

Тесты по циклу: Эндоскопия

1. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат
 - 1 повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищевода и диафрагмы
 - 2 инволюция тканей пищевода и диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
 - 3 прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
2. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием
 - 1 нарушения прохождения пищи по пищеводу
 - 2 дискинезии пищевода
 - 3 рефлюкса содержимого желудка в пищевод
3. Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено
 - 1 укорочением пищевода
 - 2 сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы
 - 3 деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой
4. Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является
 - 1 рефлюкс-эзофагит
 - 2 кровотечение
 - 3 ущемление
5. Основной причиной развития пищевода Барретта служит
 - 1 нарушение регенерации слизистой оболочки
 - 2 хроническое воспаление
 - 3 желудочно-пищеводный рефлюкс
6. Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при
 - 1 врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу
 - 2 склеродермии
 - 3 тилозе
7. Пищевод Барретта наиболее часто выявляется при
 - 1 ахалазии кардии
 - 2 паразофагеальной хиатальной грыже
 - 3 рефлюкс-эзофагите
8. Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется
 - 1 стиранием зубчатой линии
 - 2 смещением зубчатой линии в дистальном направлении
 - 3 смещением зубчатой линии в проксимальном направлении
9. У больного 58 лет с жалобами на гиперэстезию пищевода при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода диффузно гиперемирована, разрыхлена, на отдельных участках имеются множественные рыхлые желтоватого цвета наложения, последние с трудом снимаются со слизистой оболочки, кардия зияет. Ваш диагноз
 - 1 Рефлюкс-эзофагит 3 степени
 - 2 Кандидозный эзофагит
 - 3 Герпетический эзофагит
10. Причиной развития кардиоспазма служит
 - 1 стресс
 - 2 патологические изменения ауэрбаховского сплетения
 - 3 желудочно-пищеводный рефлюкс
11. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается
 - 1 лейомиома
 - 2 липома
 - 3 шваннома
12. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся
 - 1 атрофия

- 2 метаплазия
- 3 прогрессирующая дисплазия

13. Причинами возникновения аксиальной грыжи являются все перечисленные, кроме
 - 1 повышения внутрибрюшного давления
 - 2 инволюции тканей пищеводного отверстия диафрагмы
 - 3 кардиоспазма
14. Полипы желудка чаще локализуются
 - 1 в кардиальном отделе
 - 2 в дне
 - 3 в антральном отделе
15. Глубина поражения при раннем раке желудка включает
 - 1 собственную пластинку слизистой оболочки желудка
 - 2 всю слизистую
 - 3 слизистый и подслизистый слои
16. Ангиодисплазии наиболее часто встречаются
 - 1 в слепой кишке
 - 2 в прямой кишке
 - 3 в сигмовидной кишке
17. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе деструкции характеризуется
 - 1 глубокими продольными трещинами, проникающими через все слои кишечной стенки, симптомом "булыжной мостовой"
 - 2 поверхностными плоскими язвами
 - 3 глубокими кратерообразными язвами
18. Отделы толстой кишки, в которых чаще всего встречаются ворсинчатые опухоли
 - 1 нисходящая кишка
 - 2 поперечно-ободочная кишка
 - 3 прямая
19. Эндоскопическая картина умеренной степени активности неспецифического язвенного колита включает все перечисленное, кроме
 - 1 отека слизистой
 - 2 гиперемии слизистой
 - 3 глубоких язв
20. К морфологическим изменениям слизистой оболочки толстой кишки, характерным только для болезни Крона, относятся
 - 1 лейкоцитарная инфильтрация
 - 2 гистиоцитарная инфильтрация
 - 3 саркоидные гранулемы
21. Наиболее характерные морфологические изменения при неспецифическом язвенном колите следующие
 - 1 "крипт"-абсцессы
 - 2 саркоидные гранулемы
 - 3 гемосидеринсодержащие макрофаги
22. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся реже всего, относятся
 - 1 ювенильные
 - 2 гиперпластические
 - 3 аденоматозные
23. Сужение просвета толстой кишки при инфильтративной форме рака следует дифференцировать
 - 1 с болезнью Крона
 - 2 с рубцовой стриктурой толстой кишки
 - 3 со сдавлением толстой кишки извне
24. Синдром "мертвого устья" является
 - 1 косвенным признаком бронхоэктатической болезни
 - 2 прямым признаком центрального рака легкого
 - 3 косвенным функциональным признаком центрального рака легкого
25. Наиболее частой формой туберкулеза бронхов является
 - 1 инфильтративный

- 2 инфильтративно-язвенный
- 3 бронхо-фистулезный

26. Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно
- 1 слизистая гиперемирована
 - 2 сосудистый рисунок усилен
 - 3 сосудистый рисунок обеднен
27. Эндоскопическая картина полипа бронха выявляет
- 1 гладкую поверхность
 - 2 бугристую поверхность
 - 3 узкую ножку
28. Эндоскопическая картина экзофитной раковой опухоли включает все перечисленное, кроме
- 1 гладкой поверхности поражения на узкой ножке
 - 2 бугристой поверхности
 - 3 широкого основания
29. Карциноид толстой кишки имеет все следующие эндоскопические признаки, кроме
- 1 подслизистое образование округлой формы, желтого цвета
 - 2 образования одиночные, размерами до 1-2 см
 - 3 подслизистое образование округлой формы, покрыто неизменной слизистой оболочкой, плотно-эластической консистенции
30. Изъязвления Дъелафуа осложняется
- 1 скрытым кровотечением
 - 2 перфорацией
 - 3 профузным кровотечением
31. Доброкачественные подслизистые опухоли обычно осложняются
- 1 перфорацией
 - 2 стенозом
 - 3 кровотечением
32. Излюбленная локализация полиповидного рака желудка
- 1 кардиальный отдел
 - 2 тело желудка
 - 3 малая кривизна
33. Наиболее частой причиной желудочно-кишечного кровотечения является
- 1 хроническая язва желудка
 - 2 хроническая язва 12-перстной кишки
 - 3 рак желудка
34. При синдроме Мэллори - Вейса разрывы слизистой локализуются
- 1 в антральном отделе желудка
 - 2 в области кардиоэзофагального перехода на задней стенке
 - 3 в области кардии или кардиоэзофагального перехода на передней стенке
35. Варикозное расширение вен желудка обычно определяется
- 1 в области угла желудка
 - 2 в области дна желудка
 - 3 в кардиальном отделе на малой кривизне
36. Варикозное расширение вен следует дифференцировать
- 1 с эзофагитом
 - 2 с синдромом Мэллори - Вейса
 - 3 с гипертрофированными складками слизистой оболочки
37. После заживления острой язвы наблюдается
- 1 Незначительная деформация стенки желудка
 - 2 Умеренно выраженная деформация стенки
 - 3 Деформация стенки желудка отсутствует
38. К фоновым заболеваниям, относящимся к предраковому состоянию, являются все перечисленные, кроме
- 1 Аденомы желудка
 - 2 Лимфоидной гиперплазии
 - 3 Хронического атрофического гастрита

39. Наиболее характерным осложнением дивертикула 12-перстной кишки является
- 1 Дивертикулит
 - 2 Кровотечение
 - 3 Перфорация
40. Ангиодисплазии наиболее часто встречаются
- 1 В слепой кишке
 - 2 В прямой кишке
 - 3 В сигмовидной кишке
41. Для синдрома Пейтц - Егерса характерно все перечисленное, кроме
- 1 Полипоза желудочно-кишечного тракта
 - 2 Полипоза только толстой кишки
 - 3 Наличия пигментных пятен на коже и слизистой
42. Наиболее частое осложнение острых язв желудка
- 1 Перфорация
 - 2 Пенетрация
 - 3 Кровотечение
43. К циркулярному поражению склонны все перечисленные формы рака толстой кишки, кроме
- 1 Сигмовидной
 - 2 Инфильтративной
 - 3 Нодозной
44. При диффузном полипозе реже всего выявляется рак
- 1 В слепой кишке
 - 2 В восходящей кишке
 - 3 В нисходящей кишке
45. Среди анатомических типов полипов, чаще всего встречающихся в толстой кишке, выделяют
- 1 Мелкие полипы на ножке
 - 2 Крупные полипы на ножке
 - 3 Мелкие полипы на широком основании
46. Небольшие полипы на широком основании наиболее характерны
- 1 Для правой половины толстой кишки
 - 2 Для левой половины толстой кишки
 - 3 Для прямой кишки
47. Чаще всего в толстой кишке встречаются
- 1 Мелкие полипы на широком основании
 - 2 Крупные полипы на широком основании
 - 3 Мелкие полипы на ножке
48. Основным клиническим симптомом рака правой половины толстой кишки является
- 1 Боль
 - 2 Расстройство стула
 - 3 Анемия
49. Анемия характерна для
- 1 Рака правой половины толстой кишки
 - 2 Рака левой половины толстой кишки
 - 3 Полиповидного рака толстой кишки
50. Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются
- 1 психические заболевания
 - 2 кардиоспазм 3 стадии
 - 3 воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
51. Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются
- 1 инсульт в острой стадии
 - 2 перфорация пищевода
 - 3 химический ожог пищевода III ст

52. Желудок опорожняется от пищи в среднем за
- 1 3 часа
 - 2 6 часов
 - 3 9 часов
53. Промывание желудка перед ЭГДС требуется больным с
- 1 декомпенсированным стенозом привратника
 - 2 подозрением на кровотечение из верхних отделов ЖКТ
 - 3 химическим ожогом пищевода
54. Показаниями к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) являются
- 1 подозрение на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей
 - 2 дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой
 - 3 подозрение на кисту поджелудочной железы
55. Противопоказаниями к проведению ЭРПХГ в плановом порядке являются
- 1 повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам
 - 2 острый панкреатит и обострение хронического панкреатита
 - 3 механическая желтуха
56. Ограничением к выполнению колоноскопии является
- 1 рак яичника
 - 2 метастатическое поражение печени
 - 3 спаечная болезнь органов брюшной полости
57. Показанием к плановой колоноскопии является
- 1 полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии
 - 2 болезнь Уиппла
 - 3 синдром мальабсорбции
58. Показанием к экстренной колоноскопии является
- 1 кишечное кровотечение
 - 2 подозрение на перфорацию толстой кишки
 - 3 дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита
59. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии не используют
- 1 вазелиновое масло
 - 2 касторовое масло
 - 3 фортранс
60. Задержка жидкости в просвете толстой кишки характерна для
- 1 касторового масла
 - 2 сернокислой магнезии
 - 3 бисакодила
61. Перед колоноскопией необходима премедикация
- 1 наркотики
 - 2 премедикация не требуется
 - 3 наркотики + спазмолитики
62. Показаниями к бронхофиброскопии являются
- 1 профузное легочное кровотечение
 - 2 астматический статус
 - 3 рак легкого
63. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются
- 1 кровохарканье
 - 2 центральный рак легкого
 - 3 статус астматикус
64. Осложнением щипцовой биопсии при бронхофиброскопии является
- 1 перфорация стенки бронха
 - 2 кровотечение
 - 3 отек слизистой оболочки бронха
65. Осмотр бронхов правого легкого проводят в последовательности
- 1 верхнедолевой, нижнедолевой, среднедолевой

- 2 нижнедолевой, среднедолевой, верхнедолевой
- 3 верхнедолевой, среднедолевой, Вб, базальные бронхи

66. Осмотр бронхов левого легкого проводят в последовательности
- 1 верхнезональный, переднезональный, базальные бронхи, Вб
 - 2 базальные бронхи, Вб, переднезональный, верхнезональный
 - 3 переднезональный, Вб, верхнезональный, базальные бронхи
67. Показанием к трансбронхиальной щипцовой биопсии легкого во время бронхофиброскопии является
- 1 диссеминированные заболевания легких
 - 2 саркоидоз
 - 3 центральный рак легкого
68. Показанием к браш-биопсии во время бронхофиброскопии является
- 1 атрофический бронхит
 - 2 центральная и периферическая опухоль легкого
 - 3 легочное кровотечение
69. Показанием к щипцовой биопсии во время бронхофиброскопии является
- 1 отек слизистой оболочки бронха
 - 2 гнойный секрет в устье бронха
 - 3 рак легкого
70. Наиболее частой причиной кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта является
- 1 пептическая язва и стрессовая язва
 - 2 варикозное расширение вен пищевода
 - 3 распадающаяся опухоль
71. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, при котором появляется мелена равно
- 1 менее 60 мл.
 - 2 60-100мл
 - 3 250мл
72. Задачи, которые необходимо решить при ЭГДС по поводу желудочно-кишечного кровотечения
- 1 установить факт кровотечения из пищеварительного тракта и определить локальную причину кровотечения
 - 2 определить локальную причину кровотечения или исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах ЖКТ
 - 3 исключить наличие источника кровотечения в верхних отделах ЖКТ и подтвердить наличие источника кровотечения в нижних отделах ЖКТ
73. Противопоказаниями к проведению ЭГДС при подозрении на желудочно-кишечное кровотечение являются
- 1 инфаркт миокарда
 - 2 инсульт
 - 3 аганальное состояние
74. Риск возникновения кровотечения должен быть признан высоким при наличии
- 1 видимого сосуда на поверхности язвы в виде белесоватого бугорка или фиксированного тромба
 - 2 фиксированного тромба или мелких сосудов в виде черных точек
 - 3 крови и сгустков в просвете желудка или геморрагических эрозий
75. При болезни Дьюлафуа (простое изъязвление) кровотечение развивается из
- 1 острой язвы
 - 2 множественных телеангиоэктозий желудка
 - 3 полиповидного образования, обусловленного пороком развития сосудов подслизистого слоя желудка
76. Оптимальным методом эндоскопической остановки кровотечения из полипа является
- 1 введение сосудосуживающих препаратов в основание полипа
 - 2 электрокоагуляция
 - 3 электроэксцизия полипа
77. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является
- 1 обкалывание источника кровотечения кровоостанавливающими препаратами

- 2 Диатермокоагуляция
- 3 комплексное эндоскопическое лечение

78. У больной с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке большое к-во темной крови и сгустков, слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки диффузно кровоточат- "плачущая слизистая"
- 1 Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактика его рецидива
 - 2 Консервативная терапия
 - 3 Повторная ЭГДС через 6-8 часов.
79. У больного с гемофилией возникло кровотечение из верхних отделов ЖКТ. При ЭГДС выявлено: в антральном отделе желудка на большой кривизне имеется полип до 1,5 см в диаметре на широком основании. Из верхушки полипа отмечается подтекание крови.
- 1 Местная опликация кровоостанавливающих средств
 - 2 Монополярная электрокоагуляция
 - 3 Электроэксцизия.
80. У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является
- 1 эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактика его рецидива
 - 2 промывание желудка ледяной водой
 - 3 Повторная ЭГДС через 6-8 часов
81. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено большое количество темной крови и сгустков в просвете желудка и фиксированный тромб на малой кривизне в нижней трети тела желудка. Кровь из под тромба не подтекает. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является
- 1 Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактика его рецидива
 - 2 Консервативная терапия
 - 3 Повторная ЭГДС через 6-8 часов
82. У больного с гемофилией возникло кровотечение из верхних отделов ЖКТ. При ЭГДС выявлено: в антральном отделе желудка на большой кривизне имеется полип до 1,5 см в диаметре на широком основании. Из верхушки полипа отмечается подтекание крови. Оптимальным методом эндоскопического лечения является:
- 1 Местная опликация кровоостанавливающих средств
 - 2 Монополярная электрокоагуляция
 - 3 Электроэксцизия.
83. У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является
- 1 эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактика его рецидива
 - 2 промывание желудка ледяной водой
 - 3 Повторная ЭГДС через 6-8 часов
84. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено большое количество темной крови и сгустков в просвете желудка и фиксированный тромб на малой кривизне в нижней трети тела желудка. Кровь из под тромба не подтекает. Наиболее рациональной тактикой ведения больного является
- 1 Эндоскопические методы остановки кровотечения или профилактика его рецидива
 - 2 Консервативная терапия
 - 3 Повторная ЭГДС через 6-8 часов
85. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено инфильтративно-язвенный рак желудка с обильным кровотечением из одного участка распада. Оптимальный метод эндоскопического лечения является
- 1 Местная опликация кровоостанавливающими средствами
 - 2 Клипирование
 - 3 Монополярная электрокоагуляция
86. У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: умеренное количество крови и сгустков, в области свода на отдельных участках слизистой оболочки отмечается просачивание алой крови. Оптимальный метод эндоскопического лечения является
- 1 Клипирование
 - 2 Биполярная электрокоагуляция
 - 3 Местная аппликация кровоостанавливающих средств

87. У больного после тяжелой физической нагрузки появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС установлено: в области кардиоэзофагального перехода имеется линейный надрыв слизистой оболочки до 2 см длиной с активным подтеканием алой крови
- 1 Местная аппликация кровоостанавливающих средств
 - 2 Клипирование
 - 3 Монополярная электрокоагуляция
88. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является
- 1 дисфагия
 - 2 боль
 - 3 нарушение проходимости пищи
89. Эндоскопическое лечение кардиоспазма включает следующие вмешательства
- 1 вибробуживание
 - 2 электро-хирургическое рассечение спазмированного участка
 - 3 баллонную пневмодилатацию и введение в зону сужения антиспастических препаратов
90. Лечение больного с кардиоспазмом 3-4 степени начинается с
- 1 оперативного вмешательства
 - 2 бужирования
 - 3 баллонной пневмодилатации
91. Эндоскопическая полипэктомия в основном выполняется методом
- 1 Эксцизия
 - 2 электроэксцизия
 - 3 электрокоагуляции
92. Электрокоагуляцию целесообразно применять при
- 1 мелких полипах 1 типа
 - 2 мелких полипах 2 типа
 - 3 крупных полипов 1 типа.
93. Основной целью создания новокаин - адреналиновой подушки под основанием полипа перед его удалением является
- 1 профилактика ожога окружающей слизистой оболочки
 - 2 профилактика перфорации желудка
 - 3 уменьшение вероятности кровотечения после удаления полипа
94. Для профилактики перфорации стенки во время электроэксцизии плоского полипа необходимо
- 1 приподнимать полип петлей до образования треугольной складки у его основания
 - 2 удалять полип только после изменения его окраски при затягивании петли
 - 3 удалять полип, используя преимущественно режим коагуляции
95. Оптимальным методом остановки кровотечения из оставленной ножки полипа является
- 1 оперативное вмешательство
 - 2 электроэксцизия оставленной ножки
 - 3 инъекция в ножку полипа коагулирующих агентов
96. Отторжение ожогового струпа после электроэксцизии полипа толстой кишки происходит на
- 1 2-3 день
 - 2 3-7 день
 - 3 8-9 день
97. В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений
- 1 три
 - 2 четыре
 - 3 пять
98. Устье среднедолевого бронха при выполнении бронхоскопии располагается на
- 1 5 часах
 - 2 6 часах
 - 3 12 часах
99. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке
- 1 0,1 м/час
 - 2 1,0 м/час
 - 3 1,5 м/час

100. Противопоказанием к эндоскопической папиллотомии -являются

- 1 стеноз устья главного протока поджелудочной железы
- 2 тубулярный стеноз, распространяющийся выше интрамуральной части общего желчного протока
- 3 аденома БДС