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

Вносится

Вносится не обязательно

Не вносится

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

Установлено

Не установлено

003. Медицинская деонтология - это:

Самостоятельная наука о долге медицинских работников

Прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

004. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная:

Это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

Это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма,проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

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

Все варианты верны

005. Соблюдение врачебной тайны необходимо:

Для защиты внутреннего мира человека, его автономии

Для охраны от манипуляций со стороны внешних сил

Для защиты социальных и экономических интересов личности

Для создания основы доверительностии откровенности взаимоотношений "врач - пациент"

Для поддержания престижа медицинской профессии

Все варианты верны

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

Всегда

В особых случаях

Не всегда

007. Предметом изучения медицинской статистики являются:

Здоровье населения

Выявление и установление зависимостимежду уровнем здоровья и факторами окружающей среды

Данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения

Все варианты верны

008. Показатель младенческой смертности исчисляется по формуле:

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

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

009. Первичная медицинская статистическая документация необходима:

Для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемостис впервые в жизни диагностируемым заболеванием)

Для оперативного управления медицинской организацией

Для выработки конкретного, обоснованного решения

Для изучения особенностей и закономерностейсостояния здоровья населения

Все варианты верны

010. Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными:

Структура посещений по специальности

Динамика посещений, распределение посещений по виду обращений,по месяцам, дням недели, часам дня

Объем помощи на дому, структура посещений на дому, активность врачей по помощи на дому

Соотношение первичных и повторных посещений на дому

Все варианты верны

011. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели:

Среднее число дней работы койки

Среднее число занятых и свободных коек

Оборот койки

Средние сроки пребывания больного в стационаре

Все варианты верны

012. Качество диагностики врачей поликлиники можно оценить по показателям (по таблице Е.Э.Бэн) - это:

Частота совпадения патологоанатомических и поликлинических диагнозов

Процент отказов в госпитализации вследствие необоснованности направления больных поликлиникой в стационар

Частота совпадения (или расхождения) клинического и патологоанатомического диагнозов

Процент ошибочных диагнозов, процент невыявленных (просмотренных) диагнозов

Процент неправильных диагнозов

013. Международная классификация болезней - это:

Перечень наименований болезней в определенном порядке

Перечень диагнозов в определенном порядке

Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

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

Обеспеченность населения врачами

Обеспеченность средним медицинским персоналом

Показатель укомплектованности(врачами, средним, младшим медицинским персоналом)

Коэффициент совместительства

Все варианты верны

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

Пятьсот

Четыреста

Триста

Двести

Сто

016. Эндоскопическая служба организуется при минимальном числе населения:

200 000

100 000

50 000

25 000

10 000

017. Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии на 1 больного отводится:

40 минут

45 минут

50 минут

55 минут

60 минут

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

60 минут

70 минут

80 минут

90 минут

100 минут

019. Для выполнения одной диагностической холедохоскопии взрослому человеку отводится:

50 минут

60 минут

70 минут

80 минут

90 минут

020. Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастроскопии взрослому человеку отводится:

30 минут

40 минут

60 минут

70 минут

80 минут

021. Для выполнения одной лечебно-диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослому отводится:

40 минут

50 минут

60 минут

70 минут

80 минут

022. Для выполнения одной лечебно-диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится:

60 минут

65 минут

70 минут

80 минут

90 минут

023. Для выполнения одной диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится:

60 минут

65 минут

70 минут

80 минут

85 минут

024. Отсеченный полип толстой кишки можно извлечь всеми перечисленными способами, за исключением:

Биопсионных щипцов

Полипэктомической петли

Трехзубого грейфера

Эндоскопических ножниц

Корзинки Дормиа

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

500 исследований

600 исследований

700 исследований

800 исследований

900 исследований

026. Ворота гортани образованы:

Надгортанником, верхушками черпаловидных хрящей и черпалонадгортанными складками

Щитовидным и черпаловидными хрящами

Перстневидным и черпаловидными хрящами

Щитовидным и перстневидным хрящами

Перстневидным хрящом и первым трахеальным кольцом

027. Возвратные нервы иннервируют:

Гортань и трахею

Глотку, гортань, трахею и пищевод (верхний отдел)

Гортань и глотку

Глотку и пищевод

Щитовидную железу, гортань и глотку

028. Иннервация гортани осуществляется:

X-блуждающим и ХI-добавочным нервами

IX-языкоглоточным и Х-блуждающим нервами

X-блуждающим и ХII-подъязычным нервами

X-блуждающим нервом

IX, Х и ХI нервами

029. В пищеводе выявляется физиологических сужений:

Два

Три

Четыре

Пять

Не имеется

030. Слизистая оболочка пищевода покрыта:

Однослойным цилиндрическим эпителием

Многослойным плоским эпителием

Однослойным призматическим эпителием

Однослойным мерцательным эпителием

Железистым эпителием

031. Под слизистой оболочкой дна грушевидного кармана глотки проходит:

Языкоглоточный нерв

Блуждающий нерв

Симпатический нерв

Верхний гортанный нерв

Возвратный нерв

032. Чаще встречаются дивертикулы пищевода:

Глоточно-пищеводные

Эпифренальные

Бифуркационные

Абдоминального отдела

033. Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано:

Для проведения химиотерапии опухолевых заболеваний брюшной полости

Для контактной медикаментозной терапии воспалительных заболеваний абдоминальных органов

Для проведения перитонеального диализа

Для длительной эвакуации асцитической жидкости

Для динамического контроля за состоянием брюшной полости

034. Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) является все перечисленное, кроме:

Холедохолитиаза после холецистэктомии

Доброкачественного ограниченного папиллярного стеноза

Протяженного стеноза общего желчного протока

Синдрома слепого мешка после холедоходуоденоанастомоза

Камней общего желчного протока без доказанных камней в желчном пузыре

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

Промедола

Атропина

Но-шпы

Эфедрина

Бензогексония

036. К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением:

Кровотечения из области разреза

Ретроперитонеальной перфорации

Острого панкреатита

Холангита

Дуоденостаза

037. Для извлечения камней из желчных протоков после эндоскопическойпапиллосфинктеротомии используются:

Петля Дормиа

Папиллотом

Биопсионные щипцы

Трехзубый грейфер

Инструмент типа "крысиный зев"

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

1-2 дня

3-4 дня

5-7 дней

8-18 дней

10-14 дней

039. Методом "горячей биопсии" целесообразно удалять:

Мелкие (до 0.5 см) полипы на широком основании

Крупные (более 1.5-2 см) полипы на широком основании

Крупные полипы на короткой толстой ножке

Стелющиеся виллезные опухоли

Полиповидный рак

040. В окологлоточном пространстве расположен крупный артериальный сосуд. это -:

Верхняя щитовидная артерия

Восходящая шейная артерия

Внутренняя сонная артерия

Наружная сонная артерия

Общая сонная артерия

041. Следующие анатомические образования служат ориентиром при бронхоскопии:

Язычок мягкого неба, небные дужки, надгортанник

Язычок мягкого неба, надгортанник, голосовые связки

Небные дужки, надгортанник, голосовые связки

Небные дужки, надгортанник, грушевидные карманы

Надгортанник, голосовые связки, грушевидные карманы

042. Корень легкого проецируется на уровне:

II-IV ребер

III-V ребер

IV-VI ребер

IV-V ребер

III-IV ребер

043. К наиболее часто встречающимся врожденным порокам относятся:

Гипоплазия легких

Добавочные доли легкого

Поликистоз легких

Слияние легочных долей

Легочная секвестрация

044. Наиболее важными в осуществлении акта дыхания являются:

Наружные межреберные мышцы

Внутренние межреберные мышцы

Диафрагма

Мышцы живота

Все одинаково важны

045. Чаще отмечаются аномалии развития:

В верхнедолевом бронхе слева

В нижнедолевом бронхе слева

В верхнедолевом бронхе справа

В среднедолевом бронхе справа

В нижнедолевом бронхе справа

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

Легочные артерии

Перикард и левое предсердие

Легочные вены

Перикард и правое предсердие

Перикард и правый желудочек

047. По отношению к аорте пищевод в нижнегрудном его отделе располагается:

Сзади от аорты

Справа от аорты

Слева и спереди от аорты

048. В обеспечении нормального функционирования пищеводно-желудочного перехода принимают участие:

Диафрагмальный жом

Диафрагмально-пищеводная связка

Клапан Губарева и острый угол Гиса

Нижний пищеводный сфинктер и круглые мышечные волокна желудка

Все варианты верны

049. Пилорический жом желудка образован:

Наружным слоем мышечной оболочки

Средним слоем мышечной оболочки

Внутренним слоем мышечной оболочки

050. При язвенной болезни желудка чаще возникают кровотечения:

Из левой желудочной артерии

Из правой желудочной артерии

Из желудочно-сальниковой правой артерии

Из желудочно-двенадцатиперстной артерии

Из желудочно-сальниковой левой артерии

051. При язвенной болезни 12-перстной кишки кровотечения возникают:

Из привратниковой артерии

Из желудочно-двенадцатиперстной

Из желудочно-сальниковой правой

Из поджелудочно-двенадцатиперстной верхней

Все варианты верны

052. Слизистую оболочку желудка выстилает:

Многослойный цилиндрический эпителий

Многослойный плоский эпителий

Однослойный плоский эпителий

Однослойный цилиндрический железистый эпителий

Однослойный плоский неороговевающий эпителий

053. Собственные железы желудка располагаются:

В кардиальном отделе

В своде и теле желудка

В антральном отделе

В субкардиальном отделе

В привратнике

054. В правой продольной борозде на висцеральной поверхности печени расположены:

Печеночная артерия

Печеночный проток

Желчный пузырь

Венозная связка

055. Большой дуоденальный сосочек расположен:

На границе верхней и средней трети задней стенки нисходящей части 12-перстной кишки

На середине передне-боковой стенки нижней горизонтальной части кишки

На середине или границе средней и нижней трети внутренне-задней стенки нисходящей части

На границе трети передне-внутренней стенки нисходящей части кишки

056. Основная функция 12-перстной кишки:

Всасывание

Секреторная

В ней происходит процесс ассимиляции

В ней осуществляется переход от кислого желудочного пищеварения к кишечному

Все перечисленные функции

057. При лечении больного с нагноившейся дренирующейся 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

058. При эндоскопическом лечении хронического абсцесса легкого следует стремиться:

К образованию острого абсцесса

К полной облитерации полости абсцесса

К уменьшению количества гнойного отделяемого

К снижению температуры

К образованию сухой полости

059. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением:

Роста по типу айсберга

Опухоли на тонкой ножке или с широким основанием

Гистологической картины, подозрительной на озлокачествление

Кровоточащей опухоли

060. Клиническая картина при инородных телах трахеи включает:

Боли в грудной клетке

Приступообразный кашель

Постоянный кашель

Кашель с мокротой

Высокую температуру

061. При инородных телах бронха (свежеаспирированных) клиническая картина характеризуется:

Приступообразным кашлем

Кашлем с мокротой

Постоянным кашлем

Болями в грудной клетке

Высокой температурой

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

Биопсионные щипцы

Петля и корзинка Дормиа

Вилочковый захват

Биопсионные щипцы с иглой

Биопсионные ножницы

063. Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано:

Для купирования болей при остром панкреатите

Для купирования болей при остром холецистите

Для снижения желчной гипертензии

Для снижения гипертензии в панкреатической протоковой системе

Для купирования печеночной недостаточности

064. Наиболее выражены циркулярные складки Керкринга:

В 12-перстной кишке

В начальном отделе тощей кишки

В дистальном отделе тощей кишки

В подвздошной кишке

В толстой кишке

065. Важнейшими в функции тонкой кишки являются все перечисленные, кроме:

Переваривания

Всасывания

Ассимиляции

Моторной и экскреторной

066. Максимально толстая кишка может абсорбировать за сутки:

До двух литров жидкости

До трех литров

До четырех литров

До пяти литров

До шести литров

067. Внутренний сфинктер прямой кишки расположен:

На уровне гребешковой линии

На уровне переходной складки

Выше гребешковой линии

Ниже линии Хилтона

068. Антибиотики группы тетрациклинов не следует применять при бронхоскопии, т.к. они вызывают:

Ларингоспазм

Бронхоспазм

Кашлевой рефлекс

Отек слизистой

Аллергическую реакцию

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

В дне желудка

В теле желудка

В антральном отделе

В 12-перстной кишке

070. Язвы Кушинга преимущественно локализуются:

В дне желудка

В теле желудка

В антральном отделе

В 12-перстной кишке

В любом отделе пищевода, желудка и 12-перстной кишки

071. Медикаментозные изъязвления преимущественно располагаются:

В дне желудка

В теле желудка

В антральном отделе

В 12-перстной кишке

В любом отделе желудка и 12-перстной кишки

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

Нарушение слизисто-бикарбонатного барьера

Агрессивное действие соляной кислоты и пепсина

Нарушение кровообращения слизистой оболочки

Нарушение способности быстрой репарации слизистой

Снижение оксигенации

073. Для клинической симптоматики неосложненной язвенной болезни не характерны:

Боли в области левого подреберья

Поздняя рвота (через 2-2.5 часа после еды)

Изжога

Отрыжка, сочетающаяся со срыгиванием и саливацией

Поносы

074. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:

Дисфагия

Регургитация

Рецидивирующие респираторные инфекции

Анорексия

Загрудинная боль

075.Извлечение отсеченных полипов толстой кишки возможно всеми перечисленными способами, кроме:

Присасывания полипов к инструментальному каналу и извлечения вместе с аппаратом

С помощью биопсионных щипцов

С помощью полипэктомической петли

С помощью корзинки Дормиа

С помощью инъекционной иглы

076. При лечении синдрома Мэллори-Вейса предпочтительно:

Зонд Блэкмора

Антациды

Экстренная операция

Охлаждение желудка

Электрокоагуляция дефекта

077. Значительное повышение сывороточной амилазы характерно для:

Паротита

Панкреатита

Тонкокишечной непроходимости

Рака поджелудочной железы

Пенетрирующей язвы 12-перстной кишки

078. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является:

Рак желудка

Язвенная болезнь

Мышечная гипертрофия привратника

Пролапс слизистой желудка через привратник

Доброкачественные полипы желудка

079. Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме:

Боли в животе

Напряжения передней брюшной стенки

Усиленной перистальтики кишечника

Боли в надплечье

Рвоты

080. О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:

Усиления боли

Ослабления боли

Иррадиации боли в спину

Болей по ночам

Изменения ритмичности болей

081. Органическое заболевание, сопровождающееся изжогой:

Язва 12-перстной кишки

Язва желудка

Скользящая диафрагмальная грыжа

Параэзофагеальная грыжа

Гастрит

082. Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является:

Гастрин

Секретин

Глюкагон

Кинины

Простогландины

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

С типом анастомоза

С величиной резекции

С ваготомией

С тяжестью язвенной болезни

С уровнем кислотности

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

Язвы анастомоза

Недостаточного гемостаза в процессе операции

Невыявленной язвы

Нарушения гемостаза

Травмы при интубации

085. Синдром приводящей петли проявляется:

Рецидивом язвы

Дисфагией

Рвотой желчью

Болью в верхней половине живота, облегчаемой рвотой

086. Развитию синдрома Мэллори-Вейса способствует:

Язвенная болезнь

Алкоголизм

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Рак желудка

Лимфома желудка

087. Если затягивание петли при плоских полипах (I-II тип) затруднено, то возможно использовать все следующие манипуляции, кроме:

Присасывания полипа к инструментальному каналу

Подтягивания полипа захватывающим устройством

"Приваривания" полуоткрытой петли к слизистой оболочке у основания полипа кратковременным включением тока высокой частоты

Поэтапного удаления полипа

Новокаиновой инфильтрации подлежащих тканей

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

Через 1 неделю

Через 2 недели

Через 3 месяца

Через 6 месяцев

1 раз в год в течение 5 лет

089. Различают все перечисленные морфологические виды полипов желудка, кроме:

Гиперпластических полипов

Аденоматозных полипов

Ювенильных полипов

Гамартом

Эндометриоидных полипов

090. Показаниями к лечебной бронхоскопии являются все перечисленные, кроме:

Диффузного двустороннего бронхита I степени интенсивности воспаления

Диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления

Диффузного двустороннего бронхита III степени интенсивности воспаления

Осложненной кисты легкого

Недренирующегося абсцесса легкого

091. К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме:

Ухудшения состояния больного

Подъема температуры после санации и кровохарканье

Бронхоспазма

Реакции на санирующий раствор

092. Больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, следует санировать:

Ежедневно

Через день

Через 2 дня

Через 3 дня

Через 6 дней

093. При бронхите II степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий:

Через 1-2 мес.

Через 2-3 мес.

Через 3-4 мес.

Через 4-5 мес.

Через 5-6 мес.

094. При бронхите III степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий:

Через 1-2 мес.

Через 2-3 мес.

Через 3-4 мес.

Через 4-5 мес.

Через 5-6 мес.

095. Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести:

10 мл раствора

20 мл раствора

30 мл раствора

40 мл раствора

50 мл раствора

096. Симптомы гиповолемии появляются, когда кишечное кровотечение превышает:

100 мл

300 мл

500 мл

750 мл

1000 мл

097. Наиболее информативным методом исследования при невыясненной гепатомегалии является:

Скенирование

Ангиография

Лапароскопия

Биопсия печени

Ферментные тесты

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

Нарушения прохождения пищи по пищеводу

Расширения пищевода

Рефлюкса кислого содержимого желудка в пищевод

Спазма пищевода

Ничего из перечисленного

099. Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является:

Ангиография

Рентгенография

Эндоскопия

Исследование кислотности

Скенирование

100. Печень взрослого человека в среднем весит:

500 г

750 г

1000 г

1500 г

2000 г

101. Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеют заболевания:

Неспецифический язвенный колит

Ишемический колит

Туберкулез толстой кишки

Эозинофильный энтероколит

Писевдомембранозный колит

102. Распространенный симптом болезни Крона:

Лихорадка

Боль

Диарея

Слабость

Анорексия

103. В большинстве случаев рецидив болезни Крона после операции наблюдается:

В течение года

В течение 2-3 лет

В течение 5 лет

В течение 10 лет

Ничего из перечисленного

104. При кишечной форме туберкулеза чаще поражается:

Пищевод

Желудок

Тощая кишка

Червеобразный отросток

Прямая кишка

105. Основными симптомами кишечной непроходимости являются все нижеперечисленные, кроме:

Боли

Поноса

Рвоты

Вздутия живота

Задержки стула и газов

106. Правая половина ободочной кишки кровоснабжается:

Из селезеночной артерии

Из верхней брыжеечной артерии

Из нижней брыжеечной артерии

Из левой ободочной кишки

Из срамной артерии

107. В норме барий поступает в слепую кишку через:

1 час

2 часа

4 часа

8 часов

12 часов

108. Позыв на дефекацию возникает при:

Сокращении наружного анального сфинктера

Сокращении внутреннего анального сфинктера

Повышении давления в сигмовидной кишке

Повышении давления в прямой кишке

Сокращении прямой кишки

109. Термин "долихоколон" используется при описании ободочной кишки, которая:

Петлистая

Укорочена

Не прикреплена к брыжейке

Удвоена

Удлинена

110. При долихоколон больные жалуются:

На боль в спине

На частый стул

На быстрое насыщение

На вздутие живота

На запоры начиная с рождения

111. Лица с долихоколон предрасположены:

К инвагинации

К завороту кишки

К злокачественным новообразованиям

К выпадению прямой кишки

К полипам

112. В норме в кале встречаются все нижеперечисленные энзимы, кроме:

Пепсина

Амилазы

Липазы

Трипсина

Мальтазы

113. Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки:

Дилатация ампулы прямой кишки

Разрыхленность слизистой прямой кишки

Сегментарный спазм сигмовидной кишки

Поверхностные изъязвления

Инфильтрация слизистой

114. Для псевдомембранозного колита характерно:

Высокая температура

Боли в животе

Понос

Стафилококк в мазке кала

Наличие специфических изменений при гистологическом исследованиислизистой прямой кишки

115 Дивертикулез толстой кишки чаще поражает:

Прямую кишку

Сигмовидную кишку

Нисходящую кишку

Поперечную ободочную кишку

Слепую кишку

116. К антибиотикам, обладающим нефротоксическим и ототоксическим действием, относятся:

Окситетрациклин

Полимиксин и неомицин

Линкомицин

Левомицетин

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

Усиливается

Исчезает

Иррадиирует в спину

Сосредоточивается в пупочной области

Характер боли не меняется

118. При пероральном применении инактивируется желудочным соком:

Оксациллин

Эритромицин

Канамицин

Метациклин

Пенициллин

119. Микулич в 1881 г. сконструировал:

Жесткий эзофагоскоп

Гибкий гастроскоп

Жесткий ректоскоп

Жесткий гистероскоп

Жесткий аппарат для осмотра желудка, изогнутый в дистальной трети под углом 30°.

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

Биопсионных щипцов

Полипэктомической петли

Трехзубого грейфера

Эндоскопических ножниц

Корзинки Дормиа

121. Показаниями к экстренной эзофагогастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме:

Желудочно-кишечное кровотечение

Инородное тело

Перфоративная язва

На операционном столе

Анастомозит

122. Абсолютными противопоказаниями к плановой эзофагогастродуоденоскопии, являются все перечисленные, кроме:

Инфаркта миокарда

Гемофилии

Сердечно-сосудистой недостаточности III степени

Инсульта в острой стадии

Психических заболеваний

123. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии:

Варикозное расширение вен

Инфаркт миокарда

Психические заболевания

Агональное состояние больного

Желудочно-кишечное кровотечение

124. Специальная подготовка к гастроскопии требуется у больных:

С язвой желудка

Со стенозом привратника

С хроническим гастритом

С эрозивным гастритом

С полипами желудка

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

Автоклавирования

Промывания в проточной воде

Газовой стерилизации

Стерилизации формальдегидом

Обработке 70° спиртом

126. Для маркировки места локализации удаленного полипа используется:

Бриллиантовая зелень

Раствор туши

Индигокармин

Метиленовый синий

Фукорцин

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

Недостаточности швов анастомоза

Несостоятельности анастомоза с явлениями перитонита

Стенозирующих опухолей пищевода, желудка и 12-перстной кишки с выраженными нарушениями пассажа пищи

Органической или функциональной непроходимости верхних отделов пищеварительного тракта после хирургического вмешательства на пищеводе, желудке или 12-перстной кишке

Резко выраженного рубцового стеноза гастроэнтероанастомоза

128. Колоноскопия не показана:

При анемии

При раке яичника

При метастатическом поражении печени

При полипе желудка

При дизентерии

129. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен:

При неспецифическом язвенном колите

При болезни Крона

При диффузном полипозе толстой кишки

При неустановленном источнике кишечного кровотечения

При всех перечисленных заболеваниях

130. Показаниями к ургентной колоноскопии являются:

Толстокишечная непроходимость

Кишечное кровотечение

Подозрение на перфорацию толстой кишки

Дивертикулез толстой кишки с явлениями периколита

131. Показаниями к интраоперационной колоноскопии является:

Дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом

Кишечное кровотечение с неустановленным источником

Неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением

Болезнь Крона в фазе стриктурирования

132. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:

Тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона

Тяжелые степени сердечно-сосудистой и легочной недостаточности

Острый парапроктит

Кровоточащий геморрой

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

Надсечение слизистой оболочки над опухолью с помощью электроножа

Создание новокаинового депо под опухолью

Частичное вылущивание опухоли

Наложение петли на вылущенную опухоль

Использование захватывающего устройства для подтягивания опухоли

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

Головка полипа касается слизистой

Полипэктомическая петля не затянута

Затягивание петли на ножке полипа до появления его цианотической окраски

Вмешательство выполняется при наличии вокруг полипа жидкости

Диатермическая петля втянута в инструментальный канал эндоскопа

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

Присасывания опухоли к инструментальному каналу эндоскопа и извлечения его вместе с аппаратом

Промывания желудка

С помощью биопсионных щипцов

С помощью полипэктомической петли

С помощью полиэтиленовой трубки, проведенной через инструментальный канал эндоскопа, создавая в ней разрежение

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

Сифонная клизма за 1 час до осмотра

Накануне исследования принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования

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

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

Осмотр производится без подготовки

137. К особенностям подготовки больных с дивертикулезом толстой кишкиотносятся:

Удвоение дозы касторового масла

Использование в качестве слабительного раствора сернокислой магнезии

Увеличение количества очистительных клизм в день исследования

Уменьшение дозы слабительного

Применение только механической очистки кишечника методом лекарственного промывания

138. Подготовка больных с дивертикулезом толстой кишки имеет следующую особенность:

Выраженный болевой синдром

Опасность развития перфорации

Трудность отмывания содержимого из дивертикулов

Выраженный спазм кишки

Опасность развития толстокишечной непроходимости

139. На моторику тонкой кишки преимущественно действуют:

Касторовое масло

Кора крушины

Изафенин

Фенолфталеин (пурген)

Бисакодил

140. На моторику тонкой и толстой кишки оказывают действие:

Раствор сернокислой магнезии

Касторовое масло

Изафенин

Бисакодил

Кора крушины

141. Перед колоноскопиейпремедикация включает:

Наркотики подкожно

Спазмолитики подкожно

Наркотики + спазмолитики подкожно

Наркотики + спазмолитики внутривенно

Премедикации не требуется

142. Колоноскоп не удается провести в купол слепой кишки при всех перечисленных состояниях, кроме:

Спазма толстой кишки

Наличия "несобранных" петель сигмовидной кишки

Выраженного спаечного процесса брюшной полости

Плохой подготовки толстой кишки

Выраженного сужения просвета кишки

143. При отсутствии продвижения колоноскопа вперед по кишкевозможно использовать все перечисленные приемы, кроме:

Смазывания конца аппарата маслом

Аспирации воздуха из просвета кишки

Использования ручного пособия через переднюю брюшную стенку

Использования приема "сосбаривания толстой кишки"

Использования приема проведения аппарата "через растянутую петлю"

144. К причинам, по которым колоноскоп не удается провести в купол слепой кишки, относятся:

Провисание поперечной ободочной кишки в малый таз

Наличие дополнительных петель сигмовидной кишки

Плохая подготовка толстой кишки к исследованию

Стенозирование просвета толстой кишки

145. Фиксация сигмовидной кишки характеризуется:

Усилением болей при сосбаривании кишки

Уменьшением болей при сосбаривании кишки

Повышением тонуса толстой кишки

Снижением тонуса толстой кишки

Отсутствием перистальтики толстой кишки

146. Введение колоноскопа в прямую кишку производится в положении больного:

Лежа на спине

Лежа на левом боку

Лежа на правом боку

Лежа на животе

В коленно-локтевом положении

147. Осмотр ободочной кишки производится в положении больного:

Лежа на спине

Лежа на левом боку

Лежа на правом боку

Лежа на животе

В коленно-локтевом положении

148. Болевой синдром при выполнении колоноскопии обусловлен:

Недостаточной премедикацией

Натяжением брыжейки толстой кишки

Избыточной инсуфляцией воздуха

Раздражением слизистой оболочки концом эндоскопа

Появления неадекватного продвижения колоноскопа по кишкевоздухом

149. Норматив времени на выполнение тотальнойколоноскопии составляет:

30 мин

60 мин

90 мин

100 мин

150 мин

150. Самый узкий отдел толстой кишки - это:

Прямая кишка

Ректо-сигмовидный отдел

Сигмовидная кишка

Слепая кишка

Восходящая кишка

151. Высокие, плотные, морщинистые на вид складки характерны:

Для слепой кишки

Для восходящей кишки

Для поперечно-ободочной кишки

Для сигмовидной кишки

Для прямой кишки

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

Подвздошной кишки

Слепой кишки

Восходящей кишки

Сигмовидной кишки

153. В понятие "ободочная кишка" не входит:

Слепая кишка

Нисходящая кишка

Сигмовидная кишка

Прямая кишка

154. В понятие "толстая кишка" не входят:

Подвздошная, "тощая" кишка

Слепая кишка

Восходящая кишка

Прямая кишка

155. Продольные складки характерны:

Для слепой кишки

Для восходящей кишки

Для поперечно-ободочной кишки

Для нисходящей кишки

Для прямой кишки

156. Светлая, гладкая, блестящая слизистая с четким сосудистым рисунком характерна:

Для слепой кишки

Для восходящей кишки

Для поперечно-ободочной кишки и нисходящей кишки

Для сигмовидной кишки

157. Первую в мире бронхоскопию выполнил:

Микулич в 1888 г.

Киллиан в 1897 г.

Шмидт в 1903 г.

Брюннингс в 1926 г.

Фридель в 1956 г.

158. Первый гибкий бронхоскоп создал:

Микулич в 1888 г.

Киллиан в 1897 г.

Фридель в 1956 г.

Гиршовиц в 1958 г.

Икеда в 1968 г.

159. Показаниями к бронхофиброскопии являются:

Профузное легочное кровотечение

Статус астматикус

Центральный рак легкого

Инородное тело легкого

Гемофилия

160. При бронхоскопии возможно диагностировать:

Бронхоэктатическую болезнь

Интерстициальную пневмонию

Неосложненную кисту легкого

Центральный рак легкого

Недренирующийся абсцесс легкого

161. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются:

Периферический рак легкого

Центральный рак легкого

Инородное тело бронха

Статус астматикус

Кровохарканье

162. Осложнениями бронхоскопии могут быть:

Бронхо-пищеводный свищ

Желудочное кровотечение

Ларингоспазм

Пневмоторакс

Ателектаз легкого

163. Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является:

Новокаин

Кокаин

Тримекаин

Дикаин

Лидокаин

164. Антидотом дикаина является:

Кордиамин

Атропин

Кофеин

Эуфиллин

Астмопент

165. Первым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

Корень языка

Язычок

Надгортанник

Голосовые связки

Бифуркация трахеи (карина)

166. Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

Корень языка

Язычок

Надгортанник

Голосовые связки

Бифуркация трахеи (карина)

167. Третьим анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

Корень языка

Язычок

Надгортанник

Голосовые связки

Бифуркация трахеи (карина)

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

Эндоскопическую полипэктомию, затем - традиционную операцию

Эндоскопическую полипэктомию

Только хирургическое лечение

Симптоматическое лечение

Лучевую терапию

169. Основным инструментом при электроэксцизии полипа является:

Металлическая петля

Диатермические щипцы

Диатермическая петля

Электронож

Электроножницы

170. Хирургическое вмешательство показано при всех перечисленных формах, за исключением:

Одиночных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста

Множественных малигнизированных полипов с интраэпителиальной локализацией злокачественного роста

Одиночных малигнизированных полипов с инвазивным ростом

Множественных малигнизированных полипов с инвазивным ростом

Больших полипов с шириной основания более 3 см

171. К осложнениям эндоскопической полипэктомии относятся все перечисленные, за исключением:

Кровотечения из области пересеченной ножки или ложа полипа

Перфорации полого органа

Отрыва дистальной части петли во время полипэктомии

Позднего кровотечения из коагуляционной язвы

Возникновения очагов коагуляционного некроза

172. В момент электроэкцизии полипа на ножке с помощью диатермической петли головка полипа касалась слизистой желудка. В этом случае возможным осложнением может быть:

Электротравма врача-эндоскописта

Ожог слизистой

Повреждение аппарата

Ослабление коагуляционного действия тока, кровотечение

Образование зоны коагуляционного некроза в области основания полипа

173. В случае выскальзывания подслизистой опухоли (II тип) в сторону мышечного слоя при затягивании петли целесообразно:

Подтянуть опухоль захватывающим устройством

Надсечь слизистую оболочку над опухолью с помощью электроножа и частично ее вылущить

Создать лекарственный инфильтрат над опухолью

Предварительно скоагулировать слизистую оболочку над опухолью

Применить метод электрокоагуляции

174. Применяются все следующие виды эндоскопического удаления полипов, кроме:

Механического срезания полипов

Электроэксцизии

Электрокоагуляции

Лазерной коагуляции

Эндоскопической инъекции в ткань опухоли растворов уксусной кислоты и этанола

175. Четвертым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

Корень языка

Язычок

Надгортанник

Голосовые связки

Бифуркация трахеи (карина)

176. Устье верхне-долевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается:

На 12 часах

На 9 часах

На 6 часах

На 3 часах

На 2 часах

177. К средней доле относится:

С1

С3

С5

С7

С9

178. 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 заднего бронха на 12 часах

На боковой стенке промежуточного бронха на 3 часах

На задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах

179. Место нахождения устья VII сегментарного бронха (справа) расположено:

На передней стенке промежуточного бронха

На задней стенке промежуточного бронха

На передней стенке нижнедолевого бронха

На медиальной стенке нижнезонального бронха

На медиальной стенке нижнедолевого бронха

180. 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 поверхности главного бронха

181. Устье VI-го сегментарного бронха слева расположено:

На 12 часах

На 1 часе

На 2 часах

На 3 часах

На 4 часах

182. Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии, является:

Статус астматикус

Легочное кровотечение

Гемангиома

Инородное тело бронха

Рак легкого

183. Показанием к браш-биопсии является:

Атрофический бронхит

Саркоидоз Бека

Центральная и периферическая опухоль легкого

Легочное кровотечение

Инородное тело бронха

184. Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофиброскопии является:

Отек слизистой оболочки бронха

Гнойный секрет в устье бронха

Гемангиома

Центральный рак легкого

Инородное тело бронха

185. Противопоказанием к щипцевой биопсии является:

Отек слизистой оболочки бронха

Гнойный секрет в устье бронха

Центральный рак легкого

Периферический рак легкого

Нарушения свертывающей системы крови

186. Осложнением щипцевой биопсии является:

Перфорация стенки бронха

Кровотечение

Отек слизистой оболочки бронха

Обострение хронического бронхита

Пневмомедиастинум

187. Осложнением трансбронхиальнойщипцевой биопсии легкого является:

Обострение хронического бронхита

Перфорация стенки бронха

Кровотечение

Пневмоторакс

Разрыв легкого

188. При лапароскопии можно установить все перечисленное, кроме:

Цвета опухоли

Морфологической структуры опухоли

Наличия метастазов

Консистенции опухоли

Подвижности опухоли

189. Лапароскопическое исследование противопоказано во всех перечисленных случаях, за исключением:

Гемофилии

Алкогольного опьянения

Тотального спаечного процесса в брюшной полости

Терминального состояния больного

Резко выраженного вздутия кишечника

190. Показаниями для эндоскопического удаления подслизистых опухолей верхних отделов желудочно-кишечного тракта, являются все перечисленные, за исключением:

Опухолей II типа диаметром не более 2 см

Опухолей IV типа диаметром не более 3 см,при ширине ложной ножки не более 2 см

Небольших подслизистых опухолей с клиническими проявлениями

Опухолей III типа не более 2 см

Небольших подслизистых опухолей I типа без клинических проявлений

191. Для аспирационной биопсии инструменты стерилизуются:

Кипячением

Автоклавированием

В сухожаровых камерах

В параформалиновых камерах

В растворах антисептика

192. Для осмотра червеобразного отростка лапароскоп в брюшную полость проводится:

Через верхнюю правую точку Калька

Через верхнюю левую точку Калька

Через нижнюю левую точку Калька

По белой линии живота над лобком

В точке Мак-Бурнея

193. Абдоминальный отдел пищевода можно осмотреть:

Из верхней точки Калька слева

Из верхней точки Калька справа

Из левого подреберья латеральнее наружного края прямой мышцы живота

Из нижней точки Калька слева

Из нижней точки Калька справа

194. Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленное, кроме:

Плевритов неясной этиологии

Пиопневмоторакса

Опухолей плевры

Бронхогенного рака легкого

Спонтанного пневмоторакса

195. Среди осложнений при торакоскопии наиболее часто встречаются все, кроме:

Подкожной эмфиземы

Пневмоторакса

Внутриплеврального кровотечения

Инфицирования плевральной полости

Легочного кровотечения

196. Оптические телескопы обрабатываются способом, кроме:

Кипячения

В парах формалина в течение 24 ч

Окисью этилена в течение 24 ч

Спиртовым раствором хлоргексидина

4%. раствором роккала

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

Хирургическое лечение в плановом порядке

Лечебная эндоскопическая полипэктомия

Динамическое наблюдение

Экстренное хирургическое вмешательство

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

198. При торакоскопии оценке подлежит все, кроме:

Характера экссудата

Вида париетальной плевры

Вида висцеральной плевры

Податливости и подвижности легкого

Состояния сегментарных бронхов

199. Противопоказанием для диагностической полипэктомии являются:

Множественные полипы

Одиночные растущие полипы

Плоские полипы бляшковидной формы

Изъязвленные полипы

Малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на всю ножку или основание опухоли

200. Медиастиноскопия показана:

При увеличении лимфоузлов средостения

При инородном теле легкого

При кровохаркании

При ателектазе легкого

При увеличении щитовидной железы III-IV ст.

201. Основными противопоказаниями к медиастиноскопии являются:

Увеличение щитовидной железы I ст.

Увеличение паратрахеальных лимфатических узлов

Синдром верхней полой вены

Центральный рак легкого

Небольшие опухоли вилочковой железы

202. К наиболее частым осложнениям при выполнении медиастиноскопииотносятся:

Нагноение раны

Гематома в ране

Подкожная эмфизема

Кровотечение

Повреждение перикарда

203. При ранении легочной артерии во время медиастиноскопииврач должен сделать:

Тампонаду

Торакотомию

Перевязку сосуда

Коагуляцию

Гемотрансфузию

204. Медиастиноскопия выполняется:

Амбулаторно в эндоскопическом отделении

В стационаре в бронхоскопическом кабинете

В стационаре в условиях операционной

Амбулаторно в условиях операционной

В любом кабинете эндоскопического отделения стационара

205. Положение больного во время медиастиноскопии:

Сидя в кресле

Лежа на боку

Лежа на спине с приподнятым головным концом

Лежа на спине с валиком под плечами

Лежа на спине, изменения положения головы не влияют на технику выполнения исследования

206. Оптимальным методом обезболивания при выполнении медиастиноскопии, является:

Масочный

Эндотрахеальный комбинированный наркоз

Поверхностный наркоз без мышечных релаксантов

Местная анестезия

207. Длина медиастиноскопа, применяемого при расширенной медиастиноскопии, составляет:

200 мм

250 мм

400 мм

330 мм

Длина медиастиноскопа такая же, как при выполнении "классической" медиастиноскопии

208. Для выполнения медиастиноскопии существуют:

Один анатомический ориентир

Два анатомических ориентира

Три анатомических ориентира

Четыре анатомических ориентира

Пять анатомических ориентиров

209. Первый анатомический ориентир при медиастиноскопии:

Дуга аорты

Яремная вырезка

Трахея

Бифуркация трахеи

Грудино-подключичная мышца

210. Второй анатомический ориентирпри медиастиноскопии:

Трахея

Яремная вырезка

Бифуркация трахеи

Пищевод

Дуга аорты

211. Третий анатомический ориентирпри медиастиноскопии:

Пищевод

Дуга аорты

Трахея

Бифуркация трахеи

Грудино-подъязычная мышца

212. К лимфоузлам, доступным биопсии при "классической" медиастиноскопии, относят:

Паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы

Бронхопульмональные

Лимфоузлы, находящиеся в "субаортальном окне"

Околопищеводные

Только паратрахеальные

213. К лимфоузлам, недоступным биопсии при "классической" медиастиноскопии, относят:

Только паратрахеальные

Бронхопульмональные

Бифуркационные и околопищеводные

Бифуркационные

Бронхопульмональные и паратрахеальные

214. При "классической" медиастиноскопии возможны:

Биопсия с задней поверхности пищевода

Удаление паратрахеальных кист

Биопсия с корня легкого

Удаление бронхопульмональных узлов

Биопсия ткани легкого

215. В классификации грыж пищеводного отверстия диафрагмы выделяют все перечисленные формы, исключая:

Короткий пищевод

Параэзофагеальную грыжу

Диафрагмальную грыжу

Аксиальную грыжу

Гигантскую грыжу

216. Эндоскопическими критериями эзофагита, являются все перечисленные, исключая:

Гиперемию слизистой оболочки пищевода

Эрозии и язвы

Лейкоплакии

Полипы

Утолщение складок слизистой оболочки пищевода

217. К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относится:

Розовая слизистая

Гиперемия слизистой в виде продольных полос

Багрово-синюшная слизистая

Сосудистый рисунок не виден

Эрозии слизистой

218. К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относится:

Гиперемия слизистой незначительная

Ярко гиперемированная слизистая

Розовая слизистая

Незначительная контактная кровоточивость

Эластичность слизистой сохранена

219. К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени относятся:

Гиперемия слизистой незначительная

Эластичность слизистой оболочки сохранена

Сосудистый рисунок прослеживается

Незначительная контактная кровоточивость

Одиночные или множественные язвы

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

Гиперемию слизистой в виде продольных полос

Снижение эластичности слизистой оболочки

Отек слизистой оболочки

Наличие вязкой слизи

Изменение сосудистого рисунка

221. К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относятся все перечисленные, за исключением:

Диффузной гиперемии слизистой оболочки

Утолщения складок слизистой оболочки

Контактной кровоточивости слизистой оболочки

Наличия эрозий

Сохранения эластичности слизистой

222. Причинами хронического эзофагита могут быть все перечисленные, кроме:

Постоянного рефлюкса желудочного содержимого

Ахалазии кардии

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Пищевых раздражителей

Халазии кардии

223. При синдроме Мэллори-Вейса разрывы слизистой локализуются:

В антральном отделе желудка

В области кардиоэзофагального перехода на задней стенке

В области кардии или кардиоэзофагального перехода на передней стенке

В области кардии или кардиоэзофагального перехода на боковых стенках

На большой кривизне желудка

224. Противопоказаниемдля лечебной полипэктомии являются:

Малигнизированные полипы с переходом злокачественного процесса на стенку желудка

Одиночные полипы I-II типа

Множественные полипы II-IV типа

Изъязвленные полипы осложнившиеся кровотечением

Одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы

225. Клиническими проявлениями глоточно-пищеводного дивертикула (Ценкера),являются все перечисленные, кроме:

Чувства першения в горле

Неприятного запаха изо рта

Афонии

Покашливания

Одышки

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

Продольно расположенные тяжи голубого цвета

Узловатой формы, диаметр по направлению к кардии увеличивается

При раздувании воздухом не спадаются

При инструментальной пальпации ощущается сопротивление

Зубчатая линия сохранена

227. Варикозное расширение вен желудка обычно определяется:

В области угла желудка

В области дна желудка

В кардиальном отделе на малой кривизне

В антральном отделе

В области привратника

228. Варикозные расширение вен следует дифференцировать:

С эзофагитом

С кардиоспазмом

С гипертрофированными складками слизистой оболочки

С синдромом Мэллори-Вейса

С подслизистой опухолью пищевода

229. К основным методам диагностики кардиоспазма относятся все перечисленные, исключая:

Рентгенологический

Эзофагоскопию

Эзофаготонокимографию

Анамнез

Ультразвуковое исследование

230. Эндоскопические признаки кардиоспазма включают все перечисленные, за исключением:

Расширения пищевода

Большого количества содержимого в пищеводе

Хорошего расправления пищевода воздухом

Рефлюкса желудочного содержимого в пищевод

Спазма кардии

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

Кровотечения из полипа

Нарушения свертывающей системы крови

Полипов, основание которых превышает 2.5 см

Общего тяжелого состояния больного

Множественных мелких полипов 1-го типа

232. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению полипов и подслизистых опухолей являются все перечисленные, за исключением:

Нарушений свертывающей системы крови

Полипов на широком основании (более 2 см)

Изъязвленных полипов, осложнившихся кровотечением

Крупных подслизистых опухолей диаметром более 2-3 см

Подслизистых опухолей, связанных с мышечным слоем стенки органа

233. Минимальный диаметр сужения, достаточный для прохождения пищи, составляет:

15 мм

10 мм

8 мм

5 мм

2 мм

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

Правильную округлую форму

Гладкую поверхность

Бугристую поверхность

Слизистая оболочка над опухолью не изменена

Плотно-эластическую консистенцию

235. Дисфагия проявляется, когда раком поражается более:

10%. окружности пищевода

30%. окружности пищевода

50%. окружности пищевода

70%. окружности пищевода

90%. окружности пищевода

236. Характерной микроскопической структурой рака пищевода является:

Низкодифференцированный рак

Плоскоклеточный рак с ороговением

Овсяноклеточный рак

Перстневидноклеточный рак

Мелкоклеточный рак

237. Эндоскопическая картина изъязвившегося рака пищевода включает все перечисленное, кроме:

При взятии биопсии кровоточивость снижена

Язвенный дефект неправильной формы с нечеткими контурами

Дно бугристое

Воспалительный вал отсутствует

Просвет не сужен

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

Перестройку рельефа слизистой

Слизистая тусклая, серого цвета

Функция кардии нарушена

Функция кардии не нарушена

Зубчатая линия нечетко выражена, смазана

239. К эндоскопическим критериям поверхностного гастрита относят:

Слизистая оболочка бледная, сосудистый рисунок подчеркнут

Слизистая оболочка гиперемирована, большое количество слизи

Слизистая оболочка розовая, складки утолщены

Складки слизистой истончены, небольшое количество слизи

Слизистая оболочка бархатистая, шероховатая, складки утолщены

240. Эндоскопическая картина атрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая:

Слизистая бледно-серого цвета

Складки слизистой нормального калибра

Сосудистый рисунок выражен

Складки слизистой истончены

Перистальтика сохранена

241. Излюбленная локализация гранулярного очагового гастрита:

Кардиальный отдел

Свод желудка

Задняя стенка тела желудка

Передняя стенка тела желудка

Антральный отдел

242. При наличии достаточно длинной ножки полипа диатермическую петлю целесообразно наложить на уровне:

Слизистой оболочки желудка

Головки полипа

3-4 мм от слизистой оболочки желудка

3-5 мм от головки полипа

1-2 мм от слизистой оболочки желудка

243. Излюбленная локализация бородавчатого гастрита:

Кардиальный отдел

Свод желудка

Тело желудка

Антральный отдел

Привратник

244. Полипозный гастрит необходимо дифференцировать:

С инфильтративным раком желудка

С болезнью Менетрие

С полипозом желудка

С неполными эрозиями желудка

С подслизистой опухолью желудка

245. Глубина поражения стенки желудка при эрозии касается:

Слизистого слоя

Слизистого и подслизистого слоев

Собственной пластинки слизистой оболочки

Слизистого, подслизистого и мышечного слоев

Всех слоев стенки желудка

246. Излюбленная локализация неполной эрозии желудка:

Малая кривизна

Большая кривизна

Передняя стенка

Задняя стенка

Антральный отдел

247. Сроки заживления неполных эрозий желудка:

От нескольких часов до 4 недель

От 1 до 2 недель

От 2 до 4 недель

До 2 месяцев

Персистируют годами

248. Заживление неполных эрозий желудка характеризуется:

Образованием звездчатого рубца

Образованием линейного рубца

Деформацией стенки органа

Отсутствием рубца

Сужением просвета органа

249. Неполную эрозию желудка следует дифференцировать:

С острой язвой

С изъязвившимся раком

С хронической язвой

С лимфогранулематозом

С подслизистой опухолью

250. Излюбленная локализация полной эрозиижелудка:

Малая кривизна

Большая кривизна

Передняя стенка

Задняя стенка

Привратник

251. Эндоскопические критерии полной незрелой эрозиижелудкавключают все перечисленное, за исключением:

Полиповидного образования

Неправильной формы

Нечетких контуров

Изъязвления на вершине

Четких контуров

252. Сроки заживления полных незрелых эрозийжелудка составляют:

Несколько часов

Несколько дней

От 2 до 4 недель

До 2 месяцев

Персистируют годами

253. Сроки заживления полных зрелых эрозийжелудка составляют:

Несколько часов

Несколько дней

От 2 до 4 недель

До 2 месяцев

Персистируют годами

254. Перед полипэктомией необходимо применить все перечисленные методы обследования, исключая:

Определение группы крови и резус-фактора

Изучение основных показателей свертывающей системы

Определение кислотности

ЭКГ

Колоноскопию

255. Результаты биопсии и гистологического исследования всего полипа совпадают:

В 100%.

В 80-90%.

В 50-70%.

В 30-40%.

В 10-20%.

256. Длительно незаживающие полные эрозии желудка следует дифференцировать:

С лимфомой желудка и язвенно-инфильтративным раком

С болезнью Менетрие

С гранулярным гастритом

С бородавчатым гастритом

Со всем перечисленным

257. Глубина разрушения стенки желудка при острой язве включает:

Собственную пластинку

Слизистый слой

Подслизистый слой

Мышечный слой

Все слои стенки

258. Диаметр острой язвы желудка составляет:

Несколько мм

До 1 см

От 1 до 3 см

От 3 до 5 см

Свыше 5 см

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

Результаты биопсии

Глубина поражения

Состояние слизистой вокруг (гиперемия, отек, инфильтрация)

Размеры

Форма

260. Излюбленной локализацией острых язв желудка является:

Большая кривизна

Малая кривизна

Задняя кривизна

Передняя стенка

Привратник

261. Множественные острые язвы желудка встречаются в:

1-5%. случаев

5-10%. случаев

10-15%. случаев

15-20%. случаев

20-25%. случаев

262. Частота осложнений острых язв желудка составляет:

10-15%.

15-20%.

20-30%.

30-40%.

40-45%.

263. Наиболее частое осложнение острых язв желудка:

Перфорация

Пенетрация

Кровотечение

Малигнизация

Стеноз

264. Клинические проявления язв пилорического канала включают все перечисленное, за исключением:

Локализации болей в правом участке эпигастрии

Отсутствия сезонности болевого синдрома

Интенсивные боли

Иррадиации боли в поясничную область

Ночные боли

265. Глубина разрушения стенки желудка при хронической язве включает:

Собственную пластинку слизистой оболочки

Слизистый слой

Подслизистый слой

Мышечный слой

Все слои стенки

266. Хронические язвы желудка чаще всего локализуются:

В области дна

В субкардиальном отделе

На большой кривизне тела желудка

На малой кривизне в области угла желудка

В препилорической зоне

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

Края язвы ригидны

Излюбленная локализация - малая кривизна, угол желудка

Размеры от 1 до 3 см

Слизистая вокруг гиперемирована, отечна

Конвергенция складок

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

Округлая или овальная форма

Четкие контуры

Изъеденные контуры

Выраженный воспалительный вал вокруг

Гладкое дно

269. К особенностям хронической язвы желудка,локализующейся на большой кривизне, относится все перечисленное, за исключением:

Небольших размеров

Больших размеров

Выраженной конвергенции складок к краям язвы

Заживления с образованием грубого рубца

Склонностью к пенетрации в соседние органы

270. Изъязвления Дьелафуа локализуются обычно:

В кардиальном отделе желудка на малой кривизне

В дне и теле желудка на большой кривизне

В дне и теле желудка на малой кривизне

В антральном отделе желудка

В привратнике

271. Изъязвления Дьелафуа осложняется:

Скрытым кровотечением

Перфорацией

Профузным кровотечением

Пенетрацией

Малигнизацией

272. Сроки заживления острых язв желудка составляют:

От 1 до 14 дней

От 14 до 28 дней

Несколько часов

От 1 до 1.5 мес.

Свыше 1.5 мес.

273. На месте зажившей острой язвы образуется:

Рубец звездчатой формы

Рубец линейной формы

Нежный эпителиальный рубец, полностью исчезающий после стихания воспалительных явлений

Деформация стенки желудка

Псевдодивертикул

274. После заживления острой язвы наблюдается:

Незначительная деформация стенки желудка

Умеренно выраженная деформация стенки

Значительная деформация стенки

Рубцовое сужение просвета желудка

Деформация стенки желудка отсутствует

275. Хронические язвы встречаются на большой кривизне желудка:

Никогда

В 1%. случаев

В 3-5%. случаев

В 5-10%. случаев

В 10-15%. случаев

276. Каллезная язва - это:

Хроническая язва

Длительно незаживающая хроническая язва

Часто рецидивирующая хроническая язва

Язва, не склонная к рубцеванию

Острая язва

277. Хроническая язва желудка морфологически характеризуется:

Нормальной слизистой в препарате

Разрастаниями грануляционно-рубцовой ткани

Перестройкой желез по кишечному типу

Метаплазией

Дисплазией

278. Гиперемия слизистой вокруг язвы свидетельствует:

О выраженном воспалении

Об инфильтрации слизистой

О рубцевании язвы

О малигнизации язвы

О пенетрации язвы

279. Сроки заживления хронической язвы желудка составляют:

Несколько часов

От 14 до 28 дней

От 1 до 1.5 мес.

От 1.5 до 2 мес.

От 2 до 3 мес.

280. К осложнениям язвенной болезни желудка относятся все перечисленные, исключая:

Кровотечение

Дуоденостаз

Перфорацию

Пенетрацию

Деформацию желудка

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

Аденомы желудка

Лимфоидной гиперплазии

Хронического атрофического гастрита

Язвенной болезни желудка

Болезни Менетрие

282. Полипы желудка чаще локализуются:

В кардиальном отделе

В дне

В теле

В антральном отделе

Излюбленной локализации нет

283. Доброкачественные подслизистые опухоли обычно осложняются:

Перфорацией

Стенозом

Кровотечением

Образованием свища

Озлокачествлением

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

Кишечную метаплазию

Тяжелую дисплазию слизистой оболочки

Слабую дисплазию слизистой оболочки

Гиперплазию слизистой оболочки

Атрофию слизистой оболочки

285. Излюбленная локализация полиповидного рака желудка:

Кардиальный отдел

Тело желудка

Малая кривизна

Привратник

Свод желудка

286. Излюбленная локализация блюдцеобразного рака желудка:

Кардиальный отдел

Большая кривизна тела и антрального отдела желудка

Малая кривизна

Привратник

Свод

287. Излюбленная локализация изъязвившегося рака желудка:

Свод

Малая кривизна

Большая кривизна

Антральный отдел

Излюбленной локализации нет

288. Излюбленная локализация инфильтративного рака желудка:

Свод

Малая кривизна

Большая кривизна

Антральный отдел

Излюбленной локализации нет

289. Проксимальная граница опухолижелудка обязательно определяется:

При полиповидном раке

При блюдцеобразном раке

При изъязвившемся раке

При инфильтративном раке

При раннем раке

290. Полиповидный рак желудка чаще развивается на фоне:

Поверхностного гастрита

Атрофического гастрита

Полипоза желудка

Острой язвы желудка

Хронической язвы желудка

291. Изъязвившийся рак желудка чаще развивается на фоне:

Хронической язвы

Острой язвы

Эрозивного гастрита

Атрофического гастрита

Поверхностного гастрита

292. Инфильтративный рак желудка чаще развивается на фоне:

Хронической язвы

Острой язвы

Гипертрофического гастрита

Эрозивного гастрита

Поверхностного гастрита

293. В понятие "дисплазия" входит:

Клеточная атипия

Нарушение структуры тканей

Нарушение дифференцировки

Все варианты верны

294. Динамическое наблюдение возможно при всех перечисленных состояниях, за исключением:

Множественных мелких полипов (3-6 мм)

Небольших малоподвижных подслизистых опухолей без клинических проявлений

Множественных полипов без выраженных клинических проявлений у больных старческого возраста

Больших полипов с диаметром основания более 2 см

Тотального полипоза без выраженных клинических проявлений

295. К предраковым заболеваниям пищевода относятся все перечисленные, кроме:

Пищевод Барретта

Стриктуры пищевода

Ахалазиякардии

Дивертикул

296. Наиболее частая локализация раннего рака желудка:

Свод

Кардиальный отдел

Малая кривизна

Задняя стенка

Большая кривизна

297. Глубина поражения при раннем раке желудка включает:

Собственную пластинку слизистой оболочки желудка

Всю слизистую

Слизистый и подслизистый слои

Слизистый, подслизистый и мышечные слои

Все стенки желудка

298. Клиническая картина раннего рака желудка включает:

Тяжесть в эпигастральной области

Тошноту

Симптоматика отсутствует

Похудание

Слабость

299. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIсхарактеризуются всем перечисленным, исключая:

Поверхностное изъязвление неправильной формы

Неизмененную слизистую вокруг

Отсутствие воспалительного вала вокруг

Локализацию на малой кривизне

Бугристое мелкозернистое дно

300. Эндоскопические признаки малого рака характеризуются всем перечисленным, исключая:

Язвенный дефект, не превышает 1 см в диаметре

Ригидность при инструментальной пальпации

Незначительную контактную кровоточивость

Абсолютную неподвижность опухоли

Подвижность опухоли

301. Наиболее частой причиной желудочно-кишечного кровотечения является:

Хроническая язва желудка

Хроническая язва 12-перстной кишки

Рак желудка

Синдром Мэллори-Вейса

Острая язва желудка

302. Наиболее характерным осложнением дивертикула 12-перстной кишки является:

Дивертикулит

Язва дивертикула

Перфорация

Кровотечение

Рак

303. Механическое отсечение полипа может быть применено:

При полипах, имеющих четко сформированную ножку толщиной не более 4-5 мм

При подслизистых опухолях, не связанных с мышечным слоем стенки органа

При полипах полушаровидной формы на широком основании

При подслизистых опухолях, частично связанных с мышечным слоем стенки органа

При бляшковидном раке желудка

304. Электрокоагуляцию или лазерную коагуляцию целесообразно применять:

При крупных полипах на широком основании

При крупных полипах на ножке

При подслизистых опухолях желудка

При небольших плоских полипах

При бляшковидном раке желудка типа IIа

305. Время расправления просвета нормотоничной кишки составляет:

1-2 мин.

2-3 с

7-10 с

15-20 с

30-40 с

306. Расстояние между складками в нормотоничной кишке составляет:

1 см

2 см

Более 2 см

Не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

307. Расстояние между складками в гипотоничной кишке составляет:

1 см

2 см

Более 2 см

Не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

308. Расстояние между складками в гипертоничной кишке составляет:

Более 2 см

Менее 2 см

Не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

309. Срок эпителизации рубцовых стриктур при бужировании составляет:

2 недели

1 месяц

2-3 месяца

5 месяцев

1 год

310. Лимфофолликулярная гиперплазия чаще всего выявляется:

В тощей кишке

В 12-перстной кишке

В терминальном отделе подвздошной кишки

В ободочной кишке

В прямой кишке

311. Эндоскопическая картина минимальной степени активности неспецифического язвенного колита включает:

Отек слизистой оболочки

Слабую контактную кровоточивость

Поверхностные язвочки

Отек подслизистого слоя

312. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется:

Отеком слизистой оболочки

Отеком подслизистого слоя и поверхностными изъязвлениями

Повышенной контактной кровоточивостью

Усиленным сосудистым рисунком

Всем перечисленным

313. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе деструкции характеризуется:

Глубокими продольными трещинами, проникающими через все слои кишечной стенки, симптомом "булыжной мостовой"

Поверхностными плоскими язвами

Глубокими кратерообразными язвами

Эластичностью кишечной стенки

Всем перечисленным

314. К эндоскопическим признакам, характерным для минимальной степени активности неспецифического язвенного колита, относятся:

Отек слизистой оболочки и слабая контактная кровоточивость

Отек подслизистого слоя

Поверхностные язвочки

Гиперемия слизистой

315. Синонимы болезни Крона:

Илеоколит Крона

Гранулематозный колит

Ишемический колит

Эрозивно-язвенный колит и эрозивно-геморрагический колит

316. Болезнь Крона надо дифференцировать:

С неспецифическим язвенным колитом

С ишемическим колитом

С туберкулезом толстой кишки

С паразитарным колитом

Со всем перечисленным

317. Частота осложнения дивертикулеза толстой кишки дивертикулитомвстречается:

В 5-10%. случаев

В 15-20%. случаев

В 20-30%. случаев

До 40%. случаев

Свыше 40%. случаев

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

Слепая кишка

Поперечная ободочная кишка

Нисходящая кишка

Сигмовидная кишка

Прямая кишка

319. Небольшие полипы на широком основании наиболее характерны:

Для правой половины толстой кишки

Для левой половины толстой кишки

Для прямой кишки

Для поперечной ободочной кишки

Для слепой кишки

320. По цвету не отличаются от окружающей слизистой полипы размерами:

Более 0.5 см в диаметре

До 0.5 см в диаметре

До 1.0 см в диаметре

Более 1.0 см в диаметре

От 0.5до 1.0 см в диаметре

321. Чаще всего в толстой кишке встречаются:

Мелкие полипы на широком основании

Крупные полипы на широком основании

Мелкие полипы на ножке

Крупные полипы на ножке

Мелкие ворсинчатые полипы

322. Крупные полипы на ножках наиболее характерны для:

Правой половины толстой кишки

Поперечной ободочной кишки

Левой половины толстой кишки

Сигмовидной кишки

Прямой кишки

323.Относительные противопоказания к выполнению эндоскопической полипэктомии из толстой кишки:

Психические заболевания

Нарушение свертывающей системы крови

Тяжелые формы сахарного диабета

Все перечисленное вместе или каждое в отдельности

324. Ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает:

0.5 см

1 см

1.5 см

2 см

3 см

325. Ножка полипа считается длинной, если ее размеры:

До 1 см

До 2 см

Более 1 см

Более 2 см

От 2 до 5 см

326. Основным клиническим симптомом рака правой половины толстой кишки, является:

Боль

Расстройство стула

Анемия

Потеря веса

Отсутствие аппетита

327. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопическойполипэктомии, являются все перечисленные, кроме:

Стелющихся виллезных опухолей

Полипов на широком основании диаметром более 3 см или на короткой толстой ножке, диаметр головки которых более 3 см

Полиповидного рака до 3 см в диаметре

Аденомы с инвазивным ростом рака

328. Анемия характерна для:

Рака правой половины толстой кишки

Рака левой половины толстой кишки

Полиповидного рака толстой кишки

Блюдцеобразной карциномы прямой кишки

Инфильтративного рака сигмовидной кишки

329. Кишечная непроходимость чаще всего возникает при раке:

Прямой кишки

Ректо-сигмовидного отдела толстой кишки

Нижней трети сигмовидной кишки

Средней трети сигмовидной кишки

Все варианты верны

330. Локализация рака толстой кишки в области физиологических сфинктеров характерна для:

Прямой кишки

Нижней трети сигмовидной кишки

Средней трети сигмовидной кишки

Верхней трети сигмовидной кишки

Всех отделов толстой кишки, расположенных проксимальнее сигмовидной кишки

331. К эндофитным формам рака толстой кишки относятся:

Нодозная

Полиповидная

Инфильтративная и скиррозная

Ворсиноподобная

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

Инфильтрация и утолщение циркулярных складок перед опухолью

Прожилки или сгустки крови в просвете кишки

Гной и фибрин в просвете кишки

Спазм толстой кишки дистальнее опухоли

Атония толстой кишки дистальнее опухоли

333. Первая степень интенсивности воспаления бронхов характеризуется:

Отеком и гиперемией слизистой

Усилением сосудистого рисунка

Деформацией хрящевых колец

Гнойным секретом

Устья сегментарных бронхов не дифференцируются

334. Вторая степень интенсивности воспаления бронхов характеризуется:

Умеренной гиперемией слизистой

Слизистым секретом

Слизисто-гнойным секретом

Очень большим количеством гнойного секрета

Расширением устьев слизистых желез

335. Третья степень интенсивности воспаления бронхов характеризуется:

Умеренной гиперемией слизистой

Слизистым секретом

Слизисто-гнойным секретом

Гнойным секретом в умеренном количестве

Гнойным секретом в большом количестве

336. Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно:

Устья и шпоры бронхов III-IV порядков деформированы, сужены

Хрящевые кольца не изменены

Сосудистый рисунок усилен

Устья бронхов III-IV порядков деформированы, расширены

Шпоры бронхов подвижны

337. Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечисленное, за исключением:

Извлечения инородных тел из области сужения

Бужирования концом эндоскопа

Бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа

Установления струны-направителя под контролем эндоскопа

Эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани

338. Эндоскопический признак экспираторного стеноза трахеи - ЭТО:

Выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха

Выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и бронхов во время выдоха

Выпячивание хрящевой части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха

Выпячивание хрящевой части в просвет трахеи и бронхов во время выдоха

Спадениебоковых стенок трахеи и бронхов во время выдоха

339. Назовите длину нормальной трахеи у взрослого:

12 см

13 см-14 см

15 см-16 см

340. Укажите суммарное количество сегментарных ветвей обоих главных бронхов:

17

18

19

20

21

341. Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно:

При полной облитерации пищевода

При мембранозных стриктурах

При фибринозном эзофагите

При циркулярных стриктурах

При трубчатых стриктурах

342. Укажите количество сегментарных ветвей правого главного бронха:

8

9

10

11

12

343. Укажите нумерацию сегментарных ветвей правого главного бронха:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

344. Укажите нумерацию сегментарных ветвей левого главного бронха:

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.

1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10.

345. Для диагностики бронхоэктазовэффективна:

Рентгеноскопия органов грудной клетки

Рентгенография органов грудной клетки

Томография

Бронхография

Бронхоскопия

346. Наиболее частая локализация бронхоэктазов:

Нижняя доля слева

Верхняя доля слева

Язычковая доля

Средняя доля

Верхняя доля справа

347. Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает:

Рассечение рубцовой ткани электроножом

Баллонную пневмодилатацию

Бужирование по струне

Оперативное лечение

Баллонную гидродилатацию

348. Наиболее частая локализация абсцесса легкого:

Верхняя доля справа

Верхняя доля слева

Средняя доля

Нижняя доля справа

Нижняя доля слева

349. Излюбленная локализация кист легких:

Верхняя доля справа

Верхняя доля слева

Нижняя доля справа

Нижняя доля слева

Все доли поражаются одинаково

350. Способ бужирования рубцовых сужений пищевода по металлической струне-направителю предложен:

Э.Н.Ванцяном и Р.А.Тощаковым в 1965 г.

В.П.Башиловым в 1973 г.

Чангом в 1976 г.

Гаккером в 1970 г.

Пламмером в 1972 г.

351. Первое клиническое проявление аденомы бронха:

Кашель с гнойной мокротой

Высокая температура

Кровохарканье

Боли в груди

Одышка

352. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии:

Бугристая опухоль

Тонкая ножка

Инфильтрация слизистой вокруг опухоли

Мягкая консистенция опухоли

Выраженная контактная кровоточивость

353. Отличительная особенность хондромы:

Плотная консистенция

Мягкая консистенция

Выраженная контактная кровоточивость

Бугристая опухоль

Каменистая плотность

354. Эндоскопическая картина при наличии бронхо-плеврального свища характеризуется:

Диффузным бронхитом на стороне поражения и частично диффузным на противоположной стороне

Частично диффузным двусторонним бронхитом

Частично диффузным бронхитом на стороне поражения

Строго ограниченным двусторонним бронхитом

355. К косвенным анатомическим признакам рака легкого при бронхоскопии относятся:

Расширение устьев бронхов

Сужение устьев бронхов

Слизистая шероховатая

Слизистая не изменена

356. К косвенным функциональным признакам рака легкого при бронхоскопииотносятся:

Устья бронхов подвижны

Устья бронхов неподвижны

Передаточная пульсация сохранена

Передаточная пульсация отсутствует

357. Синдром "мертвого устья" является:

Косвенным признаком бронхоэктатической болезни

Прямым признаком центрального рака легкого

Косвенным функциональным признаком центрального рака легкого

Косвенным признаком периферического рака легкого

358. К грибковым заболеваниям легких относится:

Силикоз

Муковисцидоз

Силикатоз

Актиномикоз

Карбокониоз

359. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает:

Пневмонию

Туберкулез

Бронхоэктатическую болезнь

Поликистоз легких

Рак легкого

360. Для верификации диагноза актиномикоза необходима:

Браш-биопсия

Щипцевая биопсия

Бронхиальный смыв на атипические клетки

Бронхиальный смыв для посева на питательные среды

361. К наследственным заболеваниям относится:

Актиномикоз

Муковисцидоз

Бронхоэктатическая болезнь

Силикоз

Бериллиоз

362. Для муковисцидоза характерен секрет:

Слизистый вязкий

Слизисто-гнойный, жидкий

Слизисто-гнойный, густой, натянутый в виде струн

Гнойный, густой, с запахом

Отсутствие секрета

363. Наиболее эффективным лечением муковисцидоза является:

Иммунотерапия

Лучевая терапия

Хирургическое лечение

Санационные бронхоскопии

Переливание крови

364. Пневмокониозы - это:

Наследственные заболевания

Профессиональные заболевания

Врожденные заболевания

Ни одно из перечисленных

365. В диагностике пневмокониозов решающее значение принадлежит:

Рентгенографическому исследованию органов грудной клетки

Эндоскопическому исследованию

Бронхографии

Томографии

Гистологическому исследованию

366. В мокроте больных пневмокониозом обнаруживают все перечисленное, кроме:

Лейкоцитов

Пылевых клеток

Слущенных эпителиальных клеток

Атипических клеток

Эритроцитов

367. При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается:

Гипертрофический бронхит

Атрофический бронхит

I степень интенсивности воспаления

II степень интенсивности воспаления

III степень интенсивности воспаления

368. При туберкулезе бронхов эндоскопические изменения включают все перечисленное, кроме:

Инфильтративного поражения слизистой оболочки бронхов

Инфильтративно-язвенного поражения слизистой оболочки бронхов

Бронхо-фистулезного процесса

Рубцового стеноза

Опухолеподобного поражения

369. Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе:

Трахея

Стенки главных бронхов

Устья главных и долевых бронхов

Устья субсегментарных бронхов

Излюбленной локализации нет

370. Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является:

Бронхоэктатическая болезнь

Рубцовый стеноз бронха

Рак бронха

Поликистоз легких

Бронхо-плевральный свищ

371. Рубцовые стенозы бронха характеризуются:

Белесоватыми, тусклыми рубцами, лишенными сосудов

Блестящими рубцами с выраженным сосудистым рисунком

Белесоватыми тусклыми рубцами с выраженными сосудами

Ничем из перечисленного

372. Болезнь Бенье - Бека - Шаумана - это:

Муковисцидоз

Саркоидоз

Пневмокониоз

Микоз

Мезотелиома

373. Синдром Зиверта - Картагенера - это:

Бронхоэктазы и пансинусит

Пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов

Бронхоэктазы, пансинусити обратное расположение внутренних органов

Бронхоэктазы, поликистози обратное расположение внутренних органов

Поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов

374. К эндоскопическим признакам рака желудка относятся:

Передняя стенка желудка бугристая, что обусловлено наличием в ее серозебелесоватого цвета опухолевых узлов

Консистенция видимых опухолевых узлов желудочной стенки тестовато-мягкая

Кровеносные сосуды желудочной стенки по периферии от ее опухолевой инфильтрации расширены

Расширенные сосуды желудочной стенки сохраняют свою древовидную структуру ветвления

375. Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая:

Безуспешность консервативной терапии

Наличие вокруг язвы фиброзного кольца

Наличие вокруг язвы нависающих краев

Гигантские язвы (свыше 3 см)

Скопление в полости язвы продуктов распада

376. Эндоскопическое лечение язвенной болезни наименее эффективно при локализации язвы:

В кардии

В теле желудка

В антральном отделе

В пилорическом канале

В луковице 12-перстной кишки

377. Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах желудка и 12-перстной кишки размерами:

До 2.5 см, глубиной до 0.5 см

До 1 см, глубиной до 1 см

До 5 см, глубиной до 0.5 см

До 0.5 см, глубиной до 0.2 см

При любых размерах

378. Противопоказаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, кроме:

Длительно существующих язв

Тяжелого общего состояния больного

Нарушения свертываемости крови

Подозрения на малигнизацию язвы

Язвы, превышающие в диаметре 2.5 см и глубиной более 0.5 см

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

Локализация за углом желудка

Подозрение на малигнизацию

Глубина более 0.2 см

Длительно существующая язва

Перифокальное воспаление вокруг язвы

380. Характер местного лечения язв желудка и 12-перстной кишки зависит от всех перечисленных факторов, за исключением:

Размеров язвы

Локализации язвы

Характера краев язвы

Характера дна язвы

Изменений окружающей слизистой оболочки

381. Основное назначение масляных аппликаций при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки состоит:

В очищении язвы от некротических масс

В защите грануляций от повреждения желудочным соком

В профилактике кровотечений

В противовоспалительном действии

В дезинфицирующем действии

382. Количество масла, необходимое для однократной аппликации при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки составляет:

5-10 мл

0.5 мл

3-4 мл

20-25 мл

100 мл

383. Наиболее ценным маслом при местном лечении язв является:

Масло шиповника

Вазелиновое масло

Персиковое масло

Оливковое масло

Облепиховое масло

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

Клея МК-6

Клея МК-7

Лифузоля

Феракрила

Статизоля

385. Наиболее безопасным способом при рубцовых сужениях пищевода является бужирование:

По металлической струне-направителю полыми бужами

Через рот вслепую

По "нитке"

За "нитку"

Под контролем эзофагоскопа

386. Методы местного лечения язвенной болезни включают все перечисленное, исключая:

Удаление из язвы некротических масс и фибрина

Ликвидацию склерозированного фиброзного края

Введение сосудосуживающих препаратов в края язвы

Введение антибиотиков для подавления микрофлоры в периульцерозной зоне

Местное введение лекарственных средств, стимулирующих регенерацию тканей

387. К методам лечения язвенной болезни относятся все перечисленные, за исключением:

Аппликации веществ, защищающих поверхность язвы от вредного воздействия окружающей среды

Промывания желудка с добавлением лекарственных препаратов

Блокады нервных окончаний

Блокады вагальных стволов на протяжении

Растяжения стенозированных рубцовым или воспалительным процессом участков пищеварительного тракта

388. Удаление некротических масс и фибрина из полости язвывозможно всеми перечисленными методами, за исключением:

Промывания раствором гидрокарбоната натрия

Воздействия ферментами

Механического удаления щеткой

Механического удаления щипцами

Орошения язвы масляным раствором

389. Объем жидкости, необходимый для промывания язвы, составляет:

10 мл

30-50 мл

100 мл

500 мл

До 1 л

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

Антибиотиков

Кортикостероидов

Салицилатов

Антисептиков

Оксиферрискарбона

391. Антибиотики при местном лечении язв:

Вводятся в подслизистый слой из 2-3 точек

Вводятся в подслизистый слой из 1 точки

Наносятся на поверхность язвы

Применяются для промывания язвы

Вводятся в мышечный слой из 2-3 точек

392. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

Канамицина

Пенициллина

Цепорина

Метилциллина

Мономицина

393. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антисептики, кроме:

Перекиси водорода

Спирта

2%. раствора соды

Колларгола

Фурацилина

394. К средствам, используемым для усиления регенерации при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме:

Сока каланхое

Солкосерила

Оксиферрискарбона

Масла облепихи

Ферракрила

395. Использовать солкосерил и оксиферрискарбон целесообразно:

На начальном этапе для очищения язвы от некротических масс

При проявлении стенозирования просвета пищеварительного канала

При выраженном перифокальном воспалении

При начальных признаках рубцевания

После образования рубца

396. Противопоказанием к применению оксиферрискарбонапри местном лечении язв является:

Стенозирование просвета пищеварительного канала

Длительное существование язвы

Локализация язвы в 12-перстной кишке

Диаметр язвы более 1 см

Пожилой возраст

397. Однократная доза солкосерилапри местном лечении язв желудка и 12-перстной кишки составляет:

1 мл

2 мл

3 мл

4 мл

До 10 мл

398. К причинам задержки рубцевания язвы относятся все перечисленные, кроме:

Больших размеров

Нависающих краев

Выраженного воспаления вокруг язвы

Фиброзных краев

Продуктов распада в дне язвы

399. Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются:

Металлической петлей

Трехзубым грейфером

Корзинкой

Биопсионными щипцами

Захватывающим устройством типа "пеликан"

400. Признаками наличия фиброзной ткани в крае язвы являются все перечисленные, исключая:

Белесоватые, плотные края язвы

Затруднение введения иглы в край язвы

При введении лекарственных препаратов в край язвы инфильтрат не образуется

При введении лекарственных препаратов в край язвы образуется локальный инфильтрат

При гистологическом исследовании выявляется разрастание соединительной ткани

401. К задачам, которые необходимо решить при гастродуоденоскопии по поводу желудочно-кишечного кровотечения, относятся все перечисленные, исключая:

Есть или нет кровотечение на момент осмотра и его интенсивность

Определить причину кровотечения

При остановившемся кровотечении определить, имеется ли угроза его рецидива

Исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта

Определить объем возможной кровопотери

402. Для остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта применяются все перечисленные методы, исключая:

Коагуляцию источника кровотечения токами высокой частоты или лазерным излучением

Введение склерозирующих и сосудосуживающих растворов

Нанесение пленкообразующих веществ

Аппликацию масла облепихи или шиповника

Локальное воздействие холодовыми агентами

403. Склерозирующий раствор при кровотечениях из флебэктазий пищевода вводится:

В просвет варикозно расширенной вены в области разрыва

В просвет варикозно расширенной вены на 2-3 см выше и ниже места разрыва

На поверхность слизистой в области разрыва

В толщу слизистой в области разрыва

В мышечный слой стенки пищевода в области разрыва

404. Эндоскопическое исследование позволяет выявить источник кровотечения:

В 100%. случаев

В 95%. случаев

В 90%. случаев

В 85%. случаев

В 80%. случаев

405. Основными противопоказаниями к применению диатермокоагуляции являются:

Артериальное кровотечение

Невозможность четко осмотреть источник кровотечения

Наличие большого свисающего тромба, прикрывающего источник кровотечения

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

Характер источника кровотечения

Локализацию источника кровотечения

Способ диатермокоагуляции (моно- или биактивной)

Мощность электрокоагулятора

Продолжительность воздействия

407. Профилактические меры против попадания пленкообразующих веществ на оптические стекла и канал эндоскопа предусматривают все перечисленные, за исключением:

Катетер должен выступать из канала эндоскопа на 3-5 см

Катетер должен выступать из канала эндоскопа на 1-2 см

Промывание катетера спиртом, не вынимая из канала эндоскопа

Катетер извлекают вместе с эндоскопом, промывают, очищают и только затем извлекают из канала

Каналы эндоскопа промывают спиртом

408. Моноактивный способ электрокоагуляции целесообразен:

При разрыве слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода

При кровотечении из острой язвы желудка

При кровотечении из эрозии желудка

При массивном кровотечении из язвы или опухоли желудка

При коагуляции тромбированного сосуда при остановившемся кровотечении

409. Глубина распространения коагуляционного некроза при электрокоагуляции области источника кровотечения зависит от всего перечисленного, кроме:

Способа диатермокоагуляции (моноактивный, биактивный)

Площади коагуляционного некроза

Продолжительности воздействия

Степени давления электрода на слизистую

410. Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет:

1 с

2-3 с

5-6 с

7-8 с

10 с

411. При эндогастродуоденоскопии по поводу желудочного кровотечения выявлено: кровотечение в настоящий момент отсутствует, его источник покрыт большим свисающим тромбом. В этом случае целесообразно:

Динамическое наблюдение

Диатермокоагуляция источника кровотечения

Прицельное промывание источника кровотечения ледяной водой

Нанесение пленкообразующего препарата

Дальнейшее лечение не требуется

412. Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является:

Введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа

Нанесение пленкообразующих веществ

Электрокоагуляция

Электроэксцизия

Местное охлаждение хлорэтилом

413. Оптимальным методом остановки кровотечения из распадающихся опухолей желудка является:

Промывание желудка ледяной водой

Местное введение сосудосуживающих препаратов

Нанесение пленкообразующих веществ

Местное охлаждение хлорэтилом

Электрокоагуляция

414. Длительность промывания желудка водой не должна превышать:

10-20 мин

20-30 мин

30-40 мин

40-50 мин

50-60 мин

415. При нанесении медицинского клея пленка обычно сохраняется в течение:

1-2 ч

6-8 ч

12-24 ч

3 суток

10 суток

416. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является:

Обкалывание источника кровотечениякровоостанавливающими препаратами

Аппликация пленкообразующих полимеров

Эндоскопическая диатермокоагуляция

Криовоздействие

Орошение гемостатическими препаратами

417. Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через:

12-24 час.

48-72 час.

5-8 дней

10 дней

1месяц

2 месяца

418. Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является:

Общее тяжелое состояние больного

Психологическое возбуждение

Наличие признаков перфорации полого органа

Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке

Инородное тело больше 2 см в диаметре

419. К случайнымотносятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме:

Пуговиц

Монет

Фруктовых косточек

Безоаров желудка

Зубных протезов

420. Безоары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме:

Перфорации стенки желудка

Развития стеноза привратника

Пилородуоденальной или кишечной непроходимости

Желудочно-кишечного кровотечения

Механической желтухи

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

Наличие физиологических сужений

Опухолевое поражение стенки пищевода

Стриктура пищевода

Хронический эзофагит

Дивертикул пищевода

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

Дисфагия

Боль

Нарушение проходимости пищи

Усиление саливации

Осиплость голоса

423. Из проглоченных волос образуются:

Фитобезоары

Трихобезоары

Себобезоары

Шеллакобезоары

Пиксобезоары

424. У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано:

Хирургическое лечение

Консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим

Эндоскопическое лечение

Консервативное лечение

Динамическое наблюдение

425. Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах:

Крепкими растворами кислот

Крепкими растворами щелочей

Солями тяжелых металлов

Термических поражениях

Лучевых поражениях

426. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются:

Гладкие, блестящие рубцы

Неровные, тусклые рубцы

Инфильтрация слизистой оболочки

Эластичность при инструментальной пальпации

Выраженная контактная кровоточивость

427. Эндоскопическими признаками лигатурного свища, являются все перечисленные, кроме:

Наличия лигатуры

Дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг

Гипергрануляций

Фиброзно-гнойных наложений

Ложных дивертикулов в области анастомоза

428. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

Бужирование вслепую

Бужирование по струне

Нормированное бужирование по струне

Баллонная пневмо- и гидродилатация

Рассечение стриктуры электроножом

429. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода является:

Первые 3-5 часов после ожога

Первые сутки после ожога

Первые трое суток после ожога

7-10-е сутки после ожога

В течение месяца после ожога

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

Щипцов с зазубренными чашечками

Эндоскопических ножниц

Различных петель

Корзинок

Захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы"