

Второе физиологическое сужение пищевода находится на уровне:

- * пищеводного отверстия диафрагмы
- * нисходящей аорты
- * трахеи
- * левого главного бронха и дуги аорты

Третье физиологическое сужение пищевода находится на уровне:

- * нисходящей аорты
- * трахеи
- * пищеводного отверстия диафрагмы
- * левой ножки диафрагмы

Одним из основных эндоскопических признаков, указывающих на наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- * зияющая кардия
- * тупой угол Гиса
- * деформация газового пузыря
- * высокое стояние диафрагмы

Зубчатая линия представляет собой:

- * границу между пищеводным и желудочным эпителием
- * уровень пищеводно-желудочного пищевода
- * рубцовое сужение
- * пролапс слизистой желудка

Основной эндоскопический признак грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

- * зияние кардии
- * пролапс слизистой желудка
- * зубчатая линия выше ножек диафрагмы
- * расширение абдоминального отдела пищевода

Ведущий признак перфорации шейного отдела пищевода:

- * боли в области шеи
- * боли за грудиной
- * подкожная эмфизема на шее
- * воздух в средостении

Причина варикозного расширения вен пищевода:

- * кардиоспазм
- * портальная гипертензия
- * грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- * пептический рефлюкс-эзофагит

Предраковое заболевание пищевода:

- * эзофагит
- * лейкоплакия
- * язва пищевода

- * кардиоспазм

Методика местного гемостаза через эндоскоп при кровотечении из варикозно-расширенной вены:

- * диатермокоагуляция
- * прижатие концом эндоскопа
- * склерозирующая инъекционная терапия
- * орошение капрофером

Название макроскопической формы рака пищевода инфильтративного типа:

- * папилломатозный
- * крупно-бугристый
- * инфильтративно-стенозирующий
- * блюдцеобразный

Ведущий эндоскопический признак инфильтративно-стенозирующего рака пищевода в отличие от рубцового сужения:

- * неравномерная инфильтрация и ригидность стенок
- * гиперемия слизистой оболочки
- * стеноз с ровными краями
- * отек слизистой оболочки

Ведущий эндоскопический признак подслизистой доброкачественной опухоли пищевода (лейомиомы):

- * плотность при пальпации инструментом
- * неизменная смещаемая слизистая над опухолью
- * инфильтрация слизистой
- * отек слизистой

Колоноскопия не показана:

- * при анемии
- * при раке яичника
- * при метастатическом поражении печени
- * при дизентерии

Дивертикул Ценкера локализуется на уровне:

- * верхней грудной апертуры
- * перехода глотки в пищевод
- * в грудном отделе пищевода
- * в абдоминальном отделе пищевода

Чем отличаются функциональные дивертикулы от тракционных:

- * размером
- * формой
- * изменением формы и локализации при перистальтике
- * постоянством локализации

Основными критериями раннего рака пищевода являются:

- * форма опухоли
- * размеры
- * инвазия в пределах слизистой и подслизистой оболочки
- * локализация

Какая из названных макроскопических форм рака пищевода является ранней:

- * крупно-бугристая
- * папилломатозная
- * полиповидная
- * язвенно-инфильтративная

Ведущий эндоскопический признак малигнизации лейкоплакии:

- * увеличение размеров
- * изменение формы
- * изъязвление
- * цвет

Предпочтительный метод биопсии при экзофитных опухолях пищевода:

- * петлевая
- * щипцовая
- * браш-биопсия
- * кюретаж

Предпочтительный метод биопсии при инфильтративно-стенозирующем раке:

- * петлевая
- * щипцовая
- * браш-биопсия
- * кюретаж

Гистологическая структура внутрипросветных доброкачественных эпителиальных опухолей пищевода:

- * аденома
- * папиллома
- * фиброма
- * лейомиома

Наиболее характерный признак перфорации абдоминального отдела пищевода:

- * острая боль в животе
- * пневмоперитонеум
- * учащение пульса
- * боли за грудиной

Наиболее часто встречающееся осложнение при фиброэзофагоскопии:

- * перфорация
- * кровотечение
- * сердечно-легочные осложнения

* интоксикация после анестезии

Характерная локализация рака пищевода после перенесенного химического ожога:

- * выше рубцового сужения
- * на месте рубцовых изменений
- * не связана с местом ожога
- * ниже рубцовой стриктуры

Расчетная норма времени лечебной ректоскопии детям:

- * 30 минут
- * 40 минут
- * 50 минут
- * 60 минут

Расчетная норма времени диагностической тотальной колоноскопии:

- * 90 минут
- * 100 минут
- * 110 минут
- * 120 минут

Расчетная норма времени эндоскопической полипэктомии при ректосигмоколоноскопии (тотальной):

- * 100 минут
- * 130 минут
- * 150 минут
- * 170 минут

Расчетная норма времени диагностической эзофагогастродуоденоскопии при ретроградной холангиопанкреатографии у взрослых:

- * 70 минут
- * 80 минут
- * 90 минут
- * 100 минут

Расчетная норма времени для лечебно-оперативной эзофагогастродуоденоскопии при ретроградной холангиопанкреатографии (папилосфинктеротомия):

- * 100 минут
- * 110 минут
- * 120 минут
- * 130 минут

Расчетная норма времени диагностической фиброколоноскопии детям:

- * 50 минут
- * 55 минут
- * 65 минут
- * 70 минут

Расчетная норма времени диагностической фибробронхоскопии у взрослых:

- * 50 минут
- * 60 минут
- * 65 минут
- * 70 минут

Расчетная норма времени леченбной фибробронхоскопии у взрослых:

- * 60 минут
- * 70 минут
- * 80 минут
- * 90 минут

Расчетная норма времени диагностической лапороскопии взрослым:

- * 70 минут
- * 80 минут
- * 90 минут
- * 95 минут

Первый анатомический ориентир при эзофагоскопии:

- * корень языка
- * язычок (Uvula)
- * черпало-надгортанные складки
- * надгортанник

Второй анатомический ориентир при эзофагоскопии:

- * корень языка
- * надгортанник
- * устье пищевода
- * черпало-надгортанные складки

Первое физиологическое сужение пищевода находится на уровне:

- * верхней трети шейного отдела пищевода
- * средней трети шейного отдела пищевода
- * щитовидного хряща
- * устья входа в пищевод

Почему полипэктомия из толстой кишки опаснее чем из желудка:

- * большая вероятность кровотечения
- * тонкая стенка толстой кишки
- * высокая частота полипов толстой кишки
- * сложность подготовки

Основная опасность наложения петли в зоне основания полипа:

- * перфорация
- * риск кровотечения
- * трудность визуального контроля

- * трудное извлечение полипа

Чем в первую очередь определяются противопоказания к полипэктомии из толстой кишки:

- * размерами основания полипа
- * длиной толстой кишки
- * сложностью подготовки толстой кишки
- * возрастом больного

Инструменты к эндоскопам в обязательном порядке вне зависимости от исследования должны быть

- * Подвергнуты ДВУ
- * Стерильными
- * Промыты под проточной водой
- * Подвергнуты дезинфекционной выдержке в растворе моющего средства

Как вы будите удалять крупный полип на длинной ножке, если петлю не провести через его крупную ножку:

- * по частям
- * показана только хирургическая операция
- * накинуть петлю на дубликатуру ножки
- * инъецировать в головку спирт для некроза

Какая тактика наиболее рациональна при кровотечении после полипэктомии из толстой кишки:

- * немедленная операция
- * консервативные мероприятия по гемостазу
- * попытка эндоскопического гемостаза
- * попытка эндоскопического гемостаза + консервативное лечение + динамическое наблюдение

Какая тактика правильна при перфорации толстой кишки после полипэктомии:

- * наблюдение
- * консервативное лечение + голод
- * немедленная операция
- * лапароскопическое дренирование брюшной полости

Что делает невозможным проведение колоноскопии:

- * наличие колостомы
- * операции на толстой кишке
- * удлинённая сигмовидная кишка
- * плохая подготовка

В каких условиях должны удаляться крупные полипы толстой кишки:

- * только в стационарах с госпитализацией больных
- * амбулаторных больных в условиях поликлиники
- * амбулаторных больных в условиях стационара

* только в условиях поликлиники

Какая тактика предпочтительнее в случае, если после удаления полипа на ножке в верхушке его обнаружен очаг рака:

- * хирургическая операция
- * эндоскопическое наблюдение
- * лучевая терапия
- * химиотерапия

Какая тактика оправдана при рецидиве ворсинчатой аденомы прямой кишки:

- * передняя резекция прямой кишки
- * брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- * повторная эндоскопическая операция
- * лучевая терапия

Какая тактика правильна после полипэктомии при инвазии карциномы по линии электроразреза:

- * радикальная хирургическая операция
- * повторное эндоскопическое удаление
- * повторное эндоскопическое удаление + химиотерапия
- * химиотерапия + лучевая терапия

Эндоскопический кабинет (отделение) организуется в городских и районных больницах от:

- * 100 коек
- * 200 коек
- * 300 коек
- * 500 коек

Эндоскопический кабинет или отделение организуется в онкологических диспансерах от:

- * 50 коек
- * 100 коек
- * 400 коек
- * 300 коек

Эндоскопический кабинет (отделение) организуется в самостоятельных поликлиниках, обслуживающих:

- * 30 тысяч населения
- * 50 тысяч населения
- * 70 тысяч населения
- * 100 тысяч населения

Минимальное число врачебных должностей “врачей-эндоскопистов“ в эндоскопическом отделении:

- * 6
- * 5

- * 4
- * 3

Как определяется число должностей медсестер эндоскопического отделения:

- * по объему исследований
- * по числу должностей врачей
- * по числу коек в больнице
- * по числу гастроэнтерологических коек

Какие осложнения могут развиваться при выполнении местной анестезии:

- * Аллергические реакции
- * Учащенное сердцебиение, нарушение дыхания
- * Анафилактический шок
- * Все ответы верны

Как определяется число должностей санитарок относительно должности врача:

- * 1:3
- * 1:2
- * 1:1
- * 1:0,5

Расчетная норма времени лечебной эзофагоскопии у взрослых:

- * 30 минут
- * 40 минут
- * 55 минут
- * 60 минут

Расчетная норма времени для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослым по приказу № 134:

- * 30 минут
- * 40 минут
- * 55 минут
- * 60 минут

Расчетная норма времени для лечебно-диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослому по приказу № 134:

- * 60 минут
- * 70 минут
- * 80 минут
- * 90 минут

Расчетная норма времени для диагностической ректоскопии у детей:

- * 25 минут
- * 30 минут
- * 35 минут
- * 40 минут

Острый холецистит считается показанием к лапароскопии:

- * к экстренной
- * к срочной (выполняющейся в определенные сроки)
- * отсроченной
- * показания зависят от выраженности клинической картины

Когда диагноз острого холецистита считается показанием к ургентной лапароскопии:

- * оценка степени выраженности морфологических изменений стенки органа
- * дифференциальной диагностики от других заболеваний органов брюшной полости
- * дифференциальной диагностики от острого панкреатита
- * оценки степени выраженности сопутствующих осложнений

Срочная лапароскопия показана пожилому, отягощенному больному с диагнозом: острый обтурационный холецистит с целью:

- * определение степени выраженности морфологических изменений в стенке желчного пузыря
- * изменения лечебной тактики в связи с неэффективностью консервативного лечения
- * дифференциальной диагностики от других заболеваний органов брюшной полости
- * дифференциальной диагностики от острого холецистита, панкреатита

Экстренная лапароскопия показана при остром панкреатите целью:

- * определения степени выраженности основного процесса
- * лечебной целью
- * определения степени выраженности сопутствующих изменений в брюшной полости
- * диагностической и лечебной целью

Наиболее характерным критерием перфоративной язвы 12-ти перстной кишки при диагностической лапароскопии является:

- * значительное количество желчи и дуоденального содержимого во всех отделах брюшной полости
- * видимое перфоративное отверстие
- * изменения брюшины, свидетельствующие о разлитом перитоните
- * краситель в брюшной полости, введенный через желудок

Значительное количество свежей крови со сгустками в верхнем этаже брюшной полости, определяемое после тупой травмы живота, чаще всего свидетельствует о:

- * разрыве паренхиматозных органов
- * опорожненной в брюшную полость гематоме
- * разрыве кишки
- * разрыве брыжейки

Наиболее точным критерием острого панкреатита, определяемым при лапароскопии, является содержимое брюшной полости:

- * желчь
- * прозрачная жидкость, напоминающая асцитическую
- * стеатонекрозы по брюшине
- * гнойно-ихорозный экссудат

Основным критерием оценки острого аппендицита при лапароскопии является:

- * увеличение размеров червеобразного отростка
- * усиленный сосудистый рисунок, покрывающий его серозные оболочки
- * увеличение лимфатических узлов и отек в брыжейке червеобразного отростка
- * гиперемия, отек и фибринозный налет червеобразного отростка

Лапароскопия подтвердила отсутствие острого аппендицита. Какой основной смысл этого заключения:

- * больного не нужно оперировать
- * диагностическую программу следует продолжать
- * из дифференциально-диагностического ряда исключено наиболее распространенное заболевание и его осложнения
- * больного можно лечить консервативно

Механизированный способ дезинфекции высокого уровня (ДВУ) эндоскопов проводится:

- * В промышленных посудомоечных машинах
- * В специальных емкостях с применением ершей, щеток, ветоши
- * В моечно-дезинфицирующей машине
- * Щетками в моечных ваннах

Показанием к лапароскопии при невыясненной этиологии желтухи является:

- * выполнение лапароскопической биопсии печени
- * определение уровня препятствия, вызывающего желтуху
- * определение степени тяжести печеночной недостаточности
- * дифференциальная диагностика механического и паренхиматозного характера желтухи

О механическом характере желтухи могут свидетельствовать признаки:

- * желтоватого цвета жидкость в брюшной полости
- * элементы зеленоватого цвета по поверхности печени или значительное густое зеленое окрашивание (зависит от длительности желтухи)
- * дольчатый характер рельефа печени
- * изменения размеров печени

Какой из методов лапароскопической диагностики уровня препятствия при механической желтухе наиболее простой и информативный:

- * холецистохолангиография
- * чреспеченочная холангиография
- * холангиография

* ультразвуковое исследование

Выбор метода обезболивания, применяемого при лапароскопии, зависит от:

- * тяжести состояния больного, обусловленного основным и сопутствующими заболеваниями
- * объема предполагаемого лапароскопического вмешательства
- * показаний к лапароскопии
- * возрастных особенностей больного

Общие принципы подготовки к эндоскопическим исследованиям:

- * Выявление заболеваний и состояний, которые могут повлиять на выбор средств для подготовки к исследованию
- * Коррекция нарушенных параметров гомеостаза
- * Психологическая подготовка
- * Все ответы верны

Какой из перечисленных недостатков местной анестезии при лапароскопии следует считать основным:

- * нарушение отдельных принципов деонтологии на разных этапах исследования
- * усложнение ситуации при необходимости расширения объема и времени исследования
- * ограниченный объем пневмоперитонеума в связи с отсутствием релаксации мышц живота
- * трудности коррекции гемостаза у отягощенных больных

Основным достоинством общего обезболивания следует считать:

- * сочетание глубины аналгезии с возможностью коррекции жизненных функций
- * сведение к минимуму вероятности нарушений принципов деонтологии
- * возможности выполнения вмешательства любого объема без дополнительного обезболивания
- * максимальное использование возможностей, создаваемых миорелаксацией

Недостатком общей анестезии при диагностической лапароскопии следует считать:

- * занятость врачей анестезиологов (не экономично)
- * развитие осложнений, связанных с общим обезболиванием
- * недостаточная глубина наркоза во время исследования
- * продолжительная занятость операционной

Наиболее рациональным и безопасным является пневмоперитонеум с применением:

- * закиси азота
- * кислорода
- * углекислого газа
- * воздуха

При тупой травме живота с большой раневой поверхностью имеется опасность воздушной эмболии при использовании какой газовой смеси для пневмоперитонеума:

- * закись азота
- * кислород
- * углекислый газ
- * воздух

Морфологические признаки раннего рака желудка:

- * опухоль с инвазией в слизистый и подслизистый слои стенки желудка
- * опухоль с инвазией в мышечный слой
- * опухоль с инвазией в субсерозный слой
- * опухоль с инвазией в серозный слой

Одноразовые инструменты к эндоскопическому оборудованию:

- * Допускается многократное использование после всех этапов обработки
- * Допускается использование после автоматической обработки с применением МДМ
- * Используются однократно
- * Используются многократно

Отсроченные осложнения — это осложнения, возникшие:

- * Через некоторое время после процедуры эндоскопии
- * Перед процедурой эндоскопии
- * Сразу после процедуры эндоскопии
- * Во время проведения процедуры эндоскопии

Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен:

- * При язвенном колите
- * При болезни Крона
- * При неустановленном источнике кишечного кровотечения
- * При всех перечисленных заболеваниях

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

- * Ректороманоскопии
- * Ирригоскопии
- * Диагностической колоноскопии
- * Интраоперационной колоноскопии

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

- * Электролитных расстройств
- * Гиповолемии
- * Дегидратации
- * Заворота толстой кишки

Подготовка больных с дивертикулезом толстой кишки имеет следующую особенность:

- * Выраженный болевой синдром
- * Опасность развития перфорации
- * Трудность отмывания содержимого из дивертикулов
- * Опасность развития толстокишечной непроходимости

Для подготовки толстой кишки к колоноскопии применяют:

- * Вазелиновое масло
- * Полиэтиленгликоль
- * Свечи с глицерином
- * Таблетки бисакодила

Перед колоноскопией премедикация включает:

- * Наркотики подкожно
- * Спазмолитики подкожно
- * Наркотики + спазмолитики внутривенно
- * Премедикации не требуется

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

- * Аспирации воздуха из просвета кишки
- * Использования ручного пособия через переднюю брюшную стенку
- * Использования приема "сосбаривания толстой кишки"
- * Использования приема проведения аппарата "через растянутую петлю"

Технически наиболее трудным для проведения колоноскопа является:

- * Ректо-сигмовидный отдел
- * Сигмовидная кишка
- * Селезеночный узел
- * Печеночный узел

Какова 5 летняя послеоперационная выживаемость больных раком желудка с инвазией в слизистую оболочку:

- * до 100 %
- * до 90%
- * до 85 %
- * до 50 %

Какова 5. летняя послеоперационная выживаемость больных раком желудка с инвазией в подслизистый слой:

- * до 100 %
- * до 90 %
- * до 85 %
- * до 50 %

Какова 5-летняя послеоперационная выживаемость больных раком желудка с инвазией в мышечный слой:

- * до 100 %
- * до 85 %
- * до 50 %
- * до 30 %

Наиболее часто наблюдаемая эндоскопическая форма выраженного рака желудка:

- * полиповидная
- * блюдцеобразная
- * язвенно-инфильтративная
- * диффузно-инфильтративная

Какая форма рака желудка относится к экзофитным типам:

- * полиповидная
- * язвенная
- * язвенно-инфильтративная
- * диффузно-инфильтративная

Растяжение петель сигмовидной кишки при колоноскопии не сопровождается болевыми опущениями:

- * При длинной брыжейке сигмовидной кишки
- * При короткой брыжейке сигмовидной кишки
- * При спаечном процессе брюшной полости
- * При спазме толстой кишки

Недифференцированный рак чаще бывает при:

- * полиповидном раке
- * блюдцеобразном
- * язвенном раке
- * диффузно-инфильтративном раке

Для выполнения РХПГ и ЭПСТ необходим:

- * эндоскоп с торцевой оптикой
- * эндоскоп с косо-боковой оптикой
- * эндоскоп с боковой оптикой (дуоденоскоп)
- * ригидный эндоскоп

Для выполнения РХПГ используются контрастные препараты:

- * с концентрацией 72-78 %
- * с концентрацией 30-40%
- * с концентрацией 10-20%
- * любой жирорастворимый контраст

РХПГ должна выполняться:

- * сразу после поступления больного в стационар
- * после полного клинического обследования

- * только у больных, планируемых на хирургическую операцию
- * после операции

Премедикация перед РХПГ в основном направлена на:

- * обеспечение седативного эффекта
- * создание гипотонии 12-ти перстной кишки
- * обезболивание
- * профилактику осложнений

Большой сосочек 12-ти перстной кишки (БДСК) обычно расположен:

- * в верхне-горизонтальной части кишки
- * в нисходящей части кишки
- * в нижне-горизонтальной части кишки
- * в восходящей части кишки

Большой сосочек 12-ти перстной кишки обычно расположен:

- * на медиальной стенке кишки
- * на латеральной стенке кишки
- * на задней стенке кишки
- * на передней стенке кишки

Большой сосочек 12-ти перстной кишки обычно расположен:

- * вне продольной складки 12-ти перстной кишки
- * на каудальном конце продольной складки кишки
- * в центре продольной складки кишки
- * на краниальном конце продольной складки кишки

Прямым эндоскопическим признаком кровоточащей язвы является:

- * видимое продолжающееся кровотечение из дна или края язвы
- * сгусток крови
- * язвенный дефект стенки и алая кровь в просвете желудка
- * язвенный дефект стенки и быстрое падение гемодинамики

При обследовании больного, оперированного на желудке, для врача-эндоскописта до исследования важно знать:

- * сроки перенесенной ранее операции
- * объем операции
- * перенесенные послеоперационные осложнения
- * результаты гистологического изучения удаленного материала

Из всех хирургических вмешательств, выполненных на желудке по ургентным показаниям, наиболее часто встречается:

- * ушивание перфоративной язвы
- * дистальная резекция
- * проксимальная резекция
- * гастрэктомия

При хирургическом лечении осложненной хронической язвы наиболее часто выполняется:

- * ушивание язвы
- * дистальная резекция
- * проксимальная резекция
- * гастрэктомия

Название эндоскопического исследования “эзофагогастродуоденоскопия” подразумевает объем перенесенного вмешательства в виде:

- * резекция желудка по способу Бильрот I
- * резекция желудка по способу Бильрот II
- * гастрэктомия
- * резекции желудка “на выключение”

Пептическая язва гастроэнтероанастомоза наиболее часто осложняется:

- * кровотечением
- * рубцеванием и стенозированием
- * перфорацией
- * малигнизацией

О хорошей проходимости гастроэнтероанастомоза или гастродуоденоанастомоза говорят следующие эндоскопические данные:

- * рефлюкс желчи в культе желудка
- * отсутствие содержимого в культе желудка
- * усиленная моторика отводящей петли анастомоза
- * свободное проведение эндоскопа через анастомоз

Причиной нарушения эвакуации из культы желудка может быть:

- * демпинг-синдром
- * синдром приводящей петли
- * хронический панкреатит
- * рубцовое сужение гастроэнтероанастомоза

О резекции желудка в модификации Бильрот I говорит один из перечисленных эндоскопических критериев:

- * отсутствие устья приводящей петли
- * видимый вблизи анастомоза большой дуоденальный сосок
- * видимая вблизи анастомоза луковица 12-ти перстной кишки
- * округлая форма желудочно-кишечного соустья

В культе желудка по малой кривизне обнаружена грубая продольная складка слизистой. Наиболее вероятно, что это:

- * полип культы желудка
- * опухоль культы желудка
- * инородное тело в стенке культы
- * дубликатура малой кривизны, сформированная во время операции

В позднем послеоперационном периоде после резекции желудка по поводу язвенной болезни развивается перестройка слизистой культи желудка по типу:

- * гипертрофии
- * диффузной атрофии
- * очаговой дисплазии
- * гиперплазии

Наиболее значимый анатомический фактор в механизме формирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

- * циркулярный мышечный слой абдоминального отдела пищевода
- * ножки диафрагмы
- * сухожильный центр диафрагмы
- * желудочно-пищеводный сфинктер

Для хронической язвы желудка и 12-ти перстной кишки характерны края:

- * плоские
- * подрывтые
- * валикообразные
- * узурированные

Язвенный дефект при хронической язве чаще напоминает форму:

- * кратера
- * опухоли
- * бесформенного дефекта
- * воронки

Овальная или щелевидная форма язвы свидетельствует о:

- * малигнизации
- * обострении
- * пенетрации
- * рубцевания

При обострении хронической язвы цвет периульцерозной зоны:

- * ярко-красный
- * ярко-розовый
- * розовый
- * желтый

Хронический характер язвы подтверждается эпителиальными изменениями в периульцерозной зоне:

- * пролиферацией
- * кишечной метаплазией
- * однородностью
- * ороговением

Железистые структуры периульцерозной зоны вокруг хронической язвы претерпевают

изменения:

- * гипертрофируются
- * подвергаются некробиозу
- * воспаляются
- * подвергаются атрофии

Разрастание соединительной ткани в дне и краях язвы свидетельствует о:

- * острой язве
- * хронической язве
- * малигнизированной
- * специфическом изъязвлении

Фибрин в дне и по краям язвы говорит о:

- * обострении язвенного процесса
- * ремиссии
- * возможной малигнизации
- * нарушении процессов регенерации

Заживление хронической язвы желудка и 12-ти перстной кишки происходит путем:

- * эпителизации
- * образования красного и белого рубца
- * образования только красного рубца
- * образования только белого рубца

Пенетрация язвы - процесс, связанный с:

- * развитием некроза в дне язвы
- * воспалительной реакцией ткани с выбросом фибрина
- * воспалительной инфильтрацией и последующим рубцеванием стенки органа
- * нарушением процессов регенерации

Характерным клиническим признаком пенетрации язвы является:

- * внезапные боли в животе
- * рвота кровью
- * иррадиация болей в спину или их опоясывающий характер
- * “поздние” боли в эпигастральной области

Характерным эндоскопическим признаком пенетрации язвы является:

- * деформация стенки органа в зоне язвы с неподвижными фиксированными складками слизистой
- * большая глубина язвы
- * тромбированные сосуды в дне язвы
- * клеточный детрит и фибрин в дне язвы

Абсолютным морфологическим признаком пенетрации является следующее “содержание” биоптата:

- * наличие макрофагов и тучных клеток

- * мукоидный и фибриноидный некроз
- * признаки ткани рядом расположенного органа
- * соединительная ткань

Органом, в который наиболее часто пенетрирует хроническая язва 12-ти перстной кишки и желудка, является:

- * желчный пузырь
- * диафрагма
- * поджелудочная железа
- * печень

К эндоскопическому признаку рубцово-язвенного стеноза желудка следует отнести:

- * усиленную моторику желудка
- * большие размеры желудка
- * обилие желудочного содержимого натошак
- * язвенный дефект в пилородуоденальной зоне

Абсолютным признаком перфорации язвы, выявляемом при эндоскопическом исследовании, является:

- * клеточный детрит и некроз в дне глубокой язвы
- * локализация язвы на передней стенке органа
- * появление и исчезновение пузырька воздуха в момент осмотра
- * большие размеры язвы

Абсолютным признаком перфорации язвы, выявляемым при сочетанном рентгено-эндоскопическом исследовании, является:

- * рентгенологический симптом “трехслойной ниши”
- * пневмоперитонеум после гастродуоденоскопии
- * пневмоперитонеум без дополнительных обследований
- * имеющаяся большая язва с рыхлым дном

Для эндоскопического выявления язвы кардии или дна желудка целесообразно применять методику гастроскопии с помощью:

- * эндоскопа с боковой системой расположения объектива
- * метода инверсионной кардиоскопии
- * эндоскопа с торцевым расположением объектива
- * осмотра больного в положении на правом боку

Наличие грануляционной ткани в биоптате, взятом на краю хронической язвы желудка свидетельствует о:

- * малигнизации язвы
- * обострении язвенного процесса
- * пенетрации
- * динамике заживления язвы

Деформация желудка в форме “песочные часы” свидетельствует о:

- * малигнизации язвы
- * длительной пенетрации язвы
- * заболевании рядом расположенного органа
- * перенесенном ранее химическом ожоге желудка

О бывшей на месте рубца хронической язве желудка свидетельствует:

- * данные гистологического исследования биоптата
- * атрофический гастрит соответствующей зоны желудка
- * симптом “конвергенции складок”
- * кровоточивость слизистой на месте бывшей язвы

Признаком острого кровотечения при хронической язве желудка или 12-ти перстной кишки является:

- * падение систолического давления
- * бледность кожных покровов
- * мелена
- * потеря сознания

Рецидивирующая рвота алой кровью у больного язвенной болезнью желудка наиболее характерна при:

- * высокое расположение язвы, являющейся источником кровотечения
- * кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии
- * сосуды крупного калибра, являющиеся источником кровотечения в дне язвы
- * кровотечении из множественных мелких сосудов периульцерозной зоны

Косвенным эндоскопическим признаком кровоточащей язвы является:

- * хроническая каллезная язва с покрытым фибрином дном и кровь в просвете желудка
- * конвергирующие к сгустку крови складки слизистой
- * локализация язвы в зоне крупных сосудов
- * фиксированный на стенке сгусток крови

Наиболее частым осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- * ущемление
- * гастрит на грыже (“грыжевой гастрит”)
- * рефлюкс-эзофагит
- * острая язва пищевода

“Наружный пищеводный сфинктер” образуется:

- * пищеводным отверстием диафрагмы
- * гладкой мускулатурой пищевода
- * ножками диафрагмы
- * циркулярными мышцами абдоминального отдела пищевода

Наиболее частая локализация рака толстой кишки:

- * слепая кишка

- * восходящая кишка
- * поперечно-ободочная и нисходящая кишка
- * сигмовидная и прямая

Развитие рака толстой кишки чаще всего происходит:

- * на здоровой слизистой
- * из полипа
- * из аденомы
- * из доброкачественной неэпителиальной опухоли

Рак толстой кишки относится к группе опухолей:

- * эпителиальных
- * неэпителиальных
- * подслизистых
- * карциноидных

К экзофитным формам рака относятся:

- * полиповидный
- * узловатый и многоузловатый
- * ворсинчатый и бляшковидный
- * все перечисленные формы

К эндофитным формам рака относятся:

- * язвенный и язвенно-инфильтративный
- * диффузно-инфильтративный
- * не относится ни одна
- * обе формы

Первоочередным методом исследования прямой кишки при подозрении на рак является:

- * ректороманоскопия
- * колоноскопия
- * ирригоскопия
- * пальцевое исследование

Преобладающей гистологической формой рака толстой кишки является:

- * аденокарцинома
- * слизеобразующая аденокарцинома
- * солидный рак
- * плоскоклеточный рак

При пальцевом исследовании обнаружен рак средне-ампулярного отдела прямой кишки, следующим диагностическим приемом должен быть:

- * колоноскопия с биопсией
- * ректороманоскопия с биопсией
- * ирригоскопия
- * исследование кала на скрытую кровь

Колоноскопия при подтвержденном раке прямой кишки необходима:

- * для подтверждения характера опухоли
- * для получения биоптатов
- * для исключения первично-множественного рака
- * для полипэктомии при сопутствующем полипозе

Клиника неосложненного рака толстой кишки проявляется:

- * патологическими выделениями
- * картиной острой кишечной непроходимости
- * болевым синдромом
- * отсутствием симптомов

Осложненный рак толстой кишки чаще всего проявляет себя:

- * перитонитом
- * кишечной непроходимостью
- * кровотечением
- * совокупностью признаков

Наибольшую опасность представляют инородные тела:

- * пищевода
- * желудка
- * 12-ти перстной кишки
- * тонкой кишки

Наибольшую опасность представляют инородные тела:

- * крупные, без острых фрагментов
- * крупные, с острыми фрагментами
- * мелкие с острыми элементами
- * мелкие без острых фрагментов

К инородным телам, образовавшимся в желудке, принято относить:

- * копролиты
- * энтероколиты
- * безоары
- * кишечные паразиты

Наиболее потенциально опасным инородными телами следует считать:

- * свободно лежащие в просвете органа
- * активно перемещающиеся по пищеварительному тракту
- * фиксированные в стенке органа
- * не перемещающиеся в течение длительного времени

Наибольшую опасность представляют инородные тела, фиксированные:

- * в пищеводе
- * в желудке
- * в 12-ти перстной кишке

* в тонкой кишке

Наиболее рациональной тактикой врача-эндоскописта при свободно лежащем инородном теле:

- * извлечение с помощью фиброскопа под местным обезболиванием
- * извлечение с помощью фиброскопа под общим обезболиванием
- * извлечение с помощью ригидного эзофагоскопа под эндотрахеальным наркозом
- * извлечение с помощью ригидного эзофагоскопа под местной анестезией

Наиболее рациональной тактикой врача-эндоскописта при фиксированном инородном теле пищевода представляется:

- * извлечение с помощью фиброскопа под местным обезболиванием
- * извлечение с помощью фиброскопа под общим обезболиванием
- * извлечение с помощью ригидного эзофагоскопа под местным обезболиванием
- * извлечение с помощью ригидного эзофагоскопа под эндотрахеальным наркозом

Назовите физиологические сфинктеры восходящей ободочной кишки:

- * сфинктер Бали. Михайлова
- * сфинктер Кеннона (левый)
- * сфинктер Кеннона-Бема (правый)
- * сфинктер Гирша

Главные факторы, лежащие в основе этиопатогенеза ЯК:

- * нарушение питания
- * иммунологические
- * нарушение обмена веществ
- * нервно-психические

Что является верхней границей прямой кишки при эндоскопии:

- * сфинктер Кольрауша
- * левая верхняя поперечная складка
- * сфинктер Гепнера
- * сфинктер О'Берна. Пирогова. Мутье

Микроскопические изменения, характерные только для болезни Крона:

- * инфильтративно-лимфоцитарная клеточная инфильтрация слизистой оболочки
- * инфильтрация слизистой оболочки плазматическими клетками
- * гранулемы с клетками Пирогова. Лангханса в подслизистом слое
- * псевдополипы

Какой эндоскопический признак позволяет дифференцировать ЯК и амёбную дизентерию и характерен для последней:

- * диффузная яркая гиперемия с мелкими эрозиями или без них
- * язвы с подрытыми краями на фоне слегка отечной слизистой
- * наличие псевдополипов
- * стриктура с инфильтрированным краем

Какой эндоскопический признак не отмечается при ЯК с псевдополипозом и характерен для диффузного полипоза толстой кишки:

- * мелкие полипы
- * полипы находятся на неизменной слизистой
- * диффузное расположение полипов
- * групповое расположение полипов

Какие рентгенологические признаки более характерны для болезни Крона:

- * дефект наполнения
- * локальное сужение с неровными контурами
- * сглаживание углов ободочной кишки с потерей гаустрации и сужением
- * укорочение кишки

Какие признаки общие для болезни Крона и ишемического колита:

- * периодические выделения крови с калом
- * диффузный характер поражения
- * чередование поносов и запоров
- * множественные поверхностные язвы

Какой эндоскопический признак является основным в дифференциальной диагностике ЯК и болезни Крона:

- * сегментарность поражения
- * псевдополипоз
- * изменение формы просвета кишки
- * сглаженность углов

Когда показано назначение антибиотиков при воспалительных заболеваниях кишечника:

- * для предотвращения гнойных осложнений при назначении больших доз стероидных гормонов
- * для предотвращения возникновения свищей
- * для предотвращения развития стриктур
- * для специфического воздействия на этиологические факторы

Какие операции при ЯК являются радикальными:

- * субтотальная резекция толстой кишки, колонэктомия
- * резекция участка с псевдополипами
- * илеостомия
- * цекостомия

Какие анатомические ориентиры определяются в оперированной толстой кишке:

- * вид гаустрации
- * печеночный угол
- * селезеночный угол
- * анастомоз, колостома

Что осложняет проведение колоноскопии при различных вариантах мегаколон:

- * дилатация и гипотония кишки
- * удлинение толстой кишки
- * выраженные изгибы
- * фиксация спайками

Какое гистологическое заключение свидетельствует о высоком риске малигнизации:

- * гиперпластический полип
- * аденоматозный полип
- * аденома с дисплазией тяжелой степени
- * гемартома

Какой объем биопсийного материала позволит судить о гистологическом строении полипа:

- * 3 кусочка из одного места
- * 3 кусочка из разных мест
- * удаленный полип
- * 6 кусочков из разных мест

Какая гистологическая структура характерна для диффузного семейного полипоза:

- * аденома
- * сочетание стадий: гиперпластической, аденоматозной, аденопапилломатозной
- * гамартома
- * гиперпластический полип

Какое гистологическое заключение характерно для ЯК с длительным течением:

- * атрофия слизистой оболочки, плазмоцитоз, уменьшение количества лимфоцитов и нейтрофилов
- * саркоидные гранулемы
- * глубокие язвы-трещины
- * инфильтрация слизистой оболочки лимфоцитами

Какие признаки характерны для болезни Крона в стадии инфильтрации:

- * образование язв-трещин
- * формирование инфильтратов внутренних и наружных свищей
- * отек слизистой оболочки, сглаженность и исчезновение складок, мелкие афтоподобные язвы
- * множественные язвы неправильной формы

Что осложняет проведение колоноскопа по кишке при болезни Крона:

- * изменение формы просвета кишки
- * изменение или отсутствие типичного сосудистого рисунка
- * стриктуры
- * псевдополипы

Какой эндоскопический признак характерен для ЯК и не характерен для болезни Крона:

- * псевдополипы
- * изменение и исчезновение сосудистого рисунка
- * поражение прямой кишки
- * диффузный характер воспаления слизистой оболочки с постепенным переходом

Какие особенности распространенности патологического процесса по кишке характерны для болезни Крона:

- * любой участок пищеварительного тракта, сегментарность поражения
- * только правая половина ободочной кишки
- * прямая кишка вовлечена в 100% случаев
- * процесс распространяется в ретроградном направлении

Главный клинический признак ЯК:

- * понос
- * выделение крови с калом
- * боли в животе
- * сезонность

Какие анальные поражения характерны для болезни Крона:

- * перианальная область слегка изменена
- * вялотекущие, безболезненные анальные трещины
- * тромбоз геморроидальных узлов
- * анальные полипы

Какая особенность течения заболевания более характерна для болезни Крона и менее характерна для ЯК:

- * торпидное течение
- * острое и молниеносное течение
- * хроническое рецидивирующее течение
- * сезонность

Какое из осложнений ЯК требует неотложного хирургического лечения:

- * токсическая дилатация толстой кишки
- * кровотечение
- * перфорация
- * выраженная интоксикация

Какая из форм механической кишечной непроходимости наиболее характерна только для осложненного течения болезни Крона:

- * обтурационная непроходимость в области стриктуры
- * токсическая дилатация толстой кишки
- * странгуляционная непроходимость
- * инвагинация

Какая особенность ракового перерождения характерна для ЯК:

- * инфильтративно-стенозирующая форма роста опухоли
- * множественность фокусов малигнизации
- * развитие сарком толстой кишки
- * быстрое вовлечение в процесс смежных органов

Какая из форм гастрита представляет наибольший риск малигнизации:

- * атрофический гастрит перестройки по кишечному типу I степени (low grade) дисплазии
- * очаговый атрофический гастрит с II степенью (high grade) дисплазии
- * атрофически-гиперпластический гастрит III степени (high grade) дисплазии
- * поверхностный гастрит с дисплазией I степени

Ведущий метод диагностики малигнизированных язв желудка:

- * рентгенологический
- * эндоскопический с прицельной биопсией
- * клинический
- * ультразвуковой

Из каких участков язвы нужно выполнять биопсию, чтобы обнаружить очаг малигнизации:

- * из краев
- * из дна
- * из окружающей слизистой оболочки
- * из краев и дна язвы

Один из главных эндоскопических признаков малигнизации язвы:

- * гиперемия слизистой оболочки
- * внутрислизистые кровоизлияния
- * асимметрия и неровность краев
- * неровное дно

Основные признаки малигнизации полипов желудка:

- * бугристая поверхность и изъязвления
- * гиперемия
- * отек слизистой
- * размеры более 2 см

Наиболее вероятная гистологическая картина малигнизации язвы желудка:

- * аденокарцинома
- * скирр
- * саркома
- * слизистый рак

Самая высокая заболеваемость раком ободочной кишки в стране:

- * Россия
- * Япония
- * США

* Германия

Самая низкая заболеваемость раком желудка в стране:

- * Россия
- * Япония
- * США
- * Германия

Наиболее частая локализация рака желудка в:

- * кардиальном отделе
- * фундальном отделе
- * области тела
- * пилороантральном

Наиболее часто встречающийся клинический синдром рака желудка:

- * гастритический
- * язвеноподобный
- * ишемический
- * анемический

Несвоевременная диагностика рака желудка зависит главным образом от:

- * ошибки в клинической диагностике
- * ошибки в рентгенологической диагностике
- * запоздалое рентгено-эндоскопическое обследование
- * позднего обращения больных

Наиболее информативный метод выявления рака желудка:

- * рентгенологический
- * эндоскопический визуальный
- * эндоскопия с прицельной биопсией
- * компьютерная томография

Заживление эрозий происходит путем:

- * рубцевания
- * рубцевания и эпителизации
- * эпителизации без образования рубца
- * эпителизации с образованием рубца

Заживление острых язв происходит путем:

- * рубцевания
- * рубцевания и эпителизации
- * эпителизации без образования рубца
- * регенерации тканей и эпителизации без образования рубца

Гистологический признак острой язвы, отличающий ее от хронической:

- * воспалительная инфильтрация
- * сохранение в краях желез и отсутствие фиброза

- * тромбоз сосудов и сгустки крови
- * отсутствие фибрина

Что лежит в основе хронического атрофического гастрита:

- * воспаление
- * травма слизистой оболочки
- * признаки атрофии слизистой оболочки желудка
- * стрессовая ситуация

Какой вид гастрита представляет собой риск малигнизации:

- * атрофический гастрит
- * поверхностный гастрит
- * атрофически-гиперпластический с дисплазией тяжелой степени
- * геморрагический

Наиболее информативный метод диагностики хронического гастрита:

- * клинический
- * рентгенологический
- * видеогастроскопия + биопсия
- * цитологический

Для какой формы хронического гастрита характерна пернициозная анемия:

- * гастрита типа А
- * гастрита типа В
- * гиперпластического гастрита
- * болезни Менетрие

Характерный эндоскопический признак для болезни Менетрие:

- * атрофия слизистой оболочки
- * ригидность стенок желудка
- * нерасправляемые при раздувании, извитые, подушкообразные складки слизистой оболочки желудка
- * гиперемия и отек слизистой оболочки

Гистологический признак болезни Менетрие:

- * структурная перестройка желез
- * атрофия желез
- * фовеолярная гиперплазия, снижение числа главных, париетальных клеток
- * фиброз подслизистого слоя

Эндоскопический признак, указывающий на предраковое изменение слизистой оболочки желудка:

- * атрофия
- * утолщенные складки
- * кишечная метаплазия на фоне атрофии
- * множественные эрозии

Какой из очаговых изменений - эндоскопический признак представляющий наибольший риск малигнизации:

- * эрозия
- * очаговая гиперплазия на фоне атрофического гастрита
- * утолщенная складка
- * очаговая атрофия слизистой

Гистологические критерии предраковых изменений в желудке:

- * атрофический гастрит с перестройкой по пилорическому типу
- * очаговая атрофия
- * дисплазия I степени (low grade)
- * дисплазия III степени (high grade)

У больного диффузный полипоз желудка, гистологическое заключение после биопсии: лимфоидный полип, ваша тактика:

- * наблюдение
- * резекция желудка
- * многоэтапная эндоскопическая полипэктомия
- * диатермокоагуляция

При гистологическом исследовании биоптата полипа 2,5 см в диаметре обнаружен фиброзный полип, ваша тактика:

- * наблюдение
- * эндоскопическая полипэктомия
- * лапаротомия, гастротомия, иссечение полипа

У больного 65 лет обнаружен ворсинчатый полип 3,5 см в диаметре антрального отдела желудка с обтурацией привратника, что сопровождается рвотой, ваша тактика:

- * эндоскопическое удаление
- * резекция желудка
- * гастроэнтероанастомоз
- * электрокоагуляция

У больного 70 лет шаровидный полип 2 см в диаметре в препилорическом отделе желудка, обтурирующий периодически привратник, приводящий к нарушению эвакуации из желудка, рвоте. Ваша тактика:

- * резекция желудка
- * эндоскопическая полипэктомия
- * операция-наложение переднего гастроэнтероанастомоза

У больного 70 лет ворсинчатый полип на широком основании 3 см в диаметре при биопсии и гистологическом исследовании: аденоматозный пролиферирующий полип. Больному выполнена эндоскопическая полипэктомия, при гистологическом исследовании удаленного полипа: очаг рака - аденокарциномы в его основании. Правильной тактикой будет:

- * электрокоагуляция ложа удаленного полипа

- * наблюдение
- * резекция желудка
- * иссечение ложа полипа

У больного 40 лет рецидив полипа в антральном отделе желудка размерами 1 см в диаметре на широком основании, гистологическое исследование биоптата - аденома, ваша тактика:

- * наблюдение
- * эндоскопическое удаление
- * операция
- * электрокоагуляция

Эндоскопически-морфологический критерий эрозии желудка:

- * поверхностный дефект слизистой оболочки
- * глубокий дефект слизистой оболочки
- * поверхностный дефект слизистой оболочки до собственной пластинки
- * поверхностный дефект слизистой оболочки до мышечной оболочки

Эндоскопическое определение острых эрозий:

- * большая эрозия
- * неполная эрозия
- * глубокая эрозия
- * полная эрозия

Эндоскопическое определение хронических, гиперпластических эрозий:

- * большая эрозия
- * неполная эрозия
- * полная эрозия
- * глубокая эрозия

Какие эрозии чаще осложняются кровотечением:

- * неполные
- * полные
- * поверхностные
- * глубокие

Главный эндоскопически-морфологический критерий острых язв:

- * поверхностный дефект
- * глубокий дефект
- * глубокий дефект в подслизистый и другие слои
- * дефект, ограниченный слизистой оболочкой

Эндоскопическая картина, при которой БСДК увеличен в размерах, слизистая его малиново-красного цвета, легко кровоточит при контакте, видны экзофитные разрастания - характерна для:

- * холедохолитиаза
- * рака БСДК

- * стеноза БСДК
- * доброкачественной аденомы БСДК

При РХПГ без применения селективной катетеризации чаще контрастируются:

- * желчные протоки
- * проток поджелудочной железы
- * оба протока (ГПП и холедох) одновременно
- * санториев проток

Наиболее частым осложнение РХПГ является:

- * острый панкреатит
- * острый холецистит
- * обострение гепатита
- * острый холангит

Осложнения РХПГ чаще возникают после:

- * контрастирования желчных протоков
- * контрастирование желчного пузыря
- * контрастирование паренхимы поджелудочной железы
- * неудачной канюляции с отсутствием контрастирования

В терминальном отделе общего желчного протока имеются:

- * три сфинктера
- * два сфинктера
- * один сфинктер
- * нет сфинктерного аппарата

Показанием для эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) является:

- * хронический панкреатит
- * рак головки поджелудочной железы
- * панкреатонекроз
- * острый билиарный панкреатит

Противопоказаниями для ЭПСТ являются:

- * острый билиарный панкреатит
- * дуоденостаз
- * дивертикулы 12-ти перстной кишки
- * рак БСДК

ЭПСТ у больных с механической желтухой должна выполняться:

- * сразу после поступления больных в стационар
- * после минимального клинического обследования
- * после ультразвукового исследования брюшной полости
- * только после контрастного исследования желчных протоков

При ЭПСТ необходимо:

- * рассекать только сам сосочек

- * выполнять разрез длиной 2-3 см
- * выполнить разрез длиной 3-4 см
- * рассекать всю продольную складку 12-ти перстной кишки

Самым частым осложнением ЭПСТ является:

- * острый холангит
- * желчная кролика
- * острый панкреатит
- * дуоденальная перфорация

При подозрении на возможность развития острого панкреатита после ЭПСТ лечебные мероприятия необходимо начинать:

- * сразу после эндоскопической операции
- * только после возникновения болевого синдрома
- * только после лабораторной диагностики острого панкреатита
- * после рентгенологического исследования

Конго-рот используется при гастроскопии для:

- * определения соляной кислоты
- * очагов пролиферации слизистой желудка
- * очагов малигнизации
- * усиления контрастирования рельефа слизистой оболочки

Метод хромоэндоскопии, позволяющий определить нижнюю границу кислотопродуцирующих зон желудка:

- * хромоэндоскопия с раствором Люголя
- * хромоэндоскопия с раствором конго-рот
- * хромоэндоскопия с раствором метиленового синего
- * хромоэндоскопия с индигокармином

Хромоэндоскопия с раствором люголя при эрозивном эзофагите используется для:

- * контроля заживления эрозий
- * выявления рака
- * определения рельефа слизистой
- * определения соляной кислоты

Хромоэндоскопический признак при раке в дивертикуле пищевода:

- * сплошное субкоричневое окрашивание опухоли и пищевода
- * отсутствие окрашивания опухоли на фоне окрашивания слизистой оболочки пищевода
- * пятнистое окрашивание во всех отделах
- * пятнистое окрашивание в дивертикуле

Главная задача хромоэндоскопии с раствором Люголя:

- * определить присутствие соляной кислоты в пищеводе
- * определить внутрипищеводное давление

- * выявление очагов рака
- * определение интрамуральных опухолей

Механизм действия индигокармин при хромоэндоскопии:

- * химическая реакция с соляной кислотой
- * окрашивание цитоплазмы раковой клетки и некротической ткани
- * окрашивание нормальной клетки слизистой желудка
- * химическая реакция со слизью

Хромоэндоскопический признак малигнизации язвы желудка:

- * отсутствие окрашивания
- * очаг темно-синего окрашивания края язвы
- * темно-синее окрашивание слизистой вокруг язвы
- * контрастирование рельефа складок вокруг язвы

Что характеризует симптом диффузной голубой зернистости при хромоэндоскопии:

- * атрофический гастрит с множеством интестинальных метаплазий
- * нормальную слизистую
- * инфильтративный рак
- * лимфоретикулярную гиперплазию

Сплошное окрашивание метиленовой синью дна хронической язвы указывает на наличие:

- * рака в язве
- * фибрина
- * слизи
- * грануляций

Какой из перечисленных красителей позволяет определить кислотопродуцирующую функцию желудка при хромогастроскопии:

- * метиленовая синь
- * раствор Люголя
- * конго-рот
- * индигокармин

Чаще всего дивертикулы 12-ти перстной кишки локализируются:

- * луковице
- * в верхнегоризонтальном залуковичном отделе
- * в нисходящем
- * в нижнегоризонтальном

Что определяется в поле зрения на 12 часах при гастроскопии:

- * малая кривизна желудка
- * передняя стенка
- * задняя стенка
- * большая кривизна

Через сколько лет чаще можно ожидать развитие рака пищевода на месте перенесенного химического ожога:

- * через 1 год
- * через 3 года
- * через 5 лет
- * через 15 лет

Наиболее частая гистологическая форма опухоли, возникающая после химического ожога:

- * аденокарцинома
- * плоскоклеточный ороговевающий рак
- * недифференцированный рак
- * саркома

Оптимальное число биоптатов при эзофагогастроскопии:

- * один
- * два
- * три
- * пять и более

Какая опухоль возникает при синдроме Барретта:

- * аденокарцинома
- * саркома
- * плоскоклеточный рак
- * недифференцированный рак

Противопоказания к жесткой эзофагоскопии:

- * инородное тело пищевода
- * первые сутки после химического ожога щелочами
- * варикозное расширение вен пищевода
- * пульсионный дивертикул 1 см в диаметре

Наиболее точный метод прижизненной диагностики лейкоплакии пищевода:

- * рентгенологический
- * клинический
- * эндоскопический
- * ядерно-магнитный резонанс

Какой вид эзофагита является фоном для развития лейкоплакий:

- * катаральный
- * эрозивный
- * атрофический
- * гипертрофический

У какой группы лиц наибольшая вероятность раком пищевода:

- * имеющих лейомиому пищевода

- * страдающих пищеводом Баррета
- * с неосложненными дивертикулами пищевода
- * перенесших химический ожог пищевода

Наиболее точный метод выявления ранних форм рака пищевода:

- * клинический
- * рентгенологический
- * эндоскопический
- * компьютерная томография

Характерный клинический симптом раннего рака пищевода:

- * малая, спорадическая дисфагия
- * прогрессирующая дисфагия
- * регрессирующая дисфагия
- * боли за грудиной

Наиболее часто встречающаяся доброкачественная неэпителиальная опухоль пищевода:

- * лимфома
- * гемангиофиброма
- * лейомиома
- * невринома

Наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль пищевода:

- * плоскоклеточный рак
- * саркома
- * аденокарцинома
- * недифференцированный рак

При исследовании биоптатов, взятых из края язвы, обнаружена воспалительная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов, что говорит о:

- * обострении
- * переходу к ремиссии
- * начинающейся пенетрации
- * тенденцией к рубцеванию

При исследовании биоптатов, взятых из краев язвы, обнаружена воспалительная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов и плазматических клеток, что говорит о:

- * обострении
- * переходу к ремиссии
- * малигнизации
- * формировании рубцовой ткани

Биоптаты в хронической язве берутся из:

- * кратера язвы
- * внутреннего края

- * наружного края
- * периульцерозной зоны

Число биоптатов, взятых из края язвы, должно быть не менее:

- * 2-х
- * 4-х
- * 5
- * 8

Фиксация сигмовидной кишки характеризуется:

- * Усилением болей при сосбаривании кишки
- * Уменьшением болей при сосбаривании кишки
- * Повышением тонуса толстой кишки
- * Снижением тонуса толстой кишки

Пептическая язва, как проявление язвенной болезни, наиболее часто локализуется:

- * в пищеводе
- * в желудке
- * в 12-ти перстной кишке
- * в тощей кишке

Премедикация перед ЭПСТ в основном направлена на:

- * обеспечение седативного эффекта
- * создания гипотонии 12-ти перстной кишки
- * обезболивание
- * профилактику осложнений

В патогенезе хронической язвы желудка и 12-ти перстной кишки ведущим механизмом является:

- * кислотно-пептическая агрессия
- * механическое повреждение слизистой оболочки
- * нарушение моторики
- * угнетение факторов “защиты” слизистой

Повреждающее действие агрессивных факторов обусловлено:

- * нарушениями “микроциркуляции” сосудов
- * микробное поражение
- * действие гастрина на обкладочные и главные клетки желудка
- * стимулирующим действием гистамина

Язва желудка часто локализуется:

- * в интермедиарной зоне
- * в дне желудка
- * в кардиальном отделе
- * в пилороантральном отделе

Введение колоноскопа в прямую кишку производится в положении больного:

- * Лежа на левом боку
- * Лежа на правом боку
- * Лежа на животе
- * В коленно-локтевом положении

Язва желудка чаще располагается на его стенках:

- * передней
- * задней
- * малой кривизне
- * большой кривизне

Язва 12-ти перстной кишки чаще располагается на стенках:

- * задней
- * передней
- * малой кривизне
- * большой кривизне

У больного 70 лет, с наличием гипертонической болезни III степени при фиброгастроскопии обнаружена ворсинчатая аденома 3,5 см в диаметре. Тактика эндоскописта:

- * резекция желудка
- * наблюдение
- * эндоскопическая электроэксцизия полипа по частям
- * одномоментная полипэктомия

У больного 45 лет множественный полипоз желудка аденоматозного характера. Тактика эндоскописта:

- * наблюдение
- * субтотальная резекция желудка
- * эндоскопическое удаление полипов в несколько этапов
- * лапаротомия, гастротомия и иссечение полипов

У больного 47 лет при фиброгастроскопии обнаружен дольчатый полип 2 см в диаметре на длинной ножке, при гистологическом исследовании одного из биоптатов-аденокарцинома. Тактика эндоскописта:

- * Субтотальная резекция желудка
- * лапаротомия, гастротомия, иссечение полипа
- * направить к онкологу
- * эндоскопическая полипэктомия, наблюдение

У больного 70 лет после удаления полипа на ножке, располагающегося в антральном отделе желудка, при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в верхушке полипа. Дальнейшая тактика эндоскописта:

- * направить на оперативное лечение
- * наблюдение
- * диатермокоагуляция ложа полипа

* иссечение ложа полипа

У больного 80 лет после эндоскопического удаления полипа на широком основании размерами 2 см в диаметре при гистологическом исследовании обнаружен очаг рака в полипе без инвазии подслизистого слоя. Тактика эндоскописта:

- * направить на хирургическое лечение
- * наблюдение
- * повторная диатермокоагуляция ложа полипа
- * иссечение

У больного 55 лет после электроэксцизии полипа на короткой широкой ножке гистологически обнаружен очаг рака с инвазией в ножку полипа. Тактика эндоскописта:

- * направить к хирургу онкологу для хирургического лечения
- * наблюдение с выполнением биопсии
- * диатермокоагуляция ложа полипа

У больного после эндоскопической полипэктомии через 7 месяцев возник рецидив полипа: гистологическое заключение после биопсии - аденокарцинома. Тактика эндоскописта:

- * эндоскопическая электроэксцизия
- * наблюдение с повторной биопсией
- * направить к хирургу для оперативного лечения

После эндоскопического удаления полипа на длинной ножке возникло струйное кровотечение, ваша тактика:

- * склерозирующая терапия
- * электрокоагуляция точечным электродом или щипцами для горячей биопсии
- * орошение 0,5 % раствором азотнокислого серебра
- * лапаротомия, гастротомия, прошивание сосуда

У больного множественный полипоз желудка, гистологически при биопсии из крупного полипа (2,5 см) в теле желудка: аденома. Ваша тактика:

- * наблюдение
- * резекция желудка
- * электроэксцизия одного крупного полипа
- * поэтапная эндоскопическая полипэктомия

У больного 60 лет при видеогастроскопии обнаружен изъязвленный полип 1 см в диаметре на ножке с выраженным артериальным кровотечением. Тактика эндоскописта:

- * вызвать хирурга для оперативного лечения
- * эндоскопический гемостаз
- * эндоскопическая полипэктомия
- * орошение аминокaproновой кислотой

Площадь альвеол у взрослого человека составляет:

- * около 1000 м²
- * 500 м²
- * 100 м²
- * 10 м²

Время кровообращения в малом круге составляет:

- * 15 сек
- * 30 сек
- * 60 сек
- * более 60 сек

Абсолютными показаниями к диагностической фибробронхоскопии являются все перечисленные, кроме:

- * ателектаз легкого
- * подозрение на инородное тело бронхов
- * кровохарканье
- * диффузное легочное кровотечение

Какое положение пациента является оптимальным для легочной вентиляции при выполнении бронхоскопии:

- * сидя
- * на спине
- * на боку
- * на животе

Предельно допустимая доза 2% тримекаина или лидокаина для местной анестезии при фибробронхоскопии у взрослых:

- * 200 мг
- * 300 мг
- * 600 мг
- * 650 мг

Наиболее характерным эндоскопическим признаком хронического бронхита в стадии обострения является:

- * гиперреактивность бронхов
- * обильный гнойный секрет в бронхах
- * диффузный катаральный эндобронхит
- * гиперваскуляризация слизистой оболочки бронхов

При острой пневмонии с затяжным течением наиболее частым эндоскопическим признаком является:

- * рубцовая деформация и стеноз бронхов
- * инфильтративный стеноз бронха
- * ограниченный катаральный эндобронхит
- * ограниченный гнойный эндобронхит

При остром абсцессе легкого характерным эндоскопическим признаком является:

- * диффузный гнойный эндобронхит
- * ограниченный гнойный ("дренажный") эндобронхит
- * геморрагический эндобронхит
- * гранулирующий эндобронхит

Наиболее частый эндоскопический признак первично. приобретенных бронхоэктазов в стадии обострения:

- * эрозивный эндобронхит
- * гранулирующий эндобронхит
- * ограниченный гнойный ("дренажный") эндобронхит
- * компрессионный стеноз бронха

Для бронхиальной астмы характерными эндоскопическими признаками являются все перечисленные за исключением:

- * диффузная гиперемия и отечность слизистой оболочки
- * гиперреактивность бронхов
- * вязкий стекловидный секрет
- * бугорковые образования слизистой оболочки бронхов

Посттуберкулезные изменения в бронхах обнаруживаются в виде перечисленных, кроме:

- * "звездчатые" и линейные рубцы слизистой оболочки бронхов
- * бронхолит
- * рубцовая деформация бронхов
- * геморрагический эндобронхит

При хроническом бронхите диагностическая бронхоскопия включает перечисленные дополнительные методики, кроме:

- * аспирация содержимого бронхов
- * бронхоальвеолярный лаваж
- * хромобронхоскопия
- * трансбронхиальная биопсия легких

При бронхиальной астме диагностическая бронхоскопия включает перечисленные дополнительные методики, кроме:

- * аспирация содержимого бронхов
- * бронхоальвеолярный лаваж
- * оценка гиперреактивности бронхов
- * хромобронхоскопия

Инородные тела при аспирации чаще попадают:

- * в верхнедолевой бронх правого легкого
- * в среднедолевой бронх
- * в нижнедолевой бронх правого легкого
- * в бронхи левого легкого

Какой метод лечения наиболее эффективен при послеоперационном ателектазе легких:

- * эндотрахеальные вливания антибиотиков
- * постуральный дренаж
- * лечебная бронхоскопия
- * катетеризация трахеи

К осложнениям, развивающимся на почве длительного нахождения интубационной трубки в трахее, относятся все перечисленные, кроме:

- * гиперваскуляризация трахеи и бронхов
- * хронический ларинготрахеит
- * гранулирующий трахеобронхит
- * эрозивный трахеобронхит

Какое исследование позволяет диагностировать ранний центральный рак бронха:

- * цитологическое исследование мокроты
- * бронхография
- * бронхоскопия
- * ангиопульмонография

При наличии округлой тени в легких установить диагноз помогает:

- * цитологическое исследование мокроты
- * бронхоскопия с трансбронхиальной биопсией легкого
- * изотопное исследование
- * бронхография

Тактика врача эндоскописта у больных с ожогами верхних дыхательных путей с выраженной дыхательной недостаточностью:

- * трансназальная фибробронхоскопия под местной анестезией
- * фибробронхоскопия через интубационную трубку или трахеостому
- * бронхоскопия жестким бронхоскопом
- * микротрахеостомия

Для удаления копти из дыхательных путей у больных с термоингаляционными повреждениями дыхательных путей наиболее целесообразно выполнить фибробронхоскопический лаваж бронхов:

- * раствором фурацилина (1:5000)
- * 1 % раствором диоксида
- * 2% раствором соды
- * 1% раствором ацетилцистеина

Все перечисленные болезни пищевода предполагают к аспирации желудочного содержимого, кроме:

- * дивертикулы пищевода
- * недостаточность кардии на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- * рубцовые и опухолевые стенозы пищевода
- * лейкоплакии пищевода

При аспирации желудочного содержимого лаваж бронхов следует выполнить:

- * раствором фурацилина (1:5000)
- * 1% раствором ацетилцистеина
- * 1% раствором диоксида
- * 2% раствором соды

Что определяется на 9 часах поля зрения при гастроскопии:

- * малая кривизна
- * передняя стенка
- * задняя стенка
- * большая кривизна

Какой ориентир виден в поле зрения гастроскопа на 3 часах:

- * малая кривизна
- * передняя стенка
- * задняя стенка
- * большая кривизна

Какой ориентир желудка виден в поле зрения гастроскопа на 6-7 часах:

- * малая кривизна
- * передняя стенка
- * задняя стенка
- * большая кривизна

В каком участке поля зрения гастроскопа определяется угол желудка:

- * на 9 часах
- * на 12 часах
- * на 3 часах
- * на 6 часах

Название приема гастроскопии, позволяющего осмотреть кардиальный и фундальный отделы желудка:

- * разворот дистального конца эндоскопа вверх
- * поворот направо
- * инверсионный осмотр
- * разворот вниз

Какое гистологическое заключение полипа указывает на высокий риск малигнизации:

- * лимфоидный
- * гиперпластический
- * тубулярно-ворсинчатая аденома
- * фиброзный полип

Самый узкий отдел толстой кишки - это:

- * Прямая кишка

- * Ректо-сигмовидный отдел
- * Слепая кишка
- * Восходящая кишка

Тактика эндоскописта при аденоме желудка на широком основании 4 см в диаметре:

- * одномоментная электрокоагуляция
- * механическое срезание
- * направить к хирургу для оперативного лечения
- * электроэксцизия диатермической петлей по частям

Тактика эндоскописта при фовеолярной гиперплазии:

- * эндоскопическая полипэктомия
- * электрокоагуляция
- * наблюдение
- * направить к хирургу

Тактика эндоскописта при гиперпластическом полипе размерами 0,5 см в диаметре:

- * электроэксцизия диатермической петлей
- * направить к хирургу
- * направить гастроэнтерологу
- * наблюдение

Тактика эндоскописта при остром кровотечении из верхушки полипа (1,5 см в диаметре):

- * наблюдение
- * эндоскопическая электроэксцизия полипа
- * орошение эпсилонмногоапроновой кислотой
- * орошение 0,5 % раствором азотнокислого серебра

Гистологическое заключение при биопсии полипа размерами 1 см в диаметре на длинной ножке - гиперпластический полип, II степень дисплазии (high grade).

Тактика эндоскописта:

- * наблюдение
- * электроэксцизия
- * направить к онкологу
- * направить к хирургу

Эндоскопическая картина, при которой БСДК увеличен в размерах, слизистая его гладкая, просвет широко зияет, виден налет фибрина, окрашенного желчью у устья сосочка - характерна для:

- * холедохолитиаза
- * рака БСДК
- * стеноза БСДК
- * доброкачественной аденомы БСДК

Симптом, часто наблюдающийся при психогенном мегаколоне и редко при болезни Гиршпрунга:

- * запор
- * вздутие живота
- * недержание кала
- * начало заболевания в детстве

В каком отделе ЖКТ реже всего встречается гастроинтестинальная стромальная опухоль:

- * желудок
- * пищевод
- * толстая кишка
- * тонкая кишка

В раствор для подслизистой инъекции в начале эндоскопического удаления неэпителиальной опухоли небольшая доза адреналина добавляется с целью:

- * верификации границ новообразования
- * снижения кровоточивости тканей
- * увеличения инфильтрационной подушки
- * химического воздействия на ткань опухоли

В случае возникновения струйного кровотечения из послеоперационного дефекта после эндоскопического удаления неэпителиальной опухоли желудка целесообразнее использовать:

- * диатермокоагуляция сосуда
- * инъекционный метод
- * нанесение фибринового клея
- * эндоклипирование сосуда

В случае развития напряженного карбокситоракса во время эндоскопической резекции опухоли пищевода туннельным доступом применяется:

- * Зонд Блэкмора-Эботта
- * Клипирование слизистой оболочки пищевода
- * Местное воздействие холодом
- * Плевральное дренирование
- * Фиксация гемостатической губки

Форму равностороннего треугольника с несколько выпуклыми сторонами имеет просвет:

- * Слепой кишки
- * Поперечной ободочной кишки
- * Нисходящей кишки
- * Сигмовидной кишки

Во время удаления опухоли пищевода туннельным доступом у пациента отмечен напряженный карбокситоракс. Ваши действия?

- * дренирование плевральной полости и продолжение операции

- * игнорирование данного факта и продолжение операции
- * остановка операции и хирургическое лечение
- * установка плеврального дренажа и остановка операции

Гастроинтестинальная стромальная опухоль – это:

- * мезенхимальная опухоль, гистогенетически связанная с клетками кахала
- * нейроэндокринная опухоль желудка
- * синоним раннего рака пищеварительного тракта
- * содержимое грыжевого мешка при ущемленной грыже

Гемангиома относится к следующему виду опухолей:

- * неопухоловое образование
- * неэпителиальная опухоль
- * опухолеподобное образование
- * эпителиальная опухоль

Гистологическим критерием неполной резекции гастроинтестинальной стромальной опухоли является:

- * высокий уровень экспрессии CD 34
- * высокий уровень экспрессии Ki 67
- * наличие опухолевых клеток в краях резекции
- * отсутствие опухолевых клеток в краях резекции

К неэпителиальным опухолям желудочно-кишечного тракта относится:

- * аденокарцинома
- * аденома
- * гамартома Пейтц-Еггерса
- * гастроинтестинальная стромальная опухоль

Критериями эндосонографической шкалы злокачественности неэпителиальных опухолей верхних отделов ЖКТ является:

- * диаметр опухоли более 3 см, нодулярная структура, наличие изъязвления слизистой оболочки, анэхогенные зоны
- * равномерность гипоэхогенной структуры, изъязвления, анэхогенные зоны, диаметр опухоли не имеет значения
- * равномерность гипоэхогенной структуры, нодулярная структура, изъязвления, анэхогенные зоны

Лейомиома — это опухоль, состоящая из следующей ткани:

- * гладкомышечной ткани
- * жировой ткани
- * нейрогенной ткани
- * сосудистой ткани

Метод, обладающий наиболее высокой разрешающей способностью при исследовании неэпителиальной опухоли желудка небольшого размера?

- * КТ

- * Рентгенография с барием
- * УЗИ
- * Эндоскопическая ультрасонография

Методику эндоскопической диссекции подслизистого слоя для удаления неэпителиальной опухоли целесообразнее применять при наличии:

- * нарушения свертывающей системы крови
- * небольшой изъязвленной опухоли
- * опухоли на широком основании диаметром от 3 до 5 см
- * подозрении на гастроинтестинальную стромальную опухоль

Методом радикального эндоскопического удаления неэпителиальных опухолей является:

- * аргоноплазменная коагуляция
- * вылушивание и лазерная деструкция
- * лазерная и химическая деструкция
- * эндоскопическая диссекция в подслизистом слое

Наиболее частая морфологическая форма неэпителиальных опухолей желудка:

- * гастроинтестинальная стромальная опухоль
- * гемангиома
- * липома
- * фиброма

Форму треугольника с закругленными углами и слегка выпуклыми сторонами имеет:

- * Слепая кишка
- * Поперечно-ободочная кишка
- * Нисходящая кишка
- * Сигмовидная кишка

Неэпителиальная опухоль тела желудка диаметром 45мм, по данным обследования, исходит из мышечного слоя стенки органа. Операцией выбора является:

- * лапароскопическая парциальная резекция желудка
- * эндоскопическая диссекция в подслизистом слое
- * эндоскопическая резекция опухоли тоннельным доступом
- * эндоскопическая электроэксцизия и вылушивание.

Ограничением для удаления неэпителиальной опухоли пищевода через гибкий эндоскоп является:

- * диаметр опухоли более 4 см
- * нисходящий мышечный слой
- * наличие второй аналогичной опухоли в желудке
- * подозрение на гастроинтестинальную стромальную опухоль.

Ограничением к эндоскопической резекции неэпителиальной опухоли пищевода туннельным доступом является:

- * диаметр опухоли 3 см
- * опухоль, исходящая из мышечной пластинки слизистой оболочки
- * подозрение на гастроинтестинальную стромальную опухоль
- * расположение опухоли в верхнегрудном отделе пищевода

Оптимальный способ оценки глубины залегания неэпителиальной опухоли?

- * введение новокаина под основание опухоли
- * визуальный
- * пробное затягивание петли у основания опухоли
- * эндосонография

Показанием для эндоскопической резекции опухоли пищевода туннельным доступом является:

- * выраженные явления эзофагита на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- * диаметр опухоли более 4 см
- * рост новообразования из мышечной пластинки слизистой оболочки пищевода
- * рост новообразования из собственного мышечного слоя пищевода

Оптимальным методом обезболивания при выполнении эндоскопической резекции неэпителиальной опухоли пищевода туннельным доступом является:

- * без анестезии, при повышенном рвотном рефлексе — местная анестезия 10%-м раствором лидокаина
- * комбинированная эндотрахеальная анестезия
- * местная анестезия 10%-м раствором лидокаина
- * тотальная внутривенная анестезия

Показанием к отсроченной операции у больных с кровоточащими неэпителиальными опухолями желудка является:

- * Безуспешный эндоскопический гемостаз
- * Низкий риск рецидива кровотечения на фоне успешного эндоскопического гемостаза
- * Никогда не выполняется
- * Тяжелый рецидив кровотечения

Показанием к срочной операции у больных с кровоточащими неэпителиальными опухолями желудка является:

- * Безуспешный эндоскопический гемостаз
- * Высокий риск рецидива кровотечения на фоне успешного эндоскопического гемостаза
- * Никогда не выполняется
- * Тяжелый рецидив кровотечения

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

- * Подвздошной кишки

- * Слепой кишки
- * Восходящей кишки
- * Сигмовидной кишки

В понятие "ободочная кишка" не входит:

- * Слепая кишка
- * Нисходящая кишка
- * Сигмовидная кишка
- * Прямая кишка

После удаления опухоли пищевода туннельным доступом подслизистый туннель и дефект слизистой оболочки подвергаются следующему воздействию:

- * вход в тоннель остается открытым, не требуется дополнительных манипуляций
- * вход в тоннель остается открытым, устанавливается зонд для энтерального питания
- * промывается антисептиками и не ушивается
- * промывается антисептиками и ушивается клипсами

Самый высокий потенциал злокачественного роста имеет:

- * гастроинтестинальная стромальная опухоль
- * лейомиома
- * липома
- * невринома

Полулунные складки характерны:

- * Для слепой кишки
- * Для восходящей кишки
- * Для поперечно-ободочной кишки
- * Для сигмовидной кишки

У больного диагностирована неэпителиальная опухоль кардиального отдела желудка диаметром 10 мм, исходящая из мышечного слоя, предположительно лейомиома. Ваша тактика?

- * динамическое наблюдение
- * лапароскопическая парциальная резекция
- * эндоскопическое удаление опухоли туннельным доступом
- * эндоскопическое удаление путем эндоскопической диссекции подслизистого слоя

У больной 35 лет при ЭГДС диагностирована доброкачественная неэпителиальная опухоль диаметром около 3 см, неправильной формы, желтоватого цвета. Опухоль легко смещается, расположена в препилорической зоне на передней стенке. Во время перистальтических сокращений опухоль частично закрывает отверстие привратника. Наиболее рациональным методом

- * эндоскопического лечения является:
- * динамическое наблюдение
- * парциальная резекция желудка

* эндоскопическая диссекция в подслизистом слое

У больной 40 лет при ЭГДС выявлена неэпителиальная опухоль средней трети пищевода. По данным эндосонографии имеется гипоехогенное образование размером около 30 мм, на 1/3 растущее в просвет органа и на 2/3 экстраорганно. Образование исходит из мышечного слоя стенки пищевода. Наиболее предпочтительный метод лечения?

- * динамическое наблюдение
- * торакоскопия, удаление опухоли
- * торакотомия, удаление опухоли
- * эндоскопическая резекция опухоли тоннельным доступом

У пациента в препилорическом отделе желудка обнаружена неэпителиальная опухоль, по данным ЭУС, располагающаяся в подслизистом слое, растущая полностью в просвет органа, диаметром около 30 мм. Предпочтительным методом лечения является:

- * динамическое наблюдение
- * лапароскопическое удаление опухоли
- * электроэксцизия и вылушивание
- * эндоскопическая диссекция в подслизистом слое

Удаленное эндоскопическим способом новообразование целесообразно извлекать с помощью:

- * биопсийных щипцов
- * корзинки Dormia
- * пятипоидного захвата
- * эндоскопических ножниц

Продольные складки характерны:

- * Для слепой кишки
- * Для восходящей кишки
- * Для поперечно-ободочной кишки
- * Для прямой кишки

Сальниковая тень хорошо выражена:

- * В слепой кишке
- * В восходящей кишке
- * В поперечно-ободочной кишке
- * В сигмовидной кишке

4-й эхослой стенки желудка соответствует:

- * Мышечному слою
- * Подслизистому слою
- * Слизистому слою
- * Серозному слою

Количество эхослоёв желудочной стенки, различаемые при ЭУС (12 МГц):

- * 2
- * 5
- * 4
- * 3

Начиная с какого размера опухоли целесообразно использовать эхоэндоскоп вместо УЗ-зонда 20 МГц?

- * Более 1,5 см
- * более 3 см
- * Более 2 см
- * Более 0,5 см

При сканировании не эпителиального образования желудка вы обнаруживаете, что оно исходит из 3-го эхослоя, имеет анэхогенную структуру, при этом внутри него определяется 3-слойная выстилка. Ваше заключение?

- * Дупликационная киста
- * Липома
- * GIST
- * Лейомиома

3-й эхослой стенки желудка соответствует:

- * Мышечному слою
- * Подслизистому слою
- * Слизистому слою
- * Серозному слою

Какой максимальный размер образования, при котором целесообразно выполнение зондовой ЭУС датчиком 12 МГц?

- * 2 см
- * 0,5 см
- * 1 см
- * 3 см

При сканировании не эпителиального образования желудка вы обнаруживаете, что оно исходит из 4-го эхослоя, имеет неоднородную гипоэхогенную структуру с гиперэхогенными включениями и анэхогенными участками. Ваше заключение?

- * Дупликационная киста
- * Липома
- * GIST
- * Лейомиома

5-й эхослой стенки желудка соответствует:

- * Мышечному слою
- * Подслизистому слою
- * Слизистому слою
- * Серозному слою

Укажите диаметр пункционной иглы, позволяющей получить материал для гистологического исследования:

- * 19 G
- * 15G
- * 5G
- * 10G

Какой максимальный размер образования, при котором целесообразно выполнение зондовой ЭУС датчиком 20 МГц?

- * 3 см
- * 2 см
- * 4 см
- * 5 см

Какие эхослои стенки ЖКТ являются гиперэхогенными?

- * 1, 3, 5
- * 2,3,4
- * 1,2,5
- * 2,3,5

При сканировании не эпителиального образования желудка вы обнаруживаете, что оно исходит из 3-го эхослоя, имеет гомогенную гиперэхогенную структуру. Ваше заключение?

- * Дупликационная киста
- * Липома
- * GIST
- * Лейомиома

2-й эхослой стенки желудка соответствует:

- * Мышечному слою
- * Глубоким слоям слизистой оболочки и собственной мышечной пластинке
- * Слизистому слою
- * Серозному слою

1-й эхослой стенки желудка соответствует:

- * Поверхностным слоям слизистой оболочки
- * Глубоким слоям слизистой оболочки и собственной мышечной пластинке
- * Мышечному слою
- * Серозному слою

Какие эхослои стенки ЖКТ являются гипоехогенными?

- * 1,2
- * 2,4
- * 3,5
- * 1,5

Выберите правильную характеристику видеокапсульной системы PillCam Colon (Given Imaging):

- * видеокапсула предназначена для осмотра толстой кишки
- * для записи видеокапсульного исследования используется рекодер
- * капсула является носителем записи видеокапсульного исследования
- * угол обзора у видеокапсулы – 360 градусов

Выберите правильную характеристику видеокапсульной системы CapsoVision:

- * видеокапсула имеет 2 камеры на дистальных концах
- * видеокапсула предназначена для осмотра только тонкой кишки
- * для записи видеокапсульного исследования используется рекодер
- * размеры видеокапсулы 10x20 мм

Как правильно назвать состояние, при котором капсула длительное время находится перед патологическим очагом с последующей эвакуацией в течение 20 часов:

- * длительное нахождение капсулы
- * задержка капсулы
- * нарушение движения капсулы по кишке
- * нарушение транзита

Наиболее эффективным методом остановки кровотечения из расширенных вен пищевода является:

- * Пероральный антисептический биологический тампон
- * Эндоскопическая электрокоагуляция
- * Нанесение клеевой пленки
- * Использование баллонного зонда типа Блекмора

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

- * Острый эзофагит
- * Кардиоспазм
- * Перфорация пищевода
- * Некроз терминального отдела пищевода

Срок эпителизации рубцовых стриктур при бужировании составляет:

- * 2 недели
- * 1 месяц
- * 2-3 месяца
- * 5 месяцев

Какие существуют показания к проведению колонокапсульной эндоскопии:

- * наличие рисков при проведении стандартной колоноскопии
- * незавершенная стандартная колоноскопия
- * скрининг колоректального рака
- * все вышеперечисленное

Какие существуют преимущества у видеокапсульной эндоскопии:

- * наличие ложноположительных диагностических результатов
- * невозможность взятия биопсии и воздействия на патологический очаг
- * низкая информативность
- * простота получения данных

Каковы размеры у тонкокишечной капсулы:

- * 10x20 мм
- * 11x26 мм
- * 20x30 мм

Контрольное эндоскопическое исследование после первого сеанса склеротерапии проводится через:

- * 12-24 ч
- * 5-7 дней
- * 10 дней
- * 1 месяц

Показаниями к перерыву в бужировании являются:

- * Разрывы слизистой оболочки
- * Небольшая кровоточивость
- * Развитие фибринозного эзофагита
- * Эзофагоспазм во время бужирования

Впервые удаление полипов через эндоскоп осуществил:

- * Демлинг
- * Тсунеока и Ишида
- * Брандт
- * Эльстер

Показания к видеокапсульной эндоскопии:

- * болезнь Крона
- * кровотечение из неустановленного источника
- * опухоль тонкой кишки
- * все вышеперечисленное

Сколько кадров в секунду выполняет колонокапсула в движении:

- * 10
- * 35
- * 5
- * 50

Сколько кадров в секунду делает тонкокишечная капсула:

- * 10-12 кадров в секунду
- * 2-3 кадра в секунду
- * 20 кадров в секунду
- * 5-8 кадра в секунду

Среднее время транзита капсулы по тонкой кишке:

- * 10 часов
- * 2 часа
- * 5 часов
- * 60 минут.

Перед полипэктомией необходимо применить все перечисленные методы обследования, исключая:

- * Определение группы крови и резус-фактора
- * Изучение основных показателей свертывающей системы
- * ЭКГ
- * Колоноскопию

Укажите правильный вариант ответа:

- * в ходе проведения видеокапсульного исследования разрешается прием воды и пищи в течение всего дня
- * видеокапсульное исследование можно проводить у пациентов с клинической картиной острой кишечной непроходимости
- * для проведения видеокапсульной эндоскопии пациенту рекомендуется соблюдать в течение 3 дней перед исследованием бесшлаковую диету
- * противопоказанием к проведению видеокапсульного исследования является беременность

Укажите преимущества колонокапсульной эндоскопии перед стандартной колоноскопией:

- * возможность выполнения биопсии
- * возможность выполнения эндоскопической полипэктомии при обнаружении полипов толстой кишки
- * неинвазивность
- * отсутствие необходимости в седации

Основным инструментом при электроэксцизии полипа является:

- * Диатермические щипцы
- * Диатермическая петля
- * Электронож
- * Электроножницы

Что не входит в комплект оборудования для проведения видеокапсульного исследования:

- * доставочное устройство
- * капсула
- * рабочая станция с программным обеспечением
- * рекодер

Что является истинной задержкой капсулы:

- * более 1 недели

- * более 2 недель
- * более 3 недель
- * более 4 недель.

Что является относительным противопоказанием к проведению видеокапсульного исследования:

- * беременность
- * дисфагия
- * наличие кардиостимулятора
- * все вышеперечисленное

Что является противопоказанием к проведению капсульной эндоскопии:

- * болезнь Крона
- * кишечная непроходимость
- * массивное кровотечение
- * опухоль тонкой кишки

Диффузный полипоз, характеризующийся наличием одинаковых по величине полипов, расположенных равномерно во всех отделах толстой кишки - это:

- * Гамартомный полипоз
- * Милиарный полипоз
- * Ювенильный полипоз
- * Аденоматозный полипоз

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

- * Гамартомный полипоз
- * Милиарный полипоз
- * Ювенильный полипоз
- * Аденопапилломатозный полипоз

Для полипа Пейтц - Егерса 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

При экзофитной форме рака толстой кишки наиболее достоверная информация может быть получена при всех перечисленных формах забора тканевого материала, исключая:

- * Щипцевую биопсию
- * Сочетание щипцевой биопсии и "лаваж"-цитологии
- * Сочетание щипцевой биопсии и "браш"-цитологии
- * Сочетание "лаваж"- и "браш"-цитологии

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

- * Скирр
- * Блюдцеобразная карцинома
- * Инfiltrативный
- * Узловой

К грибковым заболеваниям легких относится:

- * Силикоз
- * Муковисцидоз
- * Силикатоз
- * Актиномикоз

Наличие опухоли деревянистой плотности на грудной клетке характерно:

- * Для силикоза
- * Для муковисцидоза
- * Для актиномикоза
- * Для туберкулеза

Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву:

- * Диффузный двусторонний процесс
- * Диффузный односторонний процесс
- * Частично диффузный процесс
- * Строго ограниченный односторонний процесс

По рентгенологической картине актиномикоз напоминает:

- * Пневмонию
- * Туберкулез
- * Бронхоэктатическую болезнь
- * Поликистоз легких

При актиномикозе наиболее часто поражаются:

- * Верхняя доля справа
- * Средняя доля
- * Язычковые сегменты
- * Базальные сегменты

Для актиномикоза характерен секрет:

- * Слизистый вязкий
- * Слизисто-гнойный
- * Густой, гнойный, без запаха
- * Густой, гнойный, с запахом

Для верификации диагноза актиномикоза необходима:

- * Браш-биопсия
- * Щипцевая биопсия
- * Бронхиальный смыв на атипические клетки
- * Бронхиальный смыв для посева на питательные среды

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

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

Первым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

- * Корень языка
- * Язычок
- * Надгортанник
- * Голосовые связки

Вторым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

- * Корень языка
- * Язычок
- * Надгортанник
- * Голосовые связки

Третьим анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

- * Корень языка
- * Язычок
- * Надгортанник
- * Голосовые связки

Четвертым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:

- * Корень языка
- * Язычок
- * Надгортанник
- * Бифуркация трахеи (карины)

Устье верхне-долевого бронха справа при выполнении фибробронхоскопии располагается:

- * На 12 часах
- * На 9 часах
- * На 6 часах
- * На 3 часах

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 устья верхнедолевого бронха

Устье среднедолевого бронха при выполнении фибробронхоскопии располагается:

- * На 5 часах
- * На 6 часах
- * На 12 часах
- * На 3 часах

К средней доле относятся:

- * С1
- * С3
- * С5
- * С7

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

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

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

В верхней доле слева имеется:

- * Один сегментарный бронх
- * Два сегментарных бронха
- * Три сегментарных бронха
- * Четыре сегментарных бронха

Бронх Нельсона - это:

- * Б1
- * Б2

- * Б3
- * Б6

Верхушка Фовлера - это:

- * Б6
- * Б7
- * Б8
- * Б9

Бронх Нельсона относится:

- * К верхней доле справа
- * К средней доле
- * К нижней доле
- * К нижней доле слева

Устье VI-го сегментарного бронха слева расположено:

- * На 12 часах
- * На 1 часе
- * На 2 часах
- * На 3 часах

Показаниями к аспирационной биопсии во время фибробронхоскопии является:

- * Статус астматикус
- * Легочное кровотечение
- * Гемангиома
- * Рак легкого

Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является:

- * Диссеминированные заболевания легких
- * Легочное кровотечение
- * Центральный рак легкого
- * Статус астматикус

Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии является:

- * Центральный рак легкого
- * Саркоидоз Бека
- * Легочное кровотечение
- * Периферический рак легкого

Показанием к браш-биопсии является:

- * Атрофический бронхит
- * Саркоидоз Бека
- * Центральная и периферическая опухоль легкого
- * Легочное кровотечение

Показанием к щипцевой биопсии во время фибробронхоскопии является:

- * Отек слизистой оболочки бронха

- * Гнойный секрет в устье бронха
- * Гемангиома
- * Центральный рак легкого

Противопоказанием к щипцовой биопсии является:

- * Отек слизистой оболочки бронха
- * Гнойный секрет в устье бронха
- * Центральный рак легкого
- * Нарушения свертывающей системы крови

Осложнением щипцовой биопсии является:

- * Перфорация стенки бронха
- * Кровотечение
- * Отек слизистой оболочки бронха
- * Обострение хронического бронхита

Осложнением трансбронхиальной щипцовой биопсии легкого является:

- * Обострение хронического бронхита
- * Перфорация стенки бронха
- * Кровотечение
- * Пневмоторакс

При периферической опухоли легкого показана:

- * Щипцевая биопсия
- * Браш-биопсия
- * Аспирационная биопсия
- * Щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем

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

Биактивный метод коагуляции показан при всех перечисленных причинах кровотечения, кроме:

- * Кровотечения из разрыва слизистой кардиального отдела желудка
- * Кровотечения из острых язв
- * Кровотечения из эрозий
- * Кровотечения из глубоких разрывов слизистой оболочки пищеварительно-желудочного перехода

Методика диатермокоагуляции включает все перечисленное, кроме:

- * Предварительного удаления крови и сгустков
- * Коагуляции ткани, расположенной рядом с кровоточащим сосудом
- * Непосредственной коагуляции сосуда

* Диатермокоагуляция выполняется серией коротких включений тока высокой частоты

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

- * Способа диатермокоагуляции (моноактивный, биактивный)
- * Площади коагуляционного некроза
- * Локализации источника кровотечения
- * Продолжительности воздействия

Максимальная продолжительность непрерывной диатермокоагуляции составляет:

- * 1 с
- * 2-3 с
- * 5-6 с
- * 7-8 с

Показаниями к эндоскопическому удалению инородного тела из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, кроме:

- * Всех случаев проглатывания остроконечных предметов
- * Застревания инородных тел в области физиологических сужений пищевода
- * Инородных тел более *5-2 см
- * Инородных тел округлой формы диаметром 1-*5 см

Абсолютными показателями к удалению инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются все перечисленные, исключая:

- * Инородное тело, внедрившееся в стенку органа
- * Инородное тело, вызвавшее непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- * Инородные тела желудка диаметром 1-*5 см
- * Инородные тела "слепого мешка", осложнившиеся холангитом

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

- * При инородных телах с острыми концами и гранями
- * При инородных телах желудка диаметром более 2 см
- * Если инородное тело вклинилось в привратник
- * При застревании инородного тела в области гастро-энтероанастомоза

Противопоказаниями к эндоскопическому исследованию является:

- * Общее тяжелое состояние больного
- * Психологическое возбуждение
- * Наличие признаков перфорации полого органа
- * Нахождение инородного тела в 12-перстной кишке

Противопоказания к эндоскопическому удалению инородного тела включают все перечисленное, исключая:

- * Общее тяжелое состояние больного
- * Резкие боли
- * Высокую температуру
- * Кровотечение

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

- * Рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- * Рентгенографического исследования с барием
- * Премедикации
- * Психопрофилактики (беседа с больным)

Инородные тела пищевода чаще выявляются:

- * На уровне входа в пищевод
- * В средней трети пищевода
- * На уровне пищеварительного отверстия диафрагмы
- * В абдоминальном отделе пищевода

К случайным относятся все следующие инородные тела пищеварительного тракта, кроме:

- * Пуговиц
- * Монет
- * Фруктовых косточек
- * bezoаров желудка

Bezoары желудка могут осложняться всем перечисленным, кроме:

- * Перфорации стенки желудка
- * Развития стеноза привратника
- * Пилородуоденальной или кишечной непроходимости
- * Желудочно-кишечного кровотечения

Ко вторичным симптомам инородного тела пищевода относятся все перечисленные, исключая:

- * Резкое усиление боли
- * Распространение боли ниже того места, где они были ранее
- * Отечность наружных покровов шеи и мягких тканей возле перстневидного хряща
- * Резкое повышение температуры, озноб

Клинические проявления при инородных телах зависят от всех перечисленных факторов, исключая:

- * Характер предмета
- * Локализацию инородного тела
- * Глубину внедрения в стенку органа
- * Психическое состояние больного

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

- * Наличие физиологических сужений
- * Опухолевое поражение стенки пищевода
- * Стриктура пищевода
- * Хронический эзофагит

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

- * Дисфагия
- * Боль
- * Нарушение проходимости пищи
- * Усиление саливации

Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является:

- * Дисфагия
- * Боль
- * Нарушение проходимости пищи
- * Усиление саливации

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

- * Через 2-3 ч
- * Через 4-5 ч
- * Через 6-8 ч
- * Через 10-12 ч

Из проглоченных волос образуются:

- * Фитобезоары
- * Трихобезоары
- * Себобезоары
- * Шеллакобезоары

Из переваренного жира образуются:

- * Фитобезоары
- * Трихобезоары
- * Себобезоары
- * Шеллакобезоары

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

- * Биопсионных щипцов
- * Полипэктомической петли
- * Эндоскопических ножниц
- * Корзинки Дормиа

Наиболее трудной для эндоскопического лечения является локализация сужения:

- * В устье пищевода
- * В шейном отделе
- * В грудном отделе
- * В области кардиоэзофагеального перехода

Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах:

- * Крепкими растворами кислот
- * Крепкими растворами щелочей
- * Солями тяжелых металлов
- * Термических поражениях

Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании:

- * Полыми бужами по металлической струне-направителю
- * Через рот вслепую
- * За "нитку"
- * По "нитке"

Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются:

- * Гладкие, блестящие рубцы
- * Неровные, тусклые рубцы
- * Инфильтрация слизистой оболочки
- * Эластичность при инструментальной пальпации

Различают все перечисленные морфологические виды полипов желудка, кроме:

- * Гиперпластических полипов
- * Аденоматозных полипов
- * Ювенильных полипов
- * Эндометриоидных полипов

Эндоскопическими признаками лигатурного свища являются все перечисленные, кроме:

- * Наличия лигатуры
- * Дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг
- * Гипергрануляций
- * Фибринозно-гнойных наложений

Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

- * Бужирование вслепую
- * Бужирование по струне
- * Нормированное бужирование по струне
- * Баллонная пневмо- и гидродилатация

Клиническая картина при инородных телах трахеи включает:

- * Боли в грудной клетке
- * Приступообразный кашель
- * Кашель с мокротой

- * Высокую температуру

При инородных телах бронха (свежеаспирированных) клиническая картина характеризуется:

- * Кашлем с мокротой
- * Постоянным кашлем
- * Болями в грудной клетке
- * Высокой температурой

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на боли в верхнем правом квадранте живота после обильного приема пищи. Иногда данные приступы сопровождаются тошнотой и рвотой. На обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаружены конкременты желчного пузыря. На УЗИ выявлены конкременты желчного пузыря и нормальных размеров общий желчный проток. Биохимия крови и общий анализ крови без патологии. Наилучшим тактическим подходом у данного пациента в настоящий момент является:

- * Наблюдение
- * Лапароскопическая холецистэктомия
- * Лечение урсодезоксихолевой кислотой
- * Ударно-волновая литотрипсия

При давно аспирированных инородных телах бронхов клиническая картина характеризуется:

- * Приступообразным кашлем
- * Отсутствием кашля
- * Кашлем с мокротой
- * Стридорозным дыханием

У больного при 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:

- * Динамическое наблюдение
- * Лечебная эндоскопическая полипэктомия
- * Хирургическое лечение в плановом порядке
- * Экстренное хирургическое вмешательство

У больного 23 лет выявлен полипоз желудка с локализацией опухолей в кардиальном отделе желудка. Оптимальная тактика предусматривает:

- * Эндоскопическую полипэктомию
- * Хирургическое лечение
- * Динамическое наблюдение
- * Комбинированное (эндоскопическое и хирургическое) лечение

После полипэктомии во время эзофагогастродуоденоскопии чаще применяется:

- * Промывание желудка ледяной водой

- * Инъекции гемостатических и сосудосуживающих препаратов через эндоскоп и диатермокоагуляция через эндоскоп
- * Трансабдоминальное вмешательство
- * Нанесение на дефект слизистой пленкообразующих препаратов

В момент электроэксцизии 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

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

- * через 2-3 часа
- * через 4-5 часов
- * через 6-8 часов
- * через 10-12 часов

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

- * комбинированное (эндоскопическое + хирургическое лечение)
- * консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
- * консервативное лечение
- * динамическое наблюдение

У больного 47 лет выявлен полипоз желудка, с локализацией опухоли по малой кривизне желудка. Какой метод лечения больному нужно рекомендовать?

- * эндоскопическую полипэктомию
- * хирургическое лечение
- * динамическое наблюдение
- * симптоматическое лечение

Больной находится на искусственной вентиляции легких. Сколько раз необходимо проводить санационную бронхоскопию?

- * ежедневно
- * через день
- * через 2 дня
- * через 3 дня

У больного хронический недренирующийся абсцесс легкого. Что необходимо выполнить?

- * жесткую бронхоскопию под наркозом
- * бронхоскопию
- * жесткую бронхоскопию под местной анестезией
- * бронхоскопию под рентгенологическим контролем с пункцией стенки абсцесса

Больной поступил с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту "кофейной гущей". Какой метод исследования рекомендовать больному?

- * рентгеноскопию
- * рентгенографию с барием
- * эзофагогастроскопию
- * компьютерную томографию

У больного во время эзофагогастроскопии обнаружен одиночный полип. Что необходимо рекомендовать больному?

- * консервативную терапию
- * хирургическое лечение
- * динамическое наблюдение
- * комбинированное лечение: хирургическое + эндоскопическое

У больного после эндоскопической полипэктомии началось кровотечение, которое не останавливается самостоятельно. Какой метод лечения необходимо провести больному во время повторной эзофагогастроскопии?

- * холод на область эпигастрия в течение 2 часов
- * инъекции гемостатических сосудосуживающих препаратов через эндоскоп и эндоскопическую диатермокоагуляцию
- * хирургическое лечение
- * эндоскопическую аппликацию на дефект слизистой желудка

У больного через час после технически трудно удаленного полипа желудка эндоскопическим путем, внезапно появились боли в эпигастрии "кинжального" характера. Объективно резкое напряжение передней брюшной стенки. Что необходимо предпринять с диагностической целью в первую очередь?

- * эзофагогастродуоденоскопию
- * обзорную рентгенографию брюшной полости
- * экстренную лапаротомию
- * УЗИ брюшной полости

Больной, 44 лет случайно выпил неизвестную жидкость. Через месяц у больного появилась дисфагия. Какой метод обследования необходимо применить больному?

- * рентгеноскопия
- * рентгенография
- * эндоскопическое исследование
- * компьютерная томография

Больному во время эндоскопии установлен полип желудка. Для эндоскопической полипэктомии применяются следующие методы, кроме:

- * механического срезания полипа
- * электроэксцизии полипа
- * щипцового захвата

* эндоскопические инъекции в ткань полипа растворов уксусной кислоты и этанола

У больного во время эзофагогастродуоденоскопии выявлены 6 полипов желудка диаметром 1,5-2,0 см, поверхность их яркая, покрыта мелкими эрозиями. На биопсии признаков малигнизации полипа нет. Какой метод лечения рекомендовать больному?

- * хирургическое лечение в плановом порядке
- * лечебную эндоскопическую полипэктомию
- * динамическое наблюдение
- * экстренное хирургическое вмешательство

Эндоскопическую папиллосфинктеротомию в нашей стране впервые произвел:

- * В.В.Виноградов и др. в 1975 г.
- * Д.Ф.Благовидов и др. в 1976 г.
- * А.С.Балалыкин и др. в 1979 г.
- * В.С.Савельев и др. в 1980 г.

Потерянные дренажи общего желчного протока извлекаются:

- * Биопсионными щипцами
- * Захватывающим устройством типа "крысиный зев"
- * Специальным крючком
- * Петлей

Больному К., 48 лет, проведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. На третьи сутки после операции у больного развилась желтуха, имеющая тенденцию к быстрому прогрессированию. Какая из причин возникшего осложнения представляется наиболее вероятной?

- * Острый вирусный гепатит
- * Ятрогенное повреждение общего желчного протока
- * Резидуальный холедохолитиаз
- * Спазм сфинктера Одди

У больной З., 38 лет, заподозрен острый аппендицит. Произведена лапароскопическая аппендэктомия. Назовите главное преимущество этого метода вмешательства:

- * Хороший косметический эффект
- * Меньшая длительность операции
- * Меньшая стоимость операции
- * Возможность оценить характер и распространенность процесса

У больной во время диагностической лапароскопии выявлен инфильтрат в подвздошной области справа. Картины кишечной непроходимости и выпота в брюшной полости нет. Дальнейшая тактика?

- * Попытаться выделить инфильтрат лапароскопически
- * Перейти на нижнесрединную лапаротомию

- * Выполнить правостороннюю гемиколэктомию
- * Проводить консервативное лечение и наблюдение

Через 2 суток после лапароскопической холецистэктомии больной жалуется на боли в животе, чувство вздутия, тошноту. Каковы Ваши действия?

- * Динамическое наблюдение с контролем анализов крови
- * Антибактериальная терапия
- * Комплексная стимуляция перистальтики
- * Релапароскопия

Во время диагностической лапароскопии обнаружен серьезный перитонит по правому флангу живота и перфорационное отверстие на передней стенке луковицы 12-перстной кишки. Больной 32 года, "язвенный анамнез" отсутствует. Укажите правильные действия:

- * Верхнесрединная лапаротомия и ушивание перфорации двухрядным швом
- * Лапароскопическая стволовая двусторонняя ваготомия и ушивание перфорации
- * Верхнесрединная лапаротомия и резекция 2/3 желудка
- * Лапароскопическое ушивание перфорации. Санация и дренирование брюшной полости

У больной с острой тонкокишечной непроходимостью выполнена диагностическая лапароскопия. Обнаружена склерозированная прядь большого сальника, фиксированная к стенкам малого таза. Эта прядь сальника сдавливает завернувшуюся петлю подвздошной кишки. Приводящий отдел ее раздут до 5 см в поперечнике, время от начала заболевания 6 часов. Какая операция показана?

- * Срочная лапаротомия
- * Лапароскопическое устранение непроходимости с последующей релапароскопией
- * Лапароскопическое устранение непроходимости с последующей оценкой состояния кишечника
- * Лапароскопическое рассечение спаек

У больной А., 47 лет, выявлен отечный панкреатит с ферментативным перитонитом во время диагностической лапароскопии. Ваша тактика?

- * Лапаротомия, вскрытие сальниковой сумки, мобилизация поджелудочной железы, холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости
- * Дренирование брюшной полости с последующим консервативным лечением
- * Лапаротомия с наложением лапаростомии
- * Лапаротомия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки

У больного Д., 55 лет, при ножевом колото-резаном торако-абдоминальном ранении возникла необходимость в эндоскопическом обследовании. Какова последовательность диагностических приемов?

- * Торакоскопия - лапароскопия.
- * Лапароскопия - торакоскопия.
- * Подход индивидуальный.
- * Не имеет значения.

Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии гипертрофированных складок пищевода включают все перечисленные признаки, за исключением:

- * при раздувании пищевода воздухом складки не расправляются
- * калибр складок на всем протяжении одинаков
- * у кардии складки обрываются, зубчатая линия сохранена

Причинами синдрома Мэллори – Вейса могут быть все перечисленные, кроме:

- * рвоты
- * подъема тяжести
- * приема алкоголя

При синдроме Мэллори – Вейса разрывы слизистой локализуются в:

- * области кардиоэзофагального перехода на задней стенке
- * антральном отделе желудка
- * области кардии или кардиоэзофагального перехода на боковых стенках

Колоноскопическая электроэксцизия полипа впервые выполнена:

- * Демлингом в 1970 г.
- * Дейле в 1971 г.
- * Вольфом в 1872 г.
- * Шиния в 1974 г.

К осложнениям папиллосфинктеротомии относятся все перечисленные, за исключением:

- * Кровотечения из области разреза
- * Ретроперитонеальной перфорации
- * Острого панкреатита
- * Дуоденостаза

Для извлечения камней из желчных протоков после эндоскопической папиллосфинктеротомии используются:

- * Петля Дормиа
- * Папиллотом
- * Биопсионные щипцы
- * Трехзубый грейфер

Контрольное эндоскопическое исследование после эндоскопической папиллосфинктеротомии проводится через:

- * Сутки
- * 2-3 дня
- * 2 недели
- * 30 дней

Потерянные дренажи общего желчного протока извлекаются:

- * Биопсионными щипцами

- * Захватывающим устройством типа "крысиный зев"
- * Специальным крючком
- * Петлей

К приемам, улучшающим условия канюляции большого дуоденального соска, относятся:

- * Больной поворачивается на живот
- * Эндоскоп проводится ниже большого дуоденального соска с последующим подтягиванием
- * Приподнимается ножной конец стола
- * Катетер при канюляции заводится снизу вверх с использованием леватора