозный покров его с мелкоточечными кровоизлияниями и налетом фибрина
	желчный пузырь небольших размеров, напряжен, нижний край печени, прилегающий к желчному пузырю, багрово-красного цвета
361	Участки стеатонекроза имеют вид
	округлого очага белесоватого цвета, возвышающегося над поверхностью брюшины, в диаметре от 0,1 до 0,5 см
	плоского очага белесоватого цвета, с неровными контурами, в диаметре 0,1-0,5 см, с венчиком гиперемии вокруг
	неправильной формы плоских пятен белесоватого цвета, около 0,5 см в диаметре
	просовидных высыпаний около 1-2 мм в диаметре
	белесоватых наложений различных форм и размеров
362	Уточнению диагноза острого панкреатита во время лапароскопии помогают
	исследование экссудата из брюшной полости на ферментативную активность и гистологическое исследование участков жирового некроза
	гистологическое исследование участка жирового некроза и инструментальная пальпация
	вскрытие мезоколон и капсулы поджелудочной железы
	инструментальная пальпация и дренирование желчного пузыря
	медикаментозная блокада круглой связки печени и исследование экссудата на ферментативную активность
363	Эндоскопические признаки отечной формы панкреатита
	пятна стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине
	небольшое количество мутного выпота в подпеченочном пространстве
	отек малого сальника и выбухание передней стенки желудка
	геморрагическая имбиция большого сальника
	геморрагическая имбиция стенки желчного пузыря

364	Эндоскопические признаки жирового панкреонекроза
	пятна стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине
	небольшое количество мутного выпота в подпеченочном пространстве
	отек малого сальника и выбухание передней стенки желудка
	геморрагическая имбибиция большого сальника
	геморрагическая имбибиция стенки желчного пузыря
365	Эндоскопические признаки геморрагического панкреонекроза
	пятна стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине
	небольшое количество мутного выпота в подпеченочном пространстве
	отек малого сальника и выбухание передней стенки желудка
	геморрагическая имбибиция большого сальника
	геморрагическая имбибиция стенки желчного пузыря
366	Во время лапароскопии перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки обычно определяется по наличию
	перфоративного отверстия на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, из которого вытекает кишечное содержимое
	плотных сращений между большим сальником и луковицей, гиперемированных участков на париетальной и висцеральной брюшине этой области
	рыхлых сращений между большим сальником и луковицей, мутной жидкости по правому латеральному каналу, гиперемии и отека купола слепой кишки
367	Диагностические возможности лапароскопии у больных, с подозрением на перфоративную язву, могут быть повышены за счет
	смещения органов инструментами и инструментального разделения рыхлых сращений
	инструментального разделения рыхлых сращений и изменения положения тела больного на операционном столе
	изменения положения тела больного на операционном столе и наполнения желудка
	наполнения желудка жидкостью или воздухом

	наполнения желудка жидкостью или воздухом и инструментальной пальпации
	введения в желудок красителя, смещение органов инструментами и изменения положения тела больного
368	Перфоративная язва 12-перстной кишки является редким показанием к лапароскопии в связи с наличием
	яркой клинической картины
	тяжелым состоянием больного
	трудностями установления диагноза во время лапароскопии
	трудностями технического выполнения лапароскопии при наличии "доскообразного" живота
	риска распространения перитонита на всю брюшную полость
369	Эндоскопическая картина при острой эмпиеме плевры характеризуется
	диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления
	диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления
	частично диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления
	частично диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления
	строго ограниченным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления
370	Эндоскопическая картина при хронической эмпиеме плевры характеризуется
	диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления
	диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления
	диффузным односторонним бронхитом III степени интенсивности воспаления
	частично диффузным односторонним бронхитом I степени интенсивности воспаления
	частично диффузным односторонним бронхитом II степени интенсивности воспаления
371	Для эмпиемы плевры характерно
	париетальная плевра блестящая, гиперемирована, с точечными высыпаниями
	висцеральная плевра тусклая, с фибриновыми наложениями, свисающими по типу

	"сталактитов" и зернистыми скоплениями грануляций
	обильный, быстро накапливающийся серозно-геморрагический экссудат
	ткань легкого с участками ателектазов
	сращения с медиастинальной плеврой мощные, плотные
372	"Решетчатое" легкое характерно для
	первичных опухолей плевры
	метастазов рака легкого в плевру
	туберкулезного плеврита
	эмпиемы плевры
	синдрома Мейгса
373	Буллезная эмфизема чаще поражает
	VI сегмент
	IV, V сегмент
	I, II, III сегмент
	IX, X, VIII сегмент
	VII сегмент
374	При спонтанном пневмотораксе экссудат
	отсутствует всегда
	встречается редко, прозрачный, соломенно-желтый, реже с геморрагической окраской
	встречается часто, обильный, серозно-геморрагический
	мутный, кровянистый
	мутный, с запахом и хлопьями фибрина
375	Наличие булл в легких характерно для
	туберкулезного плеврита

	хронической пневмонии
	спонтанного пневмоторакса
	метастазов экстраторакальных раков
	пиопневмоторакса
376	Пиопневмоторакс характеризуется следующими признаками
	висцеральная плевро блестящая, экссудат прозрачный, слизистый
	висцеральная плевро тусклая, экссудат прозрачный, слизистый
	висцеральная плевро блестящая, экссудат гнойный, с хлопьями фибрина, с запахом
	висцеральная плевро тусклая, экссудат тошный, с хлопьями фибрина, с запахом
	висцеральная плевро тусклая, экссудат гнойный, с хлопьями фибрина, без запаха
377	Для первичных опухолей плевры характерны
	множественные крупнобугристые опухоли
	множественные крупнобугристые опухоли и слизистый экссудат
	множественные крупнобугристые опухоли и серозно-геморрагический экссудат
	множественные просовидные высыпания на париетальной и висцеральной плевре и серозно-геморрагический экссудат
	множественные просовидные высыпания на париетальной плевре и слизистый экссудат
378	Медиастиноскопия не эффективна в диагностике
	лимфогранулематоза
	диссеминированного туберкулеза
	неспецифической аденомы
	болезни Бенъе-Бека-Шаумана
	болезни Ходжкина
379	Характерной эндоскопической картиной лимфогранулематоза является
	клетчатка средостения - диффузный склероз, лимфоузлы диаметром 3-5 см, цвета "сырого

	мяса", мягкие
	перигландулярный склероз клетчатки средостения, лимфоузлы диаметром 3-5 см, цвет белесоватый, мягкая консистенция
	клетчатка средостения - не изменена, лимфоузлы диаметром 1-4 см, цвет фиолетовый, мягкой консистенции
	диффузный склероз клетчатки средостения, лимфоузлы диаметром 1-3 см, цвет черный, плотной консистенции
	клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы диаметром 1 -3 см, цвет серый, консистенция очень, плотная
380	Следующая эндоскопическая картина - клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы величиной от 1 до 3 см, белесовато-серого цвета, различной консистенции - характерна для
	силикоза
	лимфогранулематоза
	метастазов рака
	туберкулеза
	неспецифической аденопатии
381	Лимфатические узлы при метастазах рака легкого
	каменистой плотности
	мягкие
	плотные
	не изменены
	различной консистенции
382	Наиболее редко подвергаются поражению при саркоидозе лимфатические узлы
	правые паратрахеальные
	бифуркационные
	лимфатические узлы по ходу правого главного бронха
	околопищеводные

	лимфатические узлы по ходу левого главного бронха
383	Слизистая оболочка желчных протоков при холедохоскопии в норме характеризуется
	бледно-розовым цветом, бархатистостью, отсутствием сосудистого рисунка
	бледно-розовым цветом, бархатистостью, нежным сосудистым рисунком
	зеленоватым цветом, блеском, нежным сосудистым рисунком
	зеленоватым цветом, бархатистостью, нежным сосудистым рисунком
	зеленоватым цветом, блеском, отсутствием сосудистого рисунка
384	Устья желчных протоков при холедохоскопии в норме
	имеют округлую форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости
	имеют щелевидную форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости
	имеют округлую форму и меняют свой размер при нагнетании жидкости
	имеют щелевидную форму и не меняют своего размера при нагнетании жидкости
385	Наиболее характерным эндоскопическим признаком хронического холангита является
	наличие в просвете мутной желчи с примесью замазкообразных масс
	эрозирование слизистой оболочки дистальных отделов холедоха
	полиповидные разрастания на слизистой ампулы большого дуоденального сосочка
	полное исчезновение продольных складок слизистой в терминальном отделе холедоха
	сероватый цвет слизистой холедоха с наличием на ней различной выраженности рубцов
386	К макроскопическим признакам катарального холангита относятся
	неравномерная гиперемия и наличие пленок фибрина на слизистой оболочки желчных протоков
	неравномерная гиперемия и исчезновение ячеистой структуры слизистой оболочки
	наличие пленок фибрина и повышение контактной кровоточивости слизистой оболочки
	неравномерная гиперемия слизистой оболочки и расширение интрамуральной части холедоха
	расширение интрамуральной части холедоха и повышение контактной кровоточивости

	слизистой оболочки
387	К макроскопическим признакам фибринозной формы холангита относятся
	рубцы на слизистой оболочке холедоха, сосудистый рисунок не прослеживается
	сосуды подслизистого слоя холедоха не прослеживаются, на стенках пленки фибрина
	на стенках желчных протоков пленки фибрина, "моторная игра" сфинктера Одди хорошо видна
	"моторная" игра сфинктера Одди не прослеживается, ирригационная прозрачная жидкость, без дополнительных включений
388	К макроскопическим признакам гнойной формы холангита относятся
	в просвете желчных протоков скопление густого гноя, однако отверстие ампулы БДС хорошо визуализируется
	в просвете желчных протоков скопление густого гноя, продольные складки слизистой оболочки хорошо выражены
	в просвете желчных протоков гнойные тромбы, отверстие ампулы БДС плохо визуализируются
389	К макроскопическим признакам стеноза БДС относятся
	интрамуральная часть холедоха мешковидно расширена, сосуды подслизистого слоя холедоха расширены
	продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются, отверстие сфинктера Одди не определяется
	сосуды подслизистого слоя холедоха расширены, диаметр холедоха расширен
	терминальный отдел холедоха расширяется при нагнетании жидкости, продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются
1	Лечебная и оперативная эндоскопия
1	Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются
	безуспешность консервативной терапии
	наличие сильных болей
	быстрый рецидив язвы после заживления
	наличие клинических и рентгенологических признаков пенетрации язвы

	наличие инфекции хеликобактер пилори
2	Противопоказаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются
	общее тяжелое состояние больного и нарушение свертывающей системы крови
	нарушение свертывающей системы крови и старческий возраст
	старческий возраст и непереносимость анестетиков
	непереносимость анестетиков и кардиоспазм I степени
3	Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются
	наличие фиброзного края и выраженной конвергенции складок к краю язвы
	наличие нависающих краев и выраженное периульцерозное воспаление
	наличие нависающих краев и гнойного периульцерозного воспаления
	наличие фиброзного края и выраженное периульцерозное воспаление
4	Эндоскопическое лечение представляет значительные трудности при локализации язвы
	в кардии и теле желудка
	в теле желудка и антральном отделе
	в антральном отделе и пилорическом канале
	в пилорическом канале и кардии
	в луковице 12-перстной кишки
5	Задачами эндоскопического местного лечения язв являются
	способствование более быстрому заживлению язвы и отмена лекарственных препаратов, дающих нежелательные последствия
	отмена лекарственных препаратов, дающих нежелательные последствия и проведение лечения без отрыва от производства
	проведение лечения без отрыва от производства и сокращение сроков временной нетрудоспособности
	сокращение сроков временной нетрудоспособности и предупреждение рецидивов

6	Методы местного лечения язвенной болезни включают
	аппликации веществ, защищающих поверхность язвы и промывание желудка с добавлением лекарственных препаратов
	промывание желудка с добавлением лекарственных препаратов и блокаду нервных окончаний и вагальных стволов на протяжении
	блокаду нервных окончаний и вагальных стволов на протяжении и растяжение стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта
	растяжение стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта и иссечение рубцовых тканей, суживающих луковицу
7	К средствам, способствующим уменьшению перифокального воспаления, относятся
	кларид и гидрокортизон
	гидрокортизон и солкосерил
	солкосерил и оксиферрискарбон
	оксиферрискарбон и облепиховое масло
8	Антибиотики для местного лечения язв
	вводятся в подслизистый слой из 2-3 точек
	вводятся в мышечный слой из 2-3 точек
	наносятся на поверхность язвы
	применяются для промывания язвы
9	Использовать репаранты целесообразно
	на начальном этапе лечения для очищения язвы
	при выраженном перифокальном воспалении
	при появлении стенозирования просвета пищеварительного канала
	при первых признаках рубцевания
10	Противопоказанием к применению репарантов при местном лечении язв является
	стенозирование просвета пищеварительного канала

	длительное существование язвы
	пожилой возраст
	язвы диаметром свыше 2 см
11	При пневмодилатации стенозированных за счет рубцевания язвы участков могут наблюдаться следующие осложнения
	разрыв рубцовой ткани и сильное кровотечение
	сильное кровотечение и разрыв стенки луковицы двенадцатиперстной кишки
	разрыв стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и воздушная эмболия
	эмболия и шок
12	Наиболее частой причиной кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта является
	пептическая язва и стрессовая язва
	распадающаяся опухоль
	варикозное расширение вен пищевода
	эрозивный эзофагит
	сосудистая эктазия
13	Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при котором появляется, мелена, равно
	25 мл
	менее 60 мл
	60-100 мл
	250 мл
	500 мл
14	Достоверными признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются
	слабость

	тахикардия
	кровавая рвота и мелена
	холодный пот
	падение артериального давления
15	Задачи, которые необходимо решить при ЭГДС по поводу желудочно-кишечного кровотечения
	установить факт кровотечения из пищеварительного тракта и определить локальную причину кровотечения
	определить локальную причину кровотечения или исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах пищеварительного тракта
	исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта и подтвердить наличие источника кровотечения в нижних отделах желудочно-кишечного тракта
16	Противопоказаниями к проведению ЭГДС при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение являются
	инфаркт миокарда
	инсульт
	атональное состояние
	вирусный гепатит
	ВИЧ-инфекция
17	Температура воды, используемой для промывания желудка при кровотечении, равна
	37 градусов
	18 градусам
	10 градусам
	4 градусам
	не имеет значения
18	Разрыв – это

	дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки
	дефект в патологической ткани
	доброкачественный дефект в стенке органа
	узкий дефект в нормальной ткани
	узкий дефект в измененной ткани
19	Трещина - это
	дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки
	дефект в патологической ткани
	доброкачественный дефект в стенке органа
	узкий дефект в нормальной ткани
	узкий дефект в измененной ткани
20	Эрозия - это
	дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки
	дефект в патологической ткани
	доброкачественный дефект в стенке органа
	узкий дефект в нормальной ткани
	узкий дефект в измененной ткани
21	Язва - это
	дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки
	дефект в патологической ткани
	доброкачественный дефект в стенке органа
	узкий дефект в нормальной ткани
	узкий дефект в измененной ткани
22	Изъязвление - это

	дефект слизистой оболочки, не выходящий за пределы собственной мышечной пластинки
	дефект в патологической ткани
	доброкачественный дефект в стенке органа
	узкий дефект в нормальной ткани
	узкий дефект в измененной ткани
23	Петехия - это
	пятно, образующееся вследствие отложения гематина
	пятно, образующееся за счет субэпителиального расширения
	внутрислизистое кровоизлияние большой площади
	сосудистый порок развития
	дефект покрытый гематиновым струпом
24	Экхимоз - это
	пятно, образующееся вследствие отложения гематина
	пятно, образующееся за счет субэпителиального расширения
	внутрислизистое кровоизлияние большой площади
	сосудистый порок развития
	дефект покрытый гематиновым струпом
25	Черное пятно - это
	пятно, образующееся вследствие отложения гематина
	пятно, образующееся за счет субэпителиального расширения
	внутрислизистое кровоизлияние большой площади
	сосудистый порок развития
	дефект покрытый гематиновым струпом
26	Геморрагическая эрозия капилляров - это

	пятно, образующееся вследствие отложения гематина
	пятно, образующееся за счет субэпителиального расширения
	внутрислизистое кровоизлияние большой площади
	сосудистый порок развития
	дефект покрытый гематиновым струпом
27	Болезнь Дъелафуа (простое изъязвление) - это
	пятно, образующееся вследствие отложения гематина
	пятно, образующееся за счет субэпителиального расширения
	внутрислизистое кровоизлияние большой площади
	сосудистый порок развития
	дефект покрытый гематиновым струпом
28	Просачивание (капельное кровотечение) - это
	кровь, истекающая из поражения
	чрезвычайно интенсивное, делающее невозможным более точную оценку
	алая кровь, просачивающаяся из внешне неизменной слизистой оболочки
	бурное кровотечение, проявляющееся пульсирующим потоком
29	Подтекание - это
	кровь, истекающая из поражения
	чрезвычайно интенсивное, делающее невозможным более точную оценку
	алая кровь, просачивающаяся из внешне неизменной слизистой оболочки
	бурное кровотечение, проявляющееся пульсирующим потоком
30	Струйное кровотечение - этоСтруйное кровотечение - это
	кровь, истекающая из поражения
	чрезвычайно интенсивное, делающее невозможным более точную оценку

	алая кровь, просачивающаяся из внешне неизменной слизистой оболочки
	бурное кровотечение, проявляющееся пульсирующим потоком
31	Массивное кровотечение - это
	кровь, истекающая из поражения
	чрезвычайно интенсивное, делающее невозможным более точную оценку
	алая кровь, просачивающаяся из внешне неизменной слизистой оболочки
	бурное кровотечение, проявляющееся пульсирующим потоком
32	Риск возобновления кровотечения должен быть признан высоким при наличии
	видимого сосуда на поверхности язвы в виде белесоватого бугорка или фиксированного тромба
	фиксированного тромба или мелких сосудов в виде черных точек
	мелких сосудов в виде черных точек или крови и сгустков в просвете желудка
	крови и сгустков в просвете желудка или геморрагических эрозий
	геморрагических эрозий или фиксированного тромба
33	Использование лечебной эндоскопии показано
	при продолжающемся кровотечении и высоком риске его возобновления
	при высоком риске возобновления кровотечения и массивном кровотечении из задней стенки луковицы ДПК
	при массивном кровотечении из язвы луковицы ДПК или из острой язвы
	при массивном кровотечении из острой язвы или многократном рецидиве кровотечения
34	Противопоказаниями к лечебной эндоскопии при кровотечении служат
	струйное кровотечение из дна язвы
	атональное состояние и невозможность хорошо увидеть источник кровотечения
	струйное артериальное кровотечение из края язвы
	струйное кровотечение из варикозного узла пищевода

	наличие большого количества крови и сгустков в желудке
35	При болезни Дъелафуа (простое изъязвление) кровотечение развивается из
	острой язвы
	изъязвившегося полипа
	полиповидного образования, обусловленного пороком развития сосудов подслизистого слоя желудка
	множественных телеангиэктазий желудка
	глубоких траншееподобных язв малой кривизны желудка
36	При установленном источнике кровотечения из варикозно - расширенных вен пищевода эндоскопист
	ограничивается осмотром только пищевода
	осматривает пищевод и желудок
	осматривает пищевод, желудок и 12-перстную кишку
37	Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является
	введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа
	нанесение пленкообразующих веществ
	электрокоагуляция
	электроэксцизия полипа
	местное охлаждение хлорэтилом
38	Обязательными этапами подготовки больного с кровотечением к лечебно-диагностической эндоскопии являются
	катетеризация центральной вены и определение группы крови и резус-фактора
	определение группы крови и резус-фактора и промывание желудка ледяной водой
	промывание желудка ледяной водой и рентгенологическое исследование
	рентгенологическое исследование желудка и ЭКГ
	ЭКГ и УЗИ

39	Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является
	обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами
	аппликация пленкообразующих полимеров
	криовоздействие
	диатермокоагуляция
	комплексное эндоскопическое лечение
40	Показанием к применению диатермокоагуляции служит кровотечение из
	язв желудка и варикозно-расширенных вен пищевода
	варикозно-расширенных вен пищевода и полипа
	полипа и распадающейся опухоли
	распадающейся опухоли и язв желудка
41	Основным условием для проведения диатермокоагуляции является
	четкая видимость источника кровотечения и отсутствие крови и сгустков в желудке
	четкая видимость источника кровотечения и отсутствие жидкости в зоне коагуляции
	отсутствие крови, сгустков и жидкости в зоне коагуляции
42	Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет
	1 секунду
	2-3 секунды
	5-6 секунд
	7-8 секунд
	10 секунд
43	Моноактивный способ диатермокоагуляции целесообразно применять
	при разрыве слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода
	при кровотечении из острых эрозий и язв желудка

	при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода
	при кровотечении из опухоли желудка
	при кровотечении из глубокой язвы
44	Изъязвления Дъелафуа чаще осложняются
	скрытым кровотечением
	перфорацией
	профузным кровотечением
	пенетрацией
	малигнизацией
45	При нанесении медицинского клея на язву пленка обычно сохраняется в течении
	2-3 часов
	6-8 часов
	12-24 часов
	48 часов
	72 часов
46	Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из варикозно - расширенных вен пищевода является
	склеротерапия
	диатермокоагуляция
	нанесение клеевой пленки
	установка баллонного зонда типа Блекмора
	медикаментозная терапия
47	В настоящее время лучшим препаратом для склерозирования вен считается
	варикоцид
	вистарин

	полидаконол (этоксисклерол)
	90 градусный спирт
	40% глюкоза
48	После неудачной попытки остановки кровотечения введением склерозирующих препаратов, в пищевод вводится зонд Блекмора на
	6-12 часов
	24 часа
	36 часов
	48 часов
	72 часа
49	Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через
	12-24 часа
	1-2 дня
	5-7 дней
	10 дней
	1 месяц
50	Осложнением склеротерапии, при введении склерозирующего раствора в мышечный слой стенки пищевода, является
	острый эзофагит
	кардиоспазм
	некроз терминального отдела пищевода
	усиление кровотечения из варикозно расширенных вен
	болевого шок
51	При синдроме Меллори-Вейсса разрыв слизистой оболочки обычно локализуется в
	пищевode

	зоне кардио-эзофагального перехода
	кардиальной части желудка
	своде желудка
	любом из указанных отделов
52	Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является
	введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа
	нанесение пленкообразующих веществ
	электрокоагуляция
	электроэксцизия
	местное охлаждение хлорэтилом
53	К эндоскопическим признакам устойчивого гемостаза относятся
	отсутствие свежей крови в желудке и ДПК и фиксированный тромб на стенке
	наличие фиксированного красного тромба и тромбированный сосуд в дне язвы
	четко видимый тромбированный сосуд на дне язвы и тромб в дне язвы, имеющий белесоватый цвет
	тромб в дне язвы, имеющий белесоватый цвет и отсутствие крови в желудке и ДПК
54	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
	эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива
	консервативная терапия
	оперативное лечение
	эмболизация сосудов
	повторная ЭГДС через 6-8 часов
	введение зонда Блекмора
	промывание желудка ледяной водой

55	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
	эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива
	консервативная терапия
	оперативное лечение
	эмболизация сосудов
	повторная ЭГДС через 6-8 часов
	введение зонда Блекмора
	промывание желудка ледяной водой
56	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
	эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива
	консервативная терапия
	оперативное лечение
	эмболизация сосудов
	повторная ЭГДС через 6-8 часов
	введение зонда Блекмора
	промывание желудка ледяной водой
57	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
	эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива
	консервативная терапия
	оперативное лечение

	эмболизация сосудов
	повторная ЭГДС через 6-8 часов
	введение зонда Блекмора
	промывание желудка ледяной водой
58	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
	эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива
	консервативная терапия
	оперативное лечение
	эмболизация сосудов
	повторная ЭГДС через 6-8 часов
	введение зонда Блекмора
	промывание желудка ледяной водой
59	У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке умеренное количество крови и сгустков, в антральном отделе желудка округлой формы опухолевидное 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
	эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактики его рецидива
	консервативная терапия
	оперативное лечение
	эмболизация сосудов
	повторная ЭГДС через 6-8 часов
	введение зонда Блекмора
	промывание желудка ледяной водой
60	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
	местная аппликация кровоостанавливающих средств
	клипирование
	склеротерапия
	монополярная электрокоагуляция
	биполярная электрокоагуляция
	электроэксцизия
61	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 полипаотмечается подтекание крови. Оптимальным методом эндоскопического лечения является
	местная аппликация кровоостанавливающих средств
	клипирование
	склеротерапия
	монополярная электрокоагуляция
	биполярная электрокоагуляция
	электроэксцизия
62	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
	местная аппликация кровоостанавливающих средств
	клипирование
	склеротерапия
	монополярная электрокоагуляция
	биполярная электрокоагуляция
	электроэксцизия

63	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
	местная аппликация кровоостанавливающих средств
	клипирование
	склеротерапия
	монополярная электрокоагуляция
	биполярная электрокоагуляция
	электроэксцизия
64	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
	местная аппликация кровоостанавливающих средств
	клипирование
	склеротерапия
	монополярная электрокоагуляция
	биполярная электрокоагуляция
	электроэксцизия
65	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
	местная аппликация кровоостанавливающих средств
	клипирование
	склеротерапия
	монополярная электрокоагуляция
	биполярная электрокоагуляция
	электроэксцизия

66	Клиническими признаками инородного тела пищевода являются
	дисфагия и осиплость голоса
	осиплость голоса и саливация
	саливация и приступы кашля
	приступы кашля и наличие подкожной эмфиземы
	дисфагия и усиленная саливация
67	Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является
	дисфагия
	боль
	нарушение проходимости пищи
	усиление саливации
	приступы кашля
68	Наиболее постоянным симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является
	дисфагия
	боль
	нарушение проходимости пищи
	усиление саливации
	осиплость голоса
69	Показаниями к плановому удалению инородных тел являются
	отторгающиеся лигатуры и предметы, вызвавшие кровотечение
	предметы, вызвавшие кровотечение и дренажи холедоха
	дренажи холедоха и отторгающиеся лигатуры
	инородные тела, сопровождающиеся выраженной клинической картиной

70	Наиболее часто инородные тела пищевода локализуются
	за первым физиологическим сужением
	в средней трети пищевода
	в нижней трети пищевода
	в области кардиоэзофагального перехода
	в любом отделе
71	Наиболее частой причиной фиксации инородных тел в нижней трети пищевода является
	наличие физиологических сужений
	стриктура пищевода
	хронический эзофагит
	дивертикул пищевода
	язва пищевода
72	Противопоказанием к эндоскопическому исследованию при инородных телах является
	общее тяжелое состояние больного
	психосоматическое возбуждение
	наличие признаков перфорации полого органа
	нахождение инородного тела в 12-перстной кишке
	инородное тело больших размеров
73	Противопоказаниями к эндоскопическому удалению инородного тела являются
	атональное состояние больного и кровотечение
	боли и психомоторное возбуждение
	высокая температура с выраженным болевым синдромом и агональное состояние
	кровотечение
	явление непроходимости

74	Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием
	у детей и больных с психическими заболеваниями
	у больных с выраженной саливацией
	в случае крупного предмета
	если при повторных попытках не удастся провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений
	при инородных телах, осложненных кровотечением
75	У больного имеется безоар желудка больших размеров в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано
	хирургическое лечение
	эндоскопическое лечение
	консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
	эндоскопическое лечение в сочетании с хирургическим
76	Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять через
	2-3 часа
	4-5 часов
	6-8 часов
	10-12 часов
	через одни сутки
77	Из проглоченных волос образуются
	фитобезоары
	трихобезоары
	себобезоары
	шеллакобезоары
	пиксобезоары

78	Из переваренного жира образуются
	фитобезоары
	трихобезоары
	себобезоары
	щеллакобезоары
	пиксобезоары
79	После рассечения безоара на небольшие фрагменты следует
	извлечь фрагменты петель через пищевод
	оставить в желудке мелкие части для самостоятельного отхождения
	оставить в желудке мелкие части и назначить внутрь 5% раствор питьевой соды
	назначить слабительное
	назначить мотилиум
80	Способами лечения трихобезоара большого размера являются
	рассечение петель
	рассечение электроножом
	удаление через пищевод
	растворение
	операция
81	Эндоскопическое лечение кардиоспазма включает следующие вмешательства
	электрохирургическое рассечение спазмированного участка
	введение в зону сужения анестетиков по игле
	аппликация масляных растворов
	вибробуживание
	баллонную пневмодилатацию и введение в зону сужения антиспастических препаратов

82	Для лечения кардиоспазма II степени применяются
	баллонная гидродилатация
	баллонная пневмодилатация
	эндохирургическое рассечение кардии
	лапароскопическая операция
	медикаментозная терапия
83	Лечение больного с кардиоспазмом III-IV степени начинается с
	оперативного вмешательства
	лапароскопической операции
	медикаментозной терапии
	баллонной пневмодилатации
	бужирования
84	Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно при
	тотальной облитерации пищевода
	мембранозных стриктурах
	фибринозном эзофагите
	неэпителизированных стриктурах
	трубчатых стриктурах
85	Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является
	бужирование "вслепую"
	бужирование по струне
	баллонная пневмодилатация
	балонная гидродилатация
	рассечение стриктуры электроножом
86	Наиболее безопасным способом бужирования при рубцовых сужениях пищевода является

	бужирование
	по металлической струне-направителю полыми бужами
	через рот "вслепую"
	по "нитке"
	за "нитку"
	под рентгенологическим контролем
87	Показанием к перерыву в бужировании является
	разрывы слизистой оболочки
	боль при бужировании
	небольшая кровоточивость
	развитие фибринозного эзофагита
	появление изжоги
88	Эндоскопическая полипэктомия в основном выполняется методом
	эксцизии
	электроэксцизии
	электрокоагуляции
	лазерной коагуляции
	двухэтапным способом
89	Электрокоагуляцию целесообразно применять при
	мелких полипах 1 типа
	крупных полипах 1 типа
	мелких полипах 2 типа
	крупных полипах 2 типа
	мелких полипах 3 типа

90	Двухэтапный способ был предложен для удаления полипов
	на широком основании
	на длинной толстой ножке
	плотной консистенции
	устойчивых к электроэксцизии
	подозрительных на малигнизацию
91	Отсечение полипа электроизолированными ножницами производится при полипах, имеющих
	большие размеры и короткую толстую ножку
	небольшие размеры и тонкую длинную ножку
	большие размеры головки, не позволяющие набросить петлю, и тонкую длинную ножку
	большую длину при небольшом диаметре
92	Полипэктомическая петля при электроэксцизии полипа на толстой ножке затягивается на
	уровне слизистой оболочки желудка
	расстояние 3-5 мм от уровня слизистой оболочки желудка
	расстояние 1-2 см от уровня слизистой оболочки желудка
	на любом уровне
93	Основной целью создания новокаин-адреналиновой подушки под основанием полипа перед его удалением является
	анестезия
	профилактика перфорации желудка
	ускорение заживления дефекта слизистой оболочки желудка
	уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа
	профилактика ожога окружающей слизистой оболочки
94	Для профилактики перфорации стенки желудка во время электроэксцизии плоского полипа необходимо

	приподнимать полип петлей до образования треугольной складки у его основания
	удалять полип только после изменения его окраски при затягивании петли
	удалять полип, используя преимущественно режим коагуляции
	перед удалением полипа в его основание вводить раствор адреналина с новокаином
95	В момент электроэксцизии полипа на ножке его головка касается слизистой оболочки желудка. Укажите возможные осложнения
	ожог слизистой оболочки в месте контакта
	ослабление коагуляционного действия тока
	кровотечение
	перфорация
	усиление коагуляционного действия тока
96	Оптимальным методом остановки кровотечения из оставленной ножки полипа является
	промывание желудка ледяной водой
	консервативная гемостатическая терапия
	оперативное вмешательство
	электроэксцизия оставленной ножки
	инъекция в ножку полипа коагулирующих агентов
97	Показанием к эндоскопической электроэксцизии подслизистых опухолей является
	опухоль 2-3 типа диаметром не более 2-3 см и опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см
	опухоль 4 типа с толщиной ножки не более 2 см и опухоль 1 типа не более 2 см
	опухоль 1 типа не более 2 см, кровотечение из опухоли, независимо от ее типа
	кровотечение из подслизистой опухоли не зависимо от ее типа
	подозрение на малигнизацию опухоли
98	Способами эндоскопического удаления доброкачественных подслизистых опухолей являются

	электроэксцизия и электрокоагуляция
	электрокоагуляция и вылушивание
	вылушивание и лазерная деструкция
	лазерная деструкция и химическая деструкция
	электоэксцизия и вылушивание
99	06.99. 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
	динамическое наблюдение
	операция
	электроэксцизия
	вылушивание и электроэксцизия
	отсечение электроизолированными ножницами
100	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
	динамическое наблюдение
	операция
	электроэксцизия
	вылушивание и электроэксцизия
	отсечение электроизолированными ножницами
101	У больного 67 лет при ЭГДС выявлены мелкие полипы высотой до 6 мм, занимающие все отделы желудка. Наиболее рациональной тактикой лечения является
	динамическое наблюдение
	операция

	электроэксцизия
	вылущивание и электроэксцизия
	отсечение электроизолированными ножницами
102	Относительными противопоказаниями для колоноскопической полипэктомии являются
	нарушение свертывающей системы крови
	остаточные явления после инсульта
	внутренний геморрой
	состояние после операции Гартмана
	состояние после операции Микулича
103	Показанием к одномоментной электроэксцизии полипов из толстой кишки является
	полипы на широком основании независимо от размеров головки
	полипы на короткой толстой ножке независимо от размеров их головки
	полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см
	полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см
	стелющиеся ворсинчатые опухоли, независимо от их размеров
104	Показаниями к электроэксцизии полипов толстой кишки методом "кускования" являются
	полипы на длинной ножке независимо от размеров головки
	полипы на узком основании независимо от размеров головки
	полипы на широком основании, при ширине основания не более 2 см
	полипы на широком основании, при ширине основания более 2см
	полипы на короткой толстой ножке, диаметр головки которых менее 2 см
105	Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять
	мелкие полипы на широком основании (до 0,5 см)
	полипы на широком основании размерами 0,6-1,0см

	крупные полипы на короткой толстой ножке
	стелющиеся villous опухоли
	распластанные опухоли
106	Перед колоноскопической полипэктомией необходимо выполнить
	диагностическую колоноскопию
	УЗИ органов брюшной полости
	ирригоскопию
	пассаж бария по кишечнику
	компьютерную томографию
107	Колоноскопическая полипэктомия из толстой кишки проводится
	всем больным амбулаторно
	всем больным стационарно
	госпитализируются только больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
	госпитализируются только больные с крупными полипами на широком основании
	амбулаторно удаляются только полипы с длинными ножками
108	При наличии нескольких полипов в толстой кишке, подлежащих эндоскопической электроэксцизии, в первую очередь удаляют
	наиболее крупный полип
	наиболее мелкий полип
	наиболее проксимально расположенный полип
	наиболее дистально расположенный полип
	удаление можно начинать с любого полипа
109	Осложнения, возможные при проведении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки
	кровотечение

	болевым шоком
	нарушение сердечного ритма
	нарушение электролитного баланса
	инфекционно-токсический шок
110	При электроэксцизии полипа толстой кишки на длинной ножке петля накладывается
	непосредственно у кишечной стенки
	отступя 1 см от кишечной стенки
	у головки полипа
	отступя от головки полипа на 1 см
	в любом месте
111	При электроэксцизии полипа толстой кишки на короткой ножке петля накладывается
	на середине ножки
	у головки полипа
	У кишечной стенки
	отступя от головки на 1 см
	в любом месте
112	Способ извлечения полипов толстой кишки, удаленных эндоскопически, зависит от
	размеров и консистенции полипа
	консистенции и локализации полипа
	функционального состояния толстой кишки (тонус толстой кишки)
	места расположения полипа
	формы полипа
113	Полип любой консистенции и размеров можно извлечь
	корзинкой Dormia

	грейфером
	биопсийными щипцами
	вакуумэкстракцией
	петлевым электродом
114	После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать грейфером
	полипы с плотной неровной поверхностью до 1,5-2,0см в диаметре
	полипы с диаметром головки до 3,0см с остатком ножки
	ворсинчатые полипы до 5,0 см в диаметре
	гипергрануляции диаметром до 3,0см
	мелкие дольчатые полипы
115	После колоноскопической электроэксцизии лучше всего извлекать корзинкой Dormia
	полипы мягкой консистенции диаметром до 2см
	полипы продолговатой формы любой консистенции до 2см в диаметре
	полипы мягкой консистенции до 3-3,5см в диаметре
	полипы шаровидной формы до 3,0 см в диаметре
	ворсинчатые полипы до 3-4,0см в диаметре
116	Отторжение ожогового струпа после электроэксцизии полипа толстой кишки происходит
	на 1-2 день
	на 2-3 день
	на 3-7 день
	на 8-10 день
	на 14день
117	Первый контрольный осмотр после эндоскопической электроэксцизии полипа толстой кишки проводится
	через 1 неделю

	через 2 недели
	через 3 недели
	через 1 месяц
	через 6 месяцев
118	Сроки динамического наблюдения за больными после электроэксцизии полипов толстой кишки зависят
	от размеров полипа
	от локализации полипа
	от гистологической структуры полипа
	от возраста больного
	от количества удаленных полипов
119	После электроэксцизии полипов толстой кишки в первые дни назначают
	слабительные препараты
	закрепляющие препараты
	анальгетики
	спазмолитики
	лекарственные препараты не назначают
120	После электроэксцизии полипов толстой кишки рекомендуется
	голод 1 день
	голод 2 дня
	бесшлаковая диета 1-2 дня
	только питье 1-2 дня
	обычный пищевой рацион
121	При наличии рака толстой кишки и полипов, находящихся вне зоны резекции, полипэктомия производится

	до хирургического вмешательства
	во время хирургического вмешательства
	после хирургического вмешательства в течение первого месяца
	после хирургических вмешательств через 6 месяцев
	после хирургических вмешательств через 1 год
122	Укажите минимальный объем крови, излившейся в просвет кишки, который вызывает нарушение ее моторики
	30-50 мл
	50-70 мл
	до 100 мл
	более 100 мл
	более 500 мл
123	Кровь, излившаяся в просвет толстой кишки при выполнении эндоскопической полипэктомии, вызывает
	усиление перистальтики толстой кишки
	ослабление перистальтики толстой кишки
	не влияет на перистальтику толстой кишки
	повышение тонуса толстой кишки
	снижение тонуса толстой кишки
124	Микроперфорация, возникшая при выполнении эндоскопической полипэктомии из толстой кишки, требует
	динамического наблюдения
	ургентной лапаротомии
	декомпрессии толстой кишки
	массивной антибиотикотерапии
	ургентной ирригоскопии

125	У больной 35 лет произведена электроэксцизия полипа на длинной ножке с диаметром головки до 1,5см. 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
	хирургическое лечение
	динамическое наблюдение 1 раз в 3 мес. с взятием биопсии
	динамическое наблюдение 1 раз в год
	динамическое наблюдение 1 раз в 6 мес
126	При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться
	к снижению температуры
	к полной облитерации полости кисты
	к образованию сухой полости
	к уменьшению количества гнойного отделяемого
	к уменьшению размеров полости кисты
127	При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять
	жесткую бронхоскопию под наркозом
	бронхофиброскопию под наркозом
	бронхофиброскопию под местной анестезией
	бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами
	сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом
128	На одну санацию расходуется максимально
	60 мл раствора
	80 мл раствора
	100 мл раствора
	120 мл раствора
	150 мл раствора

129	Для удаления округлых инородных тел с гладкой поверхностью используются
	биопсионные щипцы и петля
	петля и корзинка Дормиа
	вилочковый захват и петля
	биопсионные щипцы с иглой
	биопсионные щипцы и петля
130	При планировании лечебных манипуляций для купирования острого панкреатита целесообразно вводить в брюшную полость лапароскоп через
	верхнюю правую точку Калька
	верхнюю левую точку Калька
	нижнюю левую точку Калька
	наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье
	наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье
131	Болевой синдром при остром панкреатите купируется за счет новокаиновой инфильтрации
	брыжейки толстой кишки
	желудочно-ободочной связки
	круглой связки печени
	брыжейки толстой кишки
	малого сальника
132	Общее количество литической смеси, вводимой в круглую связку печени, не должно превышать
	20 мл
	40 мл
	60 мл
	80 мл

	100 мл
133	Дренаж к головке поджелудочной железы при остром панкреатите подводится
	к винслову отверстию и располагается подпеченочно справа
	к винслову отверстию и располагается подпеченочно слева
	к желчному пузырю в подпеченочное пространство
134	Дренаж к головке поджелудочной железы фиксируется в брюшной полости за счет
	подшивания его к брюшной стенке и давления печени
	давления печени и проведения дренажа через брюшную стенку точно у края печени
	проведения дренажа через брюшную стенку точно у края печени и подшивания его к брюшине
135	Дренирование желчного пузыря проводится с целью
	снятия желчной гипертензии и купирования болей при остром панкреатите
	купирования болей при остром панкреатите и улучшения трофики желчного пузыря
	улучшения трофики стенки желчного пузыря, диагностики причин заболевания и снятия желчной гипертензии
	диагностики причин заболевания и снижения раковой интоксикации
136	Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано
	при сморщенном желчном пузыре
	при распространенном раке желчного пузыря
	при подозрении на паравезикальный абсцесс
	при остром панкреатите
	при диффузной деструкции желчного пузыря
137	При планировании лечебного дренирования желчного пузыря лапароскопический троакар в брюшную полость целесообразно вводить
	по наружному краю прямой мышцы живота слева на уровне пупка

	по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне пупка
	в левой верхней точке Калька
	в левой нижней точке Калька
	в правом подреберье
138	Однократно в желчный пузырь по дренажу вводится
	5-10 мл санирующего раствора
	10-15 мл санирующего раствора
	20-30 мл санирующего раствора
	40-50 мл санирующего раствора
	60-80 мл санирующего раствора
139	Смещение дренажа от заданной ему проекции при дренировании брюшной полости предупреждается
	транслигаментарным проведением дренажа
	использованием направителя при установке дренажа
	ограничением движений больного
	фиксированием дренажа к брюшной стенке шелком
	любым из перечисленных способов
140	У больной 30 лет, спустя 3 месяца после родов, появились резкие боли в верхней половине живота. При экстренной лапароскопии и антеградной холецистохолангиографии диагностирована желчно-каменная болезнь, камень устья БДС, геморрагический панкреонекроз. Ваша тактика
	только интенсивная консервативная терапия
	экстренное оперативное лечение
	эндоскопические методы лечения (ЭПСТ, лапароскопическое дренирование)
141	Противопоказаниями к ЭПСТ являются
	стеноз устья главного протока поджелудочной железы
	тубулярный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части общего желчного

	протока
	крупные камни общего желчного протока
	рак БДС
	аденомы БДС
142	Для извлечения камней из желчных протоков после ЭПСТ используются
	жесткие и мягкие корзины и баллонные катетеры
	баллонные катетеры и биопсионные щипцы
	биопсийные щипцы и корзинка Dormia
	трехзубый грейфер и баллонные катетеры
	инструмент типа "крысиный зев" и биопсийные щипцы