

**Тест по Диагностической эндоскопии**  
система подготовки к тестам Gee Test  
oldkyx.com

## **Список вопросов по Диагностической ЭНДСКОПИИ**

---

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

- 1) [-]Короткий пищевод
  - 2) [-]Параэзофагальную грыжу
  - 3) [+]Диафрагмальную грыжу
  - 4) [-]Аксиальную грыжу
  - 5) [-]Гигантскую грыжу
- 

**2. Причинами возникновения аксиальной грыжи являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Повышения внутрибрюшного давления
  - 2) [-]Инволюции тканей пищеводного отверстия диафрагмы
  - 3) [-]Прогрессирующего рубцово-воспалительного укорочения пищевода
  - 4) [+]Кардиоспазма
  - 5) [-]Эзофагоспазма
- 

**3. Клиническая картина грыжи пищеводного отверстия диафрагмы включает все перечисленные симптомы, за исключением:**

- 1) [-]Болей в подложечной области после еды
- 2) [-]Длительной интермиттирующей дисфагии
- 3) [+]Прогрессирующей дисфагии
- 4) [-]Диспепсического синдрома

5) [-]Псевдостенокардического синдрома

---

**4. К эндоскопическим критериям аксиальной грыжи относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Укорочения пищевода
  - 2) [-]Пролапса слизистой желудка в грыжевую полость
  - 3) [-]Заброса желудочного содержимого
  - 4) [-]"Проваливания" прибора в пролабирующий сегмент
  - 5) [+]Затруднения прохождения прибора через кардиальный жом
- 

**5. К эндоскопическим признакам аксиальной грыжи относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Расширение пищевода в нижней трети
  - 2) [-]Утолщение складок слизистой оболочки пищевода
  - 3) [-]Выраженный пролапс слизистой желудка в грыжевой мешок
  - 4) [-]Зияние кардии
  - 5) [+]Спазм кардии
- 

**6. Источниками кровотечения при аксиальной грыже являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Эрозивного эзофагита
  - 2) [+]Разрыва слизистой оболочки кардио-эзофагального перехода
  - 3) [-]Язвы пищевода
  - 4) [-]Язвы в грыжевом мешке
  - 5) [-]Венозного стаза в наддиафрагмальной части желудка
- 

**7. К осложнениям аксиальной грыжи относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Эзофагита

- 2) [-]Эрозии пищевода
- 3) [-]Язвы пищевода
- 4) [-]Кровотечения
- 5) [+]Варикозного расширения вен пищевода

---

**8. Эндоскопическими критериями эзофагита являются все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Гиперемию слизистой оболочки пищевода
- 2) [-]Эрозии и язвы
- 3) [-]Лейкоплакии
- 4) [+]Полипы
- 5) [-]Утолщение складок слизистой оболочки пищевода

---

**9. К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относится:**

- 1) [-]Розовая слизистая
- 2) [+]Гиперемия слизистой в виде продольных полос
- 3) [-]Багрово-синюшная слизистая
- 4) [-]Сосудистый рисунок не виден
- 5) [-]Эрозии слизистой

---

**10. К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относится:**

- 1) [-]Гиперемия слизистой незначительная
- 2) [+]Ярко гиперемированная слизистая
- 3) [-]Розовая слизистая
- 4) [-]Незначительная контактная кровоточивость
- 5) [-]Эластичность слизистой сохранена

---

**11. К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени относятся:**

- 1) [-]Гиперемия слизистой незначительная
- 2) [-]Эластичность слизистой оболочки сохранена
- 3) [-]Сосудистый рисунок прослеживается
- 4) [-]Незначительная контактная кровоточивость
- 5) [+]**Одиночные или множественные язвы**

---

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

- 1) [-]Гиперемиию слизистой в виде продольных полос
- 2) [+]**Снижение эластичности слизистой оболочки**
- 3) [-]Отек слизистой оболочки
- 4) [-]Наличие вязкой слизи
- 5) [-]Изменение сосудистого рисунка

---

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

- 1) [-]Диффузной гиперемии слизистой оболочки
- 2) [-]Утолщения складок слизистой оболочки
- 3) [-]Контактной кровоточивости слизистой оболочки
- 4) [-]Наличия эрозий
- 5) [+]**Сохранения эластичности слизистой**

---

**14. К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени относятся все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Яркой гиперемии слизистой оболочки
  - 2) [-]Снижения эластичности слизистой оболочки
  - 3) [-]Изменения сосудистого рисунка
  - 4) [+]Сохранения эластичности слизистой
  - 5) [-]Одиночных или множественных язв
- 

**15. Причинами острого эзофагита могут быть все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Инфекционных заболеваний
  - 2) [-]Травмы
  - 3) [-]Ожогов
  - 4) [-]Отравления
  - 5) [+]Рефлюкса желудочного содержимого
- 

**16. Причинами хронического эзофагита могут быть все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Постоянного рефлюкса желудочного содержимого
  - 2) [+]Ахализии кардии
  - 3) [-]Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
  - 4) [-]Пищевых раздражителей
  - 5) [-]Халазии кардии
- 

**17. Клиническая картина эзофагита включает все перечисленное, исключая:**

- 1) [-]Боли в эпигастральной области
- 2) [-]Изжогу
- 3) [-]Отрыжку
- 4) [-]Псевдокоронарный синдром

5) [+]Дисфагию

---

**18. Эндоскопическая картина пептической язвы пищевода характеризуется всеми перечисленными признаками, исключая:**

- 1) [-]Локализацию в зоне кардиоэзофагального перехода
- 2) [-]Неглубокую язву без воспалительного вала вокруг
- 3) [+]Глубокую язву с высоким воспалительным валом вокруг
- 4) [-]Размеры язвы не превышают 1 см
- 5) [-]Плотные края язвы при инструментальной пальпации

---

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

- 1) [-]Калибр складок на всем протяжении одинаков
- 2) [-]При раздувании пищевода воздухом складки расправляются
- 3) [+]При раздувании пищевода воздухом складки не расправляются
- 4) [-]В фазе максимального вдоха складки сглаживаются
- 5) [-]У кардии складки обрываются, зубчатая линия сохранена

---

**20. Причинами синдрома Мэллори - Вейса могут быть все перечисленные, исключая:**

- 1) [+]Прием алкоголя
- 2) [-]Рвоту
- 3) [-]Подъем тяжести
- 4) [-]Сильный кашель
- 5) [-]Закрытую травму живота

---

**21. 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
- 4) [-]В области кардии или кардиоэзофагального перехода на боковых стенках
- 5) [-]На большой кривизне желудка

---

**22. Предрасполагающими факторами Мэллори - Вейса могут быть все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Фиксацию кардиальной части желудка связками
- 2) [-]Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) [-]Хронический гастрит
- 4) [-]Язвенную болезнь
- 5) [+]Безоар желудка

---

**23. Эндоскопическая картина синдрома Мэллори - Вейса включает все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Излюбленная локализация - малая кривизна и задняя стенка кардиоэзофагального перехода
- 2) [-]Щелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами.
- 3) [+]Излюбленная локализация - передняя стенка кардиоэзофагального перехода
- 4) [-]Длина разрывов от 3 до 15 мм и более
- 5) [-]Края разрывов отечны, пропитаны кровью



---

**24. Эндоскопические признаки дивертикулита включают все перечисленные признаки, кроме:**

- 1) [-]Гиперемии слизистой
- 2) [-]Отека слизистой
- 3) [+]Хорошего опорожнения дивертикула
- 4) [-]Плохого опорожнения дивертикула
- 5) [-]Наличия содержимого в дивертикуле

---

**25. К осложнениям дивертикулов пищевода относят все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Кровотечения
- 2) [-]Перфорации
- 3) [-]Формирования свища
- 4) [-]Эзофагита
- 5) [+]Стеноза

---

**26. Клиническими проявлениями глоточно-пищеводного дивертикула (Ценкер**

- 1) [-]являются все перечисленные, кроме:
- 2) [-]увства першения в горле
- 3) [-]Неприятного запаха изо рта
- 4) [+]Афонии
- 5) [-]Покашливания
- 6) [-]Одышки

---

**27. Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Увеличения диаметра вены по направлению к кардии
- 2) [-]При раздувании воздуха вены не спадаются
- 3) [+]При раздувании воздуха вены спадаются
- 4) [-]В фазе максимального вдоха отчетливо видны
- 5) [-]При инструментальной пальпации ощущается сопротивление

---

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

- 1) [-]Продольно расположенные тяжи голубого цвета
- 2) [-]Узловой формы, диаметр по направлению к кардии увеличивается
- 3) [-]При раздувании воздухом не спадаются
- 4) [-]При инструментальной пальпации ощущается сопротивление
- 5) [+]Зубчатая линия сохранена

---

**29. Варикозное расширение вен желудка обычно определяется:**

- 1) [-]В области угла желудка
- 2) [-]В области дна желудка
- 3) [+]В кардиальном отделе на малой кривизне
- 4) [-]В антральном отделе
- 5) [-]В области привратника

---

**30. Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 1 стадии включает все перечисленные признаки, исключая:**

- 1) [-]Равномерно расширенные вены диаметром до 2 мм
- 2) [+]Располагаются в верхней трети пищевода

- 3) [-]Слизистая оболочка пищевода не изменена
- 4) [-]Перистальтика в пищеводе сохранена
- 5) [-]Кардия смыкается

---

**31. Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 2 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Расширенных вен диаметром до 3-4 мм
- 2) [-]Располагаются в средней и нижней трети пищевода
- 3) [+]Слизистая оболочка пищевода не изменена
- 4) [-]Перистальтика в пищеводе сохранена
- 5) [-]Кардия смыкается либо зияет

---

**32. Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 3 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [+]Извитые вены до 1.5 см
- 2) [-]Располагаются в нижней трети пищевода
- 3) [-]Слизистая оболочка пищевода истончена, гиперемирована, местами с изъязвлениями
- 4) [-]Просвет пищевода сужен наполовину
- 5) [-]Перистальтика вялая, кардия зияет

---

**33. Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 4 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Значительно выступающего в просвет конгломерата извитых сосудов
- 2) [-]Поражается весь пищевод и кардиальный отдел желудка

3) [-]На слизистой оболочке в нижней трети пищевода - множественные эрозии в виде цепочки

4) [+]Просвет сужен наполовину

5) [-]Просвет сужен на 2/3

---

**34. Варикозные расширение вен следует дифференцировать:**

1) [-]С эзофагитом

2) [-]С кардиоспазмом

3) [+]С гипертрофированными складками слизистой оболочки

4) [-]С синдромом Мэллори - Вейса

5) [-]С подслизистой опухолью пищевода

---

**35. Клиника кардиоспазма включает все перечисленные симптомы, исключая:**

1) [-]Дисфагию

2) [+]Регургитацию

3) [-]Чувство першения

4) [-]Боли за грудиной при глотании

5) [-]Боли вне приема пищи

---

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

1) [-]Рентгенологический

2) [-]Эзофагоскопию

3) [-]Эзофаготонокимографию

4) [-]Анамнез

5) [+]Ультразвуковое исследование

---

**37. Эндоскопические признаки кардиоспазма включают все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Расширения пищевода
- 2) [-]Большого количества содержимого в пищеводе
- 3) [-]Хорошего расправления пищевода воздухом
- 4) [+]Рефлюкса желудочного содержимого в пищевод
- 5) [-]Спазма кардии

---

**38. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 1 степени включают все перечисленные, за исключением:**

- 1) [+]Просвет пищевода расширен
- 2) [-]Просвет пищевода не расширен
- 3) [-]Кардия спазмирована
- 4) [-]Слизистая пищевода не изменена
- 5) [-]Перистальтика не нарушена

---

**39. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Слизистая пищевода не изменена
- 2) [+]Просвет пищевода не расширен
- 3) [-]Просвет пищевода расширен
- 4) [-]Кардия спазмирована
- 5) [-]Перистальтика усилена

---

**40. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 3 степени включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Просвет пищевода резко расширен

- 2) [-] Поперечная складчатость слизистой оболочки выражена
- 3) [+] Кардия не изменена
- 4) [-] Кардия спазмирована
- 5) [-] Перистальтика резко усилена

---

**41. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 4 степени включают все перечисленное, кроме:**

- 1) [-] Просвет пищевода в виде мешка
- 2) [-] Трещины и язвы на слизистой оболочке пищевода
- 3) [-] Кардия не визуализируется
- 4) [-] Перистальтика отсутствует
- 5) [+] Перистальтика усилена

---

**42. Минимальный диаметр сужения, достаточный для прохождения пищи, составляет:**

- 1) [-] 15 мм
- 2) [-] 10 мм
- 3) [-] 8 мм
- 4) [+] 5 мм
- 5) [-] 2 мм

---

**43. Клинические проявления рубцовых сужений пищевода включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-] Болей за грудиной
- 2) [-] Анорексии
- 3) [-] Дисфагии
- 4) [+] Френикус - симптома

5) [-]Потери массы тела

---

**44. Показаниями к оперативному лечению при рубцовых сужениях пищевода служат все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Рак в области стриктуры
  - 2) [-]Полная непроходимость пищевода
  - 3) [-]Свищи
  - 4) [+]Эзофагит
  - 5) [-]Отсутствие эффекта от бужирования
- 

**45. Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 1 степени включает все перечисленные признаки, кроме:**

- 1) [+]Некротического струпа
  - 2) [-]Отека слизистой
  - 3) [-]Гиперемии слизистой
  - 4) [-]Поверхностных эрозий
  - 5) [-]Наложения фибрина
- 

**46. Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 2 степени включает все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Некротического струпа
  - 2) [+]Кольцевидного стеноза пищевода
  - 3) [-]Изъязвления слизистой оболочки пищевода
  - 4) [-]Контактной кровоточивости
  - 5) [-]Грануляции
- 

**47. Поздние осложнения ожогов пищевода включают**

**все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Рубцовой стриктуры
- 2) [+]Перфорации пищевода
- 3) [-]Озлокачествления рубца
- 4) [-]Тракционной хиатальной грыжи
- 5) [-]Свищей

---

**48. Видами рубцовых сужений пищевода по протяженности являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Язвенных
- 2) [-]Коротких
- 3) [+]Трубчатых
- 4) [-]Тотальных
- 5) [-]Субтотальных

---

**49. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Гладкие, блестящие рубцы
- 2) [+]Неровные, тусклые рубцы
- 3) [-]Слизистая оболочка вокруг рубцов не изменена
- 4) [-]Плотность при инструментальной пальпации
- 5) [-]Расширение просвета пищевода

---

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

- 1) [-]Правильную округлую форму



- 2) [-]Гладкую поверхность
  - 3) [+]Бугристую поверхность
  - 4) [-]Слизистая оболочка над опухолью не изменена
  - 5) [-]Плотно-эластическую консистенцию
- 

**51. Эндоскопическая картина папилломы пищевода включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Бородавчато-подобного выступа над слизистой пищевода
  - 2) [-]Белесоватого цвета
  - 3) [-]На ножке или на широком основании
  - 4) [-]Диаметр 0.2-0.5 см
  - 5) [+]Диаметр 0.6-1 см
- 

**52. Дисфагия проявляется, когда раком поражается более:**

- 1) [-]10% окружности пищевода
  - 2) [-]30% окружности пищевода
  - 3) [+]50% окружности пищевода
  - 4) [-]70% окружности пищевода
  - 5) [-]90% окружности пищевода
- 

**53. Характерной микроскопической структурой рака пищевода является:**

- 1) [-]Низкодифференцированный рак
- 2) [+]Плоскоклеточный рак с ороговением
- 3) [-]Овсяноклеточный рак
- 4) [-]Перстневидноклеточный рак
- 5) [-]Мелкоклеточный рак

---

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

- 1) [+] При взятии биопсии кровоточивость снижена
- 2) [-] Язвенный дефект неправильной формы с нечеткими контурами
- 3) [-] Дно бугристое
- 4) [-] Воспалительный вал отсутствует
- 5) [-] Просвет не сужен

---

**55. Эндоскопическая картина пристеночной опухоли пищевода характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-] Форма полиповидная, бляшковидная
- 2) [+] Локализуется на одной стенке
- 3) [-] Поверхность бугристая
- 4) [-] Наличие изъязвлений
- 5) [-] Просвет пищевода сужен

---

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

- 1) [-] Перестройку рельефа слизистой
- 2) [-] Слизистая тусклая, серого цвета
- 3) [-] Функция кардии нарушена
- 4) [+] Функция кардии не нарушена
- 5) [-] Зубчатая линия нечетко выражена, смазана

---

**57. Эндоскопическая картина циркулярной раковой стриктуры пищевода характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Циркулярного сужения просвета пищевода
- 2) [-]Слизистая оболочка сероватого цвета, тусклая, бугристая
- 3) [-]При инструментальной пальпации - выраженная ригидность
- 4) [-]Кровоточивость умеренная
- 5) [+]Кровоточивость повышенная

---

**58. Эндоскопическая картина рака пищевода характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Поражается одна стенка пищевода
- 2) [-]Рельеф слизистой перестроен
- 3) [-]Просвет пищевода не изменен
- 4) [+]Просвет пищевода сужен
- 5) [-]Выраженная контактная кровоточивость

---

**59. К эндоскопическим критериям поверхностного гастрита относят:**

- 1) [-]Слизистая оболочка бледная, сосудистый рисунок подчеркнут
- 2) [+]Слизистая оболочка гиперемирована, большое количество слизи
- 3) [-]Слизистая оболочка розовая, складки утолщены
- 4) [-]Складки слизистой истончены, небольшое количество слизи
- 5) [-]Слизистая оболочка бархатистая, шероховатая, складки утолщены

---

**60. Эндоскопическая картина атрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Слизистая бледно-серого цвета
- 2) [+]Складки слизистой нормального калибра
- 3) [-]Сосудистый рисунок выражен

4) [-]Складки слизистой истончены

5) [-]Перистальтика сохранена

---

**61. Эндоскопическая картина гипертрофического гастрита характеризуется всем перечисленным, исключая:**

1) [-]Слизистая оболочка ярко гиперемирована

2) [-]Складки слизистой оболочки утолщены, извиты

3) [+]Большое количество слизи

4) [-]Перистальтика активная

5) [-]Умеренное количество слизи

---

**62. Излюбленная локализация гранулярного очагового гастрита:**

1) [-]Кардиальный отдел

2) [-]Свод желудка

3) [+]Задняя стенка тела желудка

4) [-]Передняя стенка тела желудка

5) [-]Антральный отдел

---

**63. Для эндоскопической картины бородавчатого гастрита характерно:**

1) [-]Слизистая оболочка бархатистая, складки утолщены

2) [-]Слизистая оболочка имеет вид булыжной мостовой, складки утолщены, извиты

3) [+]Слизистая оболочка гиперемирована, складки утолщены, извиты

4) [-]На слизистой оболочке полиповидные образования, не отличающиеся по цвету от окружающей слизистой

5) [-]Слизистая оболочка бледная, складки утолщены

---

**64. Излюбленная локализация бородавчатого гастрита:**

1) [-]Кардиальный отдел

2) [-]Свод желудка

3) [-]Тело желудка

4) [+]Антральный отдел

5) [-]Привратник

---

**65. Эндоскопическая картина болезни Менетрие характеризуется всем перечисленным, кроме:**

1) [-]Яркой гиперемии слизистой оболочки

2) [-]Складки слизистой оболочки утолщены, извиты, хаотично расположены

3) [+]Складки слизистой оболочки утолщены, продольные

4) [-]Эрозии и бородавчатые разрастания на высоте складок

5) [-]Эластичность слизистой оболочки снижена

---

**66. Эндоскопическая картина зернистого гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

1) [+]Слизистая оболочка гладкая, блестящая

2) [-]Слизистая оболочка неровная, шероховатая, "бархатистая"

3) [-]Складки слизистой утолщены

4) [-]Перистальтика активная

5) [-]Количество слизи умеренное

---

**67. Эндоскопическая картина полипозного гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

1) [-]Множественные полиповидные образования на слизистой оболочке

2) [+]Слизистая оболочка розовая, блестящая

3) [-]Слизистая оболочка гиперемирована, отечна

4) [-]Складки слизистой оболочки утолщены

5) [-]Перистальтика активная

---

**68. Полипозный гастрит необходимо дифференцировать:**

1) [-]С инфильтративным раком желудка

2) [-]С болезнью Менетрие

3) [+]С полипозом желудка

4) [-]С неполными эрозиями желудка

5) [-]С подслизистой опухолью желудка

---

**69. Эндоскопическая картина эрозивно-геморрагического гастрита характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

1) [-]Множественных точечных эрозий темно-вишневого цвета

2) [-]Слияния эрозий с образованием пятен

3) [-]Отсутствием слизистой оболочки вокруг эрозий

4) [+]Воспалением слизистой оболочки вокруг эрозий

5) [-]Диаметр эрозий 1 мм

---

**70. Морфологическая картина атрофического гастрита включает все перечисленные признаки, исключая:**

1) [-]Укорочение желез слизистой оболочки

2) [+]Образование железистых кист

3) [-]Уменьшение количества специфичных для данного отдела желудка железистых клеток

4) [-]Дисплазию

5) [-]Метаплазию

---

**71. Морфологическая картина гиперпластического гастрита включает все перечисленные признаки, исключая:**

1) [-]Гиперплазию лимфоидных фолликулов

2) [-]Гиперплазию желез

3) [+]Структура желез не меняется

4) [-]Перестройку структуры желез

5) [-]Пролиферацию лимфоидных и плазматических клеток стромы

---

**72. Глубина поражения стенки желудка при эрозии касается:**

1) [-]Слизистого слоя

2) [-]Слизистого и подслизистого слоев

3) [+]Собственной пластинки слизистой оболочки

4) [-]Слизистого, подслизистого и мышечного слоев

5) [-]Всех слоев стенки желудка

---

**73. Излюбленная локализация неполной эрозии желудка:**

1) [+]Малая кривизна

2) [-]Большая кривизна

3) [-]Передняя стенка

4) [-]Задняя стенка

5) [-]Антральный отдел

---

**74. Эндоскопическая картина неполной эрозии включают все перечисленное, за исключением:**

1) [-]Излюбленная локализация - малая кривизна

2) [-]Форма округлая, овальная

3) [+]Размеры от 0.5 до 1 см

4) [-]Размеры от 0.2 до 0.4 см

5) [-]Вокруг эрозий венчик гиперемии

---

**75. Сроки заживления неполных эрозий желудка:**

1) [+]От нескольких часов до 4 недель

2) [-]От 1 до 2 недель

3) [-]От 2 до 4 недель

4) [-]До 2 месяцев

5) [-]Персистируют годами

---

**76. Заживление неполных эрозий желудка характеризуется:**

1) [-]Образованием звездчатого рубца

2) [-]Образованием линейного рубца

3) [-]Деформацией стенки органа

4) [+]Отсутствием рубца

5) [-]Сужением просвета органа

---

**77. Неполную эрозию желудка следует дифференцировать:**

1) [+]С острой язвой



- 2) [-]С изъязвившимся раком
  - 3) [-]С хронической язвой
  - 4) [-]С лимфогрануломатозом
  - 5) [-]С подслизистой опухолью
- 

### **78. Излюбленная локализация полной эрозии:**

- 1) [-]Малая кривизна
  - 2) [+]Большая кривизна
  - 3) [-]Передняя стенка
  - 4) [-]Задняя стенка
  - 5) [-]Привратник
- 

### **79. Возвышение слизистой оболочки при полной незрелой эрозии обусловлено:**

- 1) [-]Фиброзными изменениями
  - 2) [+]Псевдогиперплазией за счет отека
  - 3) [-]Гиперплазией
  - 4) [-]Дисплазией
  - 5) [-]Метаплазией
- 

### **80. Возвышение при полной зрелой эрозии обусловлено:**

- 1) [+]Фиброзными изменениями
  - 2) [-]Псевдогиперплазией за счет отека
  - 3) [-]Гиперплазией
  - 4) [-]Дисплазией
  - 5) [-]Метаплазией
- 

### **81. Эндоскопические критерии полной незрелой**

**эрозии включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Полиповидного образования
- 2) [-]Неправильной формы
- 3) [-]Нечетких контуров
- 4) [-]Изъязвления на вершине
- 5) [+]Четких контуров

---

**82. Эндоскопические критерии полной зрелой эрозии включают все перечисленное, исключая:**

- 1) [-]Полиповидное образование
- 2) [-]Изъязвление на вершине
- 3) [-]Правильную форму
- 4) [+]Нечеткие контуры
- 5) [-]Четкие контуры

---

**83. Полную зрелую эрозию следует дифференцировать:**

- 1) [-]С язвой желудка
- 2) [-]С полиповидным раком
- 3) [-]С ранним раком тип 2а 2с
- 4) [-]С подслизистой опухолью
- 5) [-]С лимфомой желудка

---

**84. Множественные полные эрозии следует дифференцировать:**

- 1) [+]С полипозом желудка
- 2) [-]С полиповидным раком

- 3) [-]С ранним раком типа 2а 2с
- 4) [-]С подслизистыми опухолями
- 5) [-]С хронической язвой

---

**85. Сроки заживления полных незрелых эрозий составляют:**

- 1) [-]Несколько часов
- 2) [-]Несколько дней
- 3) [+]От 2 до 4 недель
- 4) [-]До 2 месяцев
- 5) [-]Персистируют годами

---

**86. Сроки заживления полных зрелых эрозий составляют:**

- 1) [-]Несколько часов
- 2) [-]Несколько дней
- 3) [-]От 2 до 4 недель
- 4) [-]До 2 месяцев
- 5) [+]Персистируют годами

---

**87. Заживление полных незрелых эрозий характеризуется:**

- 1) [-]Образованием звездчатого рубца
- 2) [-]Образованием линейного рубца
- 3) [+]Эпителизацией язв язвления и исчезновением выбухания слизистой оболочки
- 4) [-]Эпителизацией язв язвления с сохраняющимся возвышением слизистой
- 5) [-]Образованием псевдодивертикула

---

### **88. Заживление полных эрозий характеризуется:**

- 1) [+]Эпителизацией язв язвления с сохраняющимся возвышением слизистой
- 2) [-]Эпителизацией язв язвления и исчезновением выбухания слизистой оболочки
- 3) [-]Формированием деформации стенки желудка
- 4) [-]Образованием звездчатого рубца
- 5) [-]Образованием линейного рубца

---

### **89. Длительно незаживающие полные эрозии следует дифференцировать:**

- 1) [+]С лимфомой желудка и язвенно-инфильтративным раком
- 2) [-]С болезнью Менетрие
- 3) [-]С гранулярным гастритом
- 4) [-]С бородавчатым гастритом
- 5) [-]Со всем перечисленным

---

### **90. Глубина разрушения стенки желудка при острой язве включает:**

- 1) [-]Собственную пластинку
- 2) [-]Слизистый слой
- 3) [+]Подслизистый слой
- 4) [-]Мышечный слой
- 5) [-]Все слои стенки

---

### **91. Эндоскопические признаки острой язвы желудка характеризуются всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Дефект слизистой округлой или овальной формы
  - 2) [+]К язве конвергируют складки слизистой
  - 3) [-]Края язвы отечны, легко кровоточат
  - 4) [-]Окружающая слизистая гиперемирована
  - 5) [-]Дно язвы покрыто желтоватым или сероватым налетом
- 

**92. Эндоскопические признаки острой язвы желудка характеризуются всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Излюбленная локализация - малая кривизна
  - 2) [-]Края язвы мягкие
  - 3) [+]Размер от 1 до 3 см
  - 4) [-]Воспаление слизистой оболочки вокруг язвы
  - 5) [-]Часто осложняется кровотечением
- 

**93. Диаметр острой язвы желудка составляет:**

- 1) [-]Несколько мм
  - 2) [+]До 1 см
  - 3) [-]От 1 до 3 см
  - 4) [-]От 3 до 5 см
  - 5) [-]Свыше 5 см
- 

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

- 1) [-]Результаты биопсии
- 2) [+]Глубина поражения
- 3) [-]Состояние слизистой вокруг (гиперемия, отек, инфильтрация)
- 4) [-]Размеры

5) [-]Форма

---

**95. Излюбленной локализацией острых язв желудка является:**

- 1) [-]Большая кривизна
  - 2) [+]Малая кривизна
  - 3) [-]Задняя кривизна
  - 4) [-]Передняя стенка
  - 5) [-]Привратник
- 

**96. Множественные острые язвы желудка встречаются в:**

- 1) [-]1-5% случаев
  - 2) [-]5-10% случаев
  - 3) [-]10-15% случаев
  - 4) [+]15-20% случаев
  - 5) [-]20-25% случаев
- 

**97. Частота осложнений острых язв желудка составляет:**

- 1) [-]10-15%
  - 2) [-]15-20%
  - 3) [-]20-30%
  - 4) [-]30-40%
  - 5) [+]40-45%
- 

**98. Наиболее частое осложнение острых язв желудка:**

- 1) [-]Перфорация

- 2) [-]Пенетрация
- 3) [+]Кровотечение
- 4) [-]Малигнизация
- 5) [-]Стеноз

---

**99. Клинические проявления язв антрального отдела желудка включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [+]Нет сезонности обострения
- 2) [-]Поздние "голодные боли"
- 3) [-]Ночные боли в эпигастрии
- 4) [-]Изжога
- 5) [-]Рвота кислым желудочным содержимым

---

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

- 1) [-]Локализации болей в правом участке эпигастрия
- 2) [-]Отсутствия сезонности болевого синдрома
- 3) [-]Интенсивные боли
- 4) [-]Иррадиации боли в поясничную область
- 5) [+]Ночные боли

---

**101. Глубина разрушения стенки желудка при хронической язве включает:**

- 1) [-]Собственную пластинку слизистой оболочки
- 2) [-]Слизистый слой
- 3) [-]Подслизистый слой
- 4) [+]Мышечный слой
- 5) [-]Все слои стенки

---

**102. Хронические язвы желудка чаще всего локализуются:**

- 1) [-]В области дна
- 2) [-]В субкардиальном отделе
- 3) [-]На большой кривизне тела желудка
- 4) [+]На малой кривизне в области угла желудка
- 5) [-]В препилорической зоне

---

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

- 1) [+]Края язвы ригидны
- 2) [-]Излюбленная локализация - малая кривизна, угол желудка
- 3) [-]Размеры от 1 до 3 см
- 4) [-]Слизистая вокруг гиперемирована, отечна
- 5) [-]Конвергенция складок

---

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

- 1) [-]Округлая или овальная форма
- 2) [-]Четкие контуры
- 3) [+]Изъеденные контуры
- 4) [-]Выраженный воспалительный вал вокруг
- 5) [-]Гладкое дно

---

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

- 1) [+]Небольших размеров



- 2) [-]Больших размеров
  - 3) [-]Выраженной конвергенции складок к краям язвы
  - 4) [-]Заживления с образованием грубого рубца
  - 5) [-]Склонностью к пенетрации в соседние органы
- 

**106. Эндоскопическая картина старческой язвы включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Больших или гигантских размеров
  - 2) [-]Нечетких контуров
  - 3) [+]Четких контуров
  - 4) [-]Неровного дна, покрытого серым фиброзным налетом
  - 5) [-]Атрофии слизистой вокруг язвы
- 

**107. Изъязвления Дъелафуа локализуются обычно:**

- 1) [-]В кардиальном отделе желудка на малой кривизне
  - 2) [+]В дне и теле желудка на большой кривизне
  - 3) [-]В дне и теле желудка на малой кривизне
  - 4) [-]В антральном отделе желудка
  - 5) [-]В привратнике
- 

**108. Изъязвления Дъелафуа осложняется:**

- 1) [-]Скрытым кровотечением
  - 2) [-]Перфорацией
  - 3) [+]Профузным кровотечением
  - 4) [-]Пенетрацией
  - 5) [-]Малигнизацией
- 

**109. Сроки заживления острых язв желудка составляют:**

- 1) [-]От 1 до 14 дней
  - 2) [+]От 14 до 28 дней
  - 3) [-]Несколько часов
  - 4) [-]От 1 до 1.5 мес
  - 5) [-]Свыше 1.5 мес
- 

**110. На месте зажившей острой язвы образуется:**

- 1) [-]Рубец звездчатой формы
  - 2) [-]Рубец линейной формы
  - 3) [+]Нежный эпителиальный рубец, полностью исчезающий после стихания воспалительных явлений
  - 4) [-]Деформация стенки желудка
  - 5) [-]Псевдодивертикул
- 

**111. После заживления острой язвы наблюдается:**

- 1) [-]Незначительная деформация стенки желудка
  - 2) [-]Умеренно выраженная деформация стенки
  - 3) [-]Значительная деформация стенки
  - 4) [-]Рубцовое сужение просвета желудка
  - 5) [+]Деформация стенки желудка отсутствует
- 

**112. Хронические язвы встречаются на большой кривизне желудка:**

- 1) [-]Никогда
  - 2) [-]В 1% случаев
  - 3) [-]В 3-5% случаев
  - 4) [+]В 5-10% случаев
  - 5) [-]В 10-15% случаев
-

**113. Размеры "траншееподобной" язвы составляют:**

- 1) [-]До 1 см длиной
  - 2) [-]От 1 до 3 см длиной
  - 3) [-]От 2 до 3 см длиной
  - 4) [+]От 4 до 6 см длиной
  - 5) [-]Больше 10 см
- 

**114. "Траншееподобная" язва локализуется:**

- 1) [+]На малой кривизне тела желудка
  - 2) [-]На большой кривизне тела желудка
  - 3) [-]В кардиоэзофагальном переходе
  - 4) [-]В антральном отделе
  - 5) [-]В привратнике
- 

**115. Каллезная язва - это:**

- 1) [-]Хроническая язва
  - 2) [-]Длительно незаживающая хроническая язва
  - 3) [-]Часто рецидивирующая хроническая язва
  - 4) [+]Язва, не склонная к рубцеванию
  - 5) [-]Острая язва
- 

**116. Хроническая язва желудка морфологически характеризуется:**

- 1) [-]Нормальной слизистой в препарате
- 2) [+]Разрастаниями грануляционно-рубцовой ткани
- 3) [-]Перестройкой желез по кишечному типу
- 4) [-]Метаплазией

5) [-]Дисплазией

---

**117. Гиперемия слизистой вокруг язвы свидетельствует:**

- 1) [+]О выраженном воспалении
- 2) [-]Об инфильтрации слизистой
- 3) [-]О рубцевании язвы
- 4) [-]О малигнизации язвы
- 5) [-]О пенетрации язвы

---

**118. Сроки заживления хронической язвы желудка составляют:**

- 1) [-]Несколько часов
- 2) [-]От 14 до 28 дней
- 3) [-]От 1 до 1.5 мес
- 4) [-]От 1.5 до 2 мес
- 5) [+]От 2 до 3 мес

---

**119. Различают:**

- 1) [-]Один путь заживления хронических язв
- 2) [-]Два пути заживления хронических язв
- 3) [-]Три пути заживления хронических язв
- 4) [+]Четыре пути заживления хронических язв
- 5) [-]Пять путей заживления хронических язв

---

**120. Возможны следующие варианты заживления хронических язв желудка, исключая:**

- 1) [-]Заживление язв, сохраняющих овальную форму

2) [-]Заживление через стадию линейной язвы перпендикулярной к малой кривизне

3) [+]Бесследное заживление

4) [-]Разделение язв на "целующиеся"

5) [-]Заживление гигантских язв, через стадию линейной язвы, параллельной малой кривизне

---

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

1) [-]Кровотечение

2) [+]Дуоденостаз

3) [-]Перфорацию

4) [-]Пенетрацию

5) [-]Деформацию желудка

---

**122. К видам деформации желудка при грубых рубцовых изменениях относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Признаки Хенкинга

2) [-]Стеноза привратника

3) [+]Стеноза кардиального отдела

4) [-]Укорочения малой кривизны

5) [-]Деформации угла желудка

---

**123. Морфологическая характеристика язвенного процесса в стадии заживления характеризуется всем перечисленным, исключая:**

1) [-]Уменьшение слоя некроза

2) [-]Резкое уменьшение полнокровия

- 3) [-]Разрастание грануляций на дне язвы
- 4) [-]Наползание однослойного эпителия с краев язв
- 5) [+]Увеличение полнокровия

---

**124. К опухолевидным поражениям желудка относятся все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Гиперпластического полипа
- 2) [-]Гамартомного полипа Пейтца - Егерса
- 3) [+]Аденоматозного полипа (аденомы)
- 4) [-]Ювенильного полипа
- 5) [-]Лимфоидной гиперплазии

---

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

- 1) [-]Аденомы желудка
- 2) [+]Лимфоидной гиперплазии
- 3) [-]Хронического атрофического гастрита
- 4) [-]Язвенной болезни желудка
- 5) [-]Болезни Менетрие

---

**126. Эндоскопические признаки злокачественной лимфомы желудка включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Инфильтрации подслизистого слоя
- 2) [-]Деформации просвета желудка
- 3) [-]Плохого расправления желудка воздухом
- 4) [-]Изъязвлений на слизистой различной формы и величины

5) [+]Выделения сливкообразного гноя из дефектов слизистой

---

**127. Полипы желудка чаще локализуются:**

- 1) [-]В кардиальном отделе
  - 2) [-]В дне
  - 3) [-]В теле
  - 4) [+]В антральном отделе
  - 5) [-]Излюбленной локализации нет
- 

**128. Доброкачественные подслизистые опухоли обычно осложняются:**

- 1) [-]Перфорацией
  - 2) [-]Стенозом
  - 3) [+]Кровотечением
  - 4) [-]Образованием свища
  - 5) [-]Озлокачествлением
- 

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

- 1) [-]Кишечную метаплазию
  - 2) [-]Тяжелую дисплазию слизистой оболочки
  - 3) [+]Слабую дисплазию слизистой оболочки
  - 4) [-]Гиперплазию слизистой оболочки
  - 5) [-]Атрофию слизистой оболочки
- 

**130. Излюбленная локализация полиповидного рака желудка:**

- 1) [-]Кардиальный отдел

- 2) [+]Тело желудка
  - 3) [-]Малая кривизна
  - 4) [-]Привратник
  - 5) [-]Свод желудка
- 

**131. Излюбленная локализация блюдцеобразного рака желудка:**

- 1) [-]Кардиальный отдел
  - 2) [+]Большая кривизна тела и антрального отдела желудка
  - 3) [-]Малая кривизна
  - 4) [-]Привратник
  - 5) [-]Свод
- 

**132. Излюбленная локализация изъязвившегося рака желудка:**

- 1) [-]Свод
  - 2) [+]Малая кривизна
  - 3) [-]Большая кривизна
  - 4) [-]Антральный отдел
  - 5) [-]Излюбленной локализации нет
- 

**133. Излюбленная локализация инфильтративного рака желудка:**

- 1) [-]Свод
- 2) [-]Малая кривизна
- 3) [-]Большая кривизна
- 4) [-]Антральный отдел
- 5) [+]Излюбленной локализации нет



---

**134. Проксимальная граница опухоли обязательно определяется:**

- 1) [-]При полиповидном раке
- 2) [-]При блюдцеобразном раке
- 3) [-]При изъязвившемся раке
- 4) [+]При инфильтративном раке
- 5) [-]При раннем раке

---

**135. Полиповидный рак чаще развивается на фоне:**

- 1) [-]Поверхностного гастрита
- 2) [-]Атрофического гастрита
- 3) [+]Полипоза желудка
- 4) [-]Острой язвы желудка
- 5) [-]Хронической язвы желудка

---

**136. Изъязвившийся рак чаще развивается на фоне:**

- 1) [+]Хронической язвы
- 2) [-]Острой язвы
- 3) [-]Эрозивного гастрита
- 4) [-]Атрофического гастрита
- 5) [-]Поверхностного гастрита

---

**137. Инфильтративный рак чаще развивается на фоне:**

- 1) [-]Хронической язвы
- 2) [-]Острой язвы
- 3) [+]Гипертрофического гастрита

- 4) [-]Эрозивного гастрита
  - 5) [-]Поверхностного гастрита
- 

**138. Эндоскопические признаки изъязвившегося рака включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [+]етких контуров
  - 2) [-]Прерывистого воспалительного вала вокруг
  - 3) [-]Изъеденных контуров
  - 4) [-]Бугристого дна
  - 5) [-]Инфильтрации слизистой вокруг
- 

**139. Эндоскопические признаки изъязвившегося рака желудка характеризуются всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]окализуется по малой кривизне
  - 2) [-]Язвенный дефект неправильной формы с изъеденными контурами
  - 3) [-]Воспалительный вал окружает изъязвление неполностью
  - 4) [+]Воспалительный вал окружает изъязвление полностью
  - 5) [-]Окружающая слизистая тусклая, мелкобугристая
- 

**140. К причинам ложноотрицательных результатов биопсии при раке желудка относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Материал взят из одного края или только из дна язвы
- 2) [-]Взято мало материала (1-2 кусочк
- 3) [-]
- 4) [-]Невозможность прицельной биопсии из-за деформаций стенки желудка

5) [-]Небольшие размеры биоптата

6) [+] "Горячая" биопсии

---

**141. В понятие "дисплазия" входит:**

1) [-] Клеточная атипия

2) [-] Нарушение структуры тканей

3) [-] Нарушение дифференцировки

4) [+] Все перечисленное

---

**142. Классификация раннего рака желудка предложена:**

1) [-] Боррманном в 1926 г

2) [-] Мураками в 1970 г

3) [+] Японским гастроэнтерологическим обществом в 1962 г

4) [-] Каваи в 1970 г

5) [-] Оттеньян в 1970 г

---

**143. К предраковым заболеваниям пищевода относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-] Тимоз (гиперкератоз стоп и ладоней)

2) [-] Пищевод Барретта

3) [-] Стриктуры пищевода

4) [-] Ахалазия кардии

5) [+] Дивертикул

---

**144. Наиболее частая локализация раннего рака желудка:**

1) [-] Свод

- 2) [-]Кардиальный отдел
  - 3) [+]Малая кривизна
  - 4) [-]Задняя стенка
  - 5) [-]Большая кривизна
- 

**145. Наиболее редкая локализация раннего рака желудка:**

- 1) [+]Свод
  - 2) [-]Кардиальный отдел
  - 3) [-]Малая кривизна
  - 4) [-]Задняя стенка
  - 5) [-]Большая кривизна
- 

**146. Глубина поражения при раннем раке желудка включает:**

- 1) [-]Собственную пластинку слизистой оболочки желудка
  - 2) [-]Всю слизистую
  - 3) [+]Слизистый и подслизистый слои
  - 4) [-]Слизистый, подслизистый и мышечные слои
  - 5) [-]Все стенки желудка
- 

**147. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся:**

- 1) [-]Метаплазия
- 2) [-]Дисплазия 1 степени
- 3) [-]Дисплазия 2 степени
- 4) [-]Дисплазия 3 степени
- 5) [+]Прогрессирующая дисплазия

---

**148. Клиническая картина раннего рака желудка включает:**

- 1) [-]Тяжесть в эпигастральной области
- 2) [-]Тошноту
- 3) [+]Симптоматика отсутствует
- 4) [-]Похудание
- 5) [-]Слабость

---

**149. Эндоскопические признаки раннего рака типа I включают все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Полиповидного образования с неровной бугристой поверхностью
- 2) [-]Слизистая вокруг гладкая, блестящая
- 3) [+]Слизистая вокруг инфильтрирована
- 4) [-]Перистальтика сохранена
- 5) [-]Выраженная контактная кровоточивость

---

**150. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIa характеризуются всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Бляшковидной формы
- 2) [+]Поверхностного изъязвления
- 3) [-]Четких, ровных контуров
- 4) [-]Бугристой поверхности
- 5) [-]Площадки неизменной слизистой

---

**151. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIb характеризуются всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Площадки, лишенной складчатости
  - 2) [-]Площадки с нечеткими, неровными контурами
  - 3) [-]Шероховатой, тусклой слизистой оболочки
  - 4) [+]Площадки неизменной слизистой
  - 5) [-]Ригидности при инструментальной пальпации
- 

**152. Эндоскопические признаки раннего рака типа IIc характеризуются всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Поверхностное изъязвление неправильной формы
  - 2) [-]Неизмененную слизистую вокруг
  - 3) [-]Отсутствие воспалительного вала вокруг
  - 4) [-]Локализацию на малой кривизне
  - 5) [+]Бугристое мелкозернистое дно
- 

**153. Эндоскопические признаки раннего рака типа III включают все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Язвы неправильной формы
  - 2) [+]Выраженного воспалительного вала вокруг язвы
  - 3) [-]Сохраненной перистальтики
  - 4) [-]Ригидности при инструментальной пальпации
  - 5) [-]Конвергирующие складки не доходят до краев изъязвления
- 

**154. Эндоскопические признаки малого рака характеризуются всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Язвенный дефект, не превышает 1 см в диаметре
- 2) [-]Ригидность при инструментальной пальпации
- 3) [-]Незначительную контактную кровоточивость
- 4) [-]Абсолютную неподвижность опухоли

5) [+]Подвижность опухоли

---

**155. Ранний рак типа I следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**

- 1) [-]Полипа
- 2) [-]Полной эрозии
- 3) [-]Формирующего полипа желудка
- 4) [+]Инфильтративного типа злокачественной лимфомы
- 5) [-]Раннего рака типа IIa

---

**156. Эндоскопическая картина язвы 12-перстной кишки в острой стадии включает все перечисленные признаки, исключая:**

- 1) [-]Дно язвы глубокое, покрыто фибрином
- 2) [-]Края язвы высокие, отечные
- 3) [-]Формы язвы чаще округлая
- 4) [+]Размеры в среднем составляют 1-2 см в диаметре
- 5) [-]Выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки

---

**157. Эндоскопическая картина язвы 12-перстной кишки в стадии начинающегося заживления характеризуется всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Очищение дна язвы от налета
- 2) [-]Уплотнение краев язвы
- 3) [-]Уменьшение язвы в размерах
- 4) [+]Эпителизацию язвы с дна
- 5) [-]Стихание явлений бульбита

---

**158. Эндоскопическая картина язвы 12-перстной**

**кишки при полном ее заживлении включает все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Рубца линейной либо звездчатой формы на месте бывшей язвы
- 2) [-]Конвергенции складок к рубцу
- 3) [-]Зон умеренной гиперемии вокруг рубца
- 4) [-]Деформации полости луковицы 12-перстной кишки
- 5) [+]Изменений слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки по типу "манной крупы"

---

**159. Эндоскопическая картина при синдроме Золлингер - Эллисона включает все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Большого количества жидкости в желудке
- 2) [-]Гипертрофии складок желудка и его атонии
- 3) [-]Язвенного дефекта больших размеров с глубоким дном, окруженного большим воспалительным валом
- 4) [+]Плоского язвенного дефекта без воспалительного вала вокруг
- 5) [-]Наличия множественных язв в желудке и 12-перстной кишке, особенно в ее постбульбарном отделе

---

**160. Наиболее частой причиной желудочно-кишечного кровотечения является:**

- 1) [-]Хроническая язва желудка
- 2) [+]Хроническая язва 12-перстной кишки
- 3) [-]Рак желудка
- 4) [-]Синдром Мэллори - Вейса
- 5) [-]Острая язва желудка



---

**161. Эндоскопическими признаками хронической дуоденальной непроходимости являются все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Дуодено-гастральный рефлюкс
- 2) [-]Отек и гиперемия слизистой оболочки желудка, особенно в антральном отделе
- 3) [-]Выпрямленность верхней горизонтальной ветви 12-перстной кишки и свободное прохождение эндоскопа в вертикальную часть кишки
- 4) [-]Увеличение диаметра 12-перстной кишки
- 5) [+]Гипертрофию слизистой оболочки антрального отдела желудка

---

**162. Причинами хронической дуоденальной непроходимости могут быть все перечисленные заболевания, исключая:**

- 1) [-]Нарушение вегетативной иннервации 12-перстной кишки
- 2) [-]Артерио-мезентериальную компрессию
- 3) [+]Острый бульбит
- 4) [-]Массивный рубцовый перидуоденит
- 5) [-]Необычную фиксацию 12-перстной кишки и нарушение ее анатомической формы в месте дуодено-еюнального перехода

---

**163. К факторам, способствующим стимуляции кислотообразования при хронической дуоденальной непроходимости, относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Механическое растяжение стенок желудка
- 2) [-]Антральный стаз

3) [-]Непосредственное воздействие застойного содержимого на секреторные клетки слизистой оболочки желудка

4) [+]Гипергастринемию

5) [-]Нарушение механизмов ингибиции кислотообразования

---

**164. Морфологические изменения слизистой оболочки 12-перстной кишки при хронической дуоденальной непроходимости характеризуются всем перечисленным, исключая:**

1) [-]Воспалительную инфильтрацию собственной пластинки слизистой

2) [-]Уплотнение поверхностного железистого эпителия

3) [+]Атрофические изменения поверхностного железистого эпителия

4) [-]Укорочение ворсин

5) [-]Снижение процессов слизиобразования

---

**165. Эндоскопическая характеристика псевдодивертикула луковицы 12-перстной кишки характеризуется всем перечисленным, кроме:**

1) [-]локализации на передней стенке

2) [-]Неправильной или цилиндрической формы

3) [-]Отсутствия шейки

4) [+]Атрофического гастродуоденита

5) [-]Повышенной кислотности

---

**166. Наиболее характерным осложнением дивертикула 12-перстной кишки является:**

1) [+]Дивертикулит

2) [-]Язва дивертикула

- 3) [-]Перфорация
- 4) [-]Кровотечение
- 5) [-]Рак

---

**167. Эндоскопическая картина фолликулярного дуоденита характеризуется всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Выбухания округлой формы на широком основании на бледно-розовой слизистой оболочке
- 2) [-]Белесоватый цвет
- 3) [-]Размеры 0.2-0.3 см
- 4) [+]**Излюбленная локализация - нисходящая часть 12-перстной кишки**
- 5) [-]Множественный характер фолликулярных выбуханий

---

**168. К косвенным эндоскопическим признакам хронических заболеваний желчных путей и поджелудочной железы относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Воспалительные изменения слизистой оболочки нисходящего отдела 12-перстной кишки
- 2) [+]**Эрозивный бульбит**
- 3) [-]Грубую складчатость слизистой оболочки постбульбарного отдела
- 4) [-]Выраженный очаговый дуоденит в парафатеральной зоне
- 5) [-]Деформацию стенок, сужение просвета, изменение углов изгибов 12-перстной кишки

---

**169. К косвенным эндоскопическим признакам острого панкреатита относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Окальные воспалительные изменения слизистой оболочки по задней стенке желудка и медиальной стенке 12-перстной кишки
  - 2) [-]Увеличение в размерах большого дуоденального сосочка
  - 3) [+]Отсутствие визуализации большого дуоденального сосочка
  - 4) [-]Оттеснение задней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки
  - 5) [-]Распрямление верхнего дуоденального изгиба
- 

**170. Эндоскопические признаки прорастания рака в стенку 12-перстной кишки без вовлечения слизистой оболочки характеризуются всем перечисленным, кроме:**

- 1) [+]Подвижности слизистой
  - 2) [-]Фиксированности слизистой
  - 3) [-]Воспалительных изменений слизистой
  - 4) [-]Наличия эрозий
  - 5) [-]Стойкой деформации просвета
- 

**171. Эндоскопические признаки прорастания раком всех слоев стенки 12-перстной кишки характеризуются всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Стойкой деформации просвета
  - 2) [-]Фиксированности слизистой
  - 3) [-]Разрастания опухолевой ткани
  - 4) [-]Наличия свищей
  - 5) [+]Воспаленной, эрозированной слизистой
- 

**172. Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет около:**

- 1) [-]0.5 м/час
  - 2) [+]1 м/час
  - 3) [-]1.5 м/час
  - 4) [-]2 м/час
  - 5) [-]2.5 м/час
- 

**173. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке составляет около:**

- 1) [+]0.1 м/час
  - 2) [-]0.5 м/час
  - 3) [-]1 м/час
  - 4) [-]1.5 м/час
  - 5) [-]2 м/час
- 

**174. Перистальтические движения в толстой кишке совершаются с частотой:**

- 1) [+]1 перистальтическая волна в минуту
  - 2) [-]2-3 перистальтических волны в минуту
  - 3) [-]4-5 перистальтических волн в минуту
  - 4) [-]До 10 перистальтических волн в минуту
  - 5) [-]Более 10 перистальтических волн в минуту
- 

**175. Перистальтические движения в тонкой кишке совершаются с частотой:**

- 1) [-]1 перистальтическая волна в минуту
- 2) [-]2-3 перистальтических волны в минуту
- 3) [+]5-8 перистальтических волн в минуту
- 4) [-]До 10 перистальтических волн в минуту

5) [-]Более 10 перистальтических волн в минуту

---

**176. Для атрофического колита не характерны следующие эндоскопические признаки:**

- 1) [-]Сосудистый рисунок в виде ангиоматозных звездочек
  - 2) [+]Отек слизистой и смазанность сосудистого рисунка
  - 3) [-]При биопсии слизистая не тянется за форцептом
  - 4) [-]Изрытость слизистой
  - 5) [-]Все перечисленное
- 

**177. Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны все перечисленные признаки, кроме:**

- 1) [-]Усиления сосудистого рисунка
  - 2) [-]Отека слизистой
  - 3) [-]Смазанности сосудистого рисунка
  - 4) [-]Наличия слизи на стенках и в просвете кишки
  - 5) [+]При биопсии слизистая не тянется за форцептом, а отрывается от подслизистого слоя
- 

**178. Для атрофического колита характерны:**

- 1) [-]Отек слизистой
  - 2) [-]Усиление сосудистого рисунка
  - 3) [+]При биопсии слизистая не тянется за форцептом
  - 4) [-]При биопсии слизистая тянется за форцептом
  - 5) [-]Правильно
  - 6) [-]и
  - 7) [-]
- 

**179. Критериями оценки тонуса кишечной стенки**

**являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Расстояния между складками
- 2) [-]Высоты складок
- 3) [-]Внутреннего диаметра кишки
- 4) [-]Время расправления просвета кишки
- 5) [+]Толщины складок

---

**180. Время расправления просвета нормотоничной кишки составляет:**

- 1) [-]1-2 мин
- 2) [+]2-3 с
- 3) [-]7-10 с
- 4) [-]15-20 с
- 5) [-]30-40 с

---

**181. Время расправления просвета гипотонической кишки составляет:**

- 1) [-]1-2 мин
- 2) [-]2-3 с
- 3) [+]7-10 с
- 4) [-]15-20 с
- 5) [-]30-40 с

---

**182. Расстояние между складками в нормотоничной кишке составляет:**

- 1) [-]1 см
- 2) [+]2 см

3) [-]Более 2 см

4) [-]Не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

---

**183. Расстояние между складками в гипотоничной кишке составляет:**

1) [-]1 см

2) [-]2 см

3) [+]Более 2 см

4) [-]Не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

---

**184. Расстояние между складками в гипертоничной кишке составляет:**

1) [-]Более 2 см

2) [+]Менее 2 см

3) [-]Не является критерием оценки тонуса кишечной стенки

---

**185. В понятие "функциональная кишечная диспепсия" включаются все перечисленные симптомокомплексы, кроме:**

1) [-]Синдрома раздраженной толстой кишки

2) [-]Функциональной диареи

3) [-]Спастического запора

4) [+]Ложного запора

5) [-]Атонического запора

---

**186. К запорам, являющимся разновидностью функциональной кишечной диспепсии, относят:**

1) [+]Спастический и анатомический запор

2) [-]Вторичный запор



3) [-]Запор органической природы

4) [-]Ложный запор

---

**187. К запорам, не являющимися разновидностью функциональной кишечной диспепсии, относят:**

1) [-]Спастический и атонический запор

2) [-]Вторичный запор

3) [-]Запор органической природы

4) [-]Ложный запор

5) [+]Все перечисленное, кроме

6) [-]

---

**188. Запором называется задержка акта дефекации более:**

1) [-]24 часов

2) [+]32 часов

3) [-]40 часов

4) [-]48 часов

5) [-]72 часов

---

**189. Эндоскопическими признаками недостаточности Баугиниевой заслонки являются все перечисленные, кроме:**

1) [-]Стойкого спазма сфинктера Гирша

2) [+]Спазма всех сфинктеров толстой кишки

3) [-]Наличия большого количества жидкого химуса в слепой и восходящей кишке

4) [-]Раздражения слепой и восходящей кишки - грубые, высокие складки, разрыхленная мелкозернистая слизистая оболочка

розового или красного цвета

---

**190. Эндоскопическая характеристика колита, вызванного употреблением антибиотиков, включает все перечисленные признаки, кроме:**

- 1) [-]Сегментарного геморрагического колита
  - 2) [-]В процесс чаще вовлекаются проксимальные отделы толстой кишки
  - 3) [+]Поражение толстой кишки сочетается с изменениями слизистой тонкой кишки
  - 4) [-]Морфологические изменения слизистой варьируют от неспецифического воспаления до псевдомембранозного колита
  - 5) [-]Изменения слизистой прямой кишки встречаются крайне редко
- 

**191. К слабительным средствам, которые могут вызвать при длительном приеме меланоз толстой кишки, относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Ревеня
  - 2) [-]Александрийского листа
  - 3) [+]Пургена (фенолфталеин
  - 4) [-]и свечей бисакодила
  - 5) [-]Коры крушины
- 

**192. Меланоз толстой кишки бывает наиболее выражен:**

- 1) [-]В слепой и восходящей кишке
- 2) [-]В поперечно-ободочной кишке
- 3) [-]В сигмовидной кишке
- 4) [-]В прямой кишке

5) [+]Правильно

6) [-]и

7) [-]

---

**193. Лимфофолликулярная гиперплазия чаще всего выявляется:**

1) [-]В тощей кишке

2) [-]В 12-перстной кишке

3) [+]В терминальном отделе подвздошной кишки

4) [-]В ободочной кишке

5) [-]В прямой кишке

---

**194. Ангиодисплазии наиболее часто встречаются:**

1) [+]В слепой кишке

2) [-]В прямой кишке

3) [-]В сигмовидной кишке

4) [-]В поперечно-ободочной кишке

5) [-]В нисходящей кишке

---

**195. К признакам радиационного колита относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Ограниченной эритемы, телеангиоэктазии

2) [-]Изъязвления окруженного воспалительной отечной слизистой

3) [-]Формирования стриктуры в сочетании с проктитом и изъязвлениями слизистой

4) [-]Проктита, изъязвления, стриктуры и формирования ректовагинальных свищей или перфорации стенки кишки

5) [+]Формирования глубоких продольных длительно не заживающих трещин, которые сочетаются со стриктурами

---

**196. Эндоскопическая картина минимальной степени активности неспецифического язвенного колита включает:**

- 1) [-]Отек слизистой оболочки
- 2) [-]Слабую контактную кровоточивость
- 3) [-]Поверхностные язвочки
- 4) [-]Отек подслизистого слоя
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**197. К морфологическим изменениям слизистой толстой кишки неспецифического характера относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]ейкоцитарной инфильтрации
- 2) [-]Гистиоцитарной инфильтрации
- 3) [-]Атипии и анаплазии эпителия
- 4) [-]Грануляционной ткани
- 5) [+]Саркоидных гранулем

---

**198. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется:**

- 1) [-]Отеком слизистой оболочки
- 2) [+]Отеком подслизистого слоя и поверхностными изъязвлениями
- 3) [-]Повышенной контактной кровоточивостью
- 4) [-]Усиленным сосудистым рисунком
- 5) [-]Всем перечисленным

---

**199. Для болезни Крона в фазе инфильтрации не характерны:**

- 1) [-]Отек слизистой оболочки
- 2) [-]Отек подслизистого слоя и поверхностные язвочки
- 3) [-]Повышенная контактная кровоточивость
- 4) [-]Глубокие трещины, проникающие через все слои кишечной стенки
- 5) [+]Все перечисленное, кроме
- 6) [-]

---

**200. Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе деструкции характеризуется:**

- 1) [+]Глубокими продольными трещинами, проникающими через все слои кишечной стенки, симптомом "бульжной мостовой"
- 2) [-]Поверхностными плоскими язвами
- 3) [-]Глубокими кратерообразными язвами
- 4) [-]Эластичностью кишечной стенки
- 5) [-]Всем перечисленным

---

**201. К факторам, способствующим развитию псевдоинвазий в полипах толстой кишки относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Большие размеры полипов и наличие длинной ножки
- 2) [-]Длительно существующие полипы
- 3) [-]Полипы, локализующиеся на уровне максимальной мышечной активности толстой кишки
- 4) [-]Часто повторяющиеся завороты полипов вокруг ножки
- 5) [+]Частые рецидивы полипа на месте ранее удаленного

---

**202. К полипам, в которых практически никогда не встречается псевдоинвазия,, относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [+]Аденоматозных полипов на длинной ножке
- 2) [-]Аденоматозных полипов на широком основании
- 3) [-]Аденоматозных полипов на короткой ножке
- 4) [-]Воспалительных полипов при болезни Крона
- 5) [-]Ювенильных полипов

---

**203. Для гистологической картины псевдоинвазии в аденоматозных полипах толстой кишки характерны:**

- 1) [+]Эктопия хорошо сформированных эпителиальных желез на собственную мембрану подслизистого слоя
- 2) [-]Инвазия атипических клеток за собственную пластинку слизистой
- 3) [-]Эктопия атипических желез на собственную мембрану подслизистого слоя
- 4) [-]Наличие атипических клеток в концевых лимфососудах подслизистого слоя
- 5) [-]Инвазия атипических клеток в мышечный слой

---

**204. Отделы толстой кишки, в которых чаще всего встречаются ворсинчатые опухоли:**

- 1) [-]Нисходящая кишка
- 2) [-]Поперечно-ободочная кишка
- 3) [+]Прямая
- 4) [-]Восходящая кишка
- 5) [-]Слепая кишка

---

**205. Болезнь Бешета характеризуется всем перечисленным ниже, исключая:**

- 1) [+]Одиночные язвы чаще локализуются в прямой кишке
- 2) [-]Одиночные язвы чаще локализуются в илеоцекальной кишке
- 3) [-]Изъязвления располагаются на противобрыжеечном крае кишки
- 4) [-]Изъязвления размерами от 2-3 мм до гигантских в несколько см округлой или овальной формы
- 5) [-]Афты на губах

---

**206. Болезнь Бешета следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**

- 1) [-]Туберкулеза толстой кишки
- 2) [-]Болезни Крона
- 3) [-]Язвенного колита
- 4) [-]Ишемического колита
- 5) [+]Паразитарной инвазии

---

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

- 1) [-]Отек слизистой оболочки и слабая контактная кровоточивость
- 2) [-]Отек подслизистого слоя
- 3) [-]Поверхностные язвочки
- 4) [-]Гиперемия слизистой
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**208. Эндоскопическая картина умеренной степени активности неспецифического язвенного колита включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Отека слизистой
- 2) [-]Гиперемии слизистой
- 3) [-]Легкой контактной кровоточивости
- 4) [+]**Глубоких язв**
- 5) [-]Поверхностных язв

---

**209. Для умеренной степени активности неспецифического язвенного колита не характерны:**

- 1) [-]Глубокие язвы, слабая контактная кровоточивость
- 2) [-]Множественные эрозии и геморрагии
- 3) [-]Отек слизистой оболочки
- 4) [-]Отек подслизистого слоя
- 5) [+]**Правильно**
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**210. Для максимальной степени активности неспецифического язвенного колита характерны:**

- 1) [-]Слабая контактная кровоточивость
- 2) [+]**Отек слизистой оболочки последняя диффузно кровоточит**
- 3) [-]Поверхностные язвы
- 4) [-]Отек подслизистого слоя
- 5) [-]Все перечисленное

---

**211. К эндоскопическим признакам ранее**



**перенесенного неспецифического язвенного колита относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [+]Смазанности сосудистого рисунка и отека слизистой оболочки
- 2) [-]Атрофии слизистой
- 3) [-]Наличия псевдополипов
- 4) [-]Зернистости на верхушках циркулярных складок и в местах физиологических сфинктеров

---

**212. Синонимы болезни Крона:**

- 1) [-]Илеоколит Крона
- 2) [-]Гранулематозный колит
- 3) [-]Ишемический колит
- 4) [-]Эрозивно-язвенный колит и эрозивно-геморрагический колит
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**213. Болезнь Крона впервые была описана:**

- 1) [-]В 1896 году
- 2) [-]В 1912 году
- 3) [+]В 1932 году
- 4) [-]В 1940 году
- 5) [-]В 1956 году

---

**214. Болезнь Крона надо дифференцировать:**

- 1) [-]С неспецифическим язвенным колитом
- 2) [-]С ишемическим колитом

- 3) [-]С туберкулезом толстой кишки
- 4) [-]С паразитарным колитом
- 5) [+]Со всем перечисленным

---

**215. К морфологическим изменениям слизистой оболочки толстой кишки, характерным только для болезни Крона, относятся:**

- 1) [-]ейкоцитарная инфильтрация
- 2) [-]Гистиоцитарная инфильтрация
- 3) [-]Атипия и анаплазия эпителия
- 4) [-]Грануляционная ткань
- 5) [+]Саркоидные гранулемы

---

**216. К возможным осложнениям дивертикулеза толстой кишки относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Кровотечения
- 2) [+]Свища
- 3) [-]Дивертикулита
- 4) [-]Микроперфорации дивертикула
- 5) [-]Непроходимости

---

**217. Частота сочетания дивертикулита и рака толстой кишки составляет:**

- 1) [-]От 2 до 3% случаев
- 2) [+]От 8 до 10% случаев
- 3) [-]От 15 до 25% случаев
- 4) [-]От 25 до 30% случаев
- 5) [-]Свыше 40% случаев

---

**218. Частота осложнения дивертикулеза толстой кишки дивертикулитом встречается:**

- 1) [-]В 5-10% случаев
- 2) [-]В 15-20% случаев
- 3) [+]В 20-30% случаев
- 4) [-]До 40% случаев
- 5) [-]Свыше 40% случаев

---

**219. Наиболее характерные морфологические изменения при неспецифическом язвенном колите следующие:**

- 1) [+] "Крипт"-абсцессы
- 2) [-] Саркоидные гранулемы
- 3) [-] Гемосидеринсодержащие макрофаги
- 4) [-] Фибробластная инфильтрация собственной пластинки слизистой
- 5) [-] Фиброз и гиалиноз мелких сосудов кишечной стенки

---

**220. Критерии неспецифического язвенного колита при эндоскопии включают все перечисленное, кроме:**

- 1) [-] Цвета слизистой
- 2) [-] Характера складок
- 3) [-] Контактной кровоточивости
- 4) [+] Характера содержимого
- 5) [-] Вида поверхности

---

**221. К наследственным заболеваниям толстой кишки относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Синдром Пейтца - Егерса
- 2) [+]Синдром Кронкхайта - Канады
- 3) [-]Синдром Гарднера
- 4) [-]Синдром Олфилда
- 5) [-]Ювенильный полипоз

---

**222. К опухолевым поражениям толстой кишки относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Гиперпластический полип
- 2) [-]Гамартомный полип Пейтца - Егерса
- 3) [+]Аденоматозный полип
- 4) [-]Ювенильный полип
- 5) [-]Лимфофолликулярная гиперплазия

---

**223. Для ножки полипа толстой кишки характерно:**

- 1) [+]Ножка конусовидная, истончается по направлению к головке полипа
- 2) [-]Ножка конусовидная, истончается по направлению к кишечной стенке
- 3) [-]Ножка имеет одинаковую толщину на всем протяжении
- 4) [-]Ножка имеет булавовидное утолщение в середине
- 5) [-]Ножка может быть любой формы

---

**224. К заболеваниям, наиболее часто сопровождающимся образованием воспалительных полипов, относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Идеопатических воспалительных заболеваний толстой кишки (неспецифического язвенного колита, болезни Крон
- 2) [-]

- 3) [-]Ишемического колита (транзиторная форм
- 4) [-]
- 5) [-]Дизентерии
- 6) [-]Амебного колита
- 7) [+]Лекарственного колита

---

**225. Колоноскопическая картина гипергрануляций характеризуется:**

- 1) [-]Неправильной бугристой формой с широким основанием
- 2) [-]Ножкой различной длины
- 3) [-]Кровоточивостью при дотрагивании форцептом
- 4) [-]Правильной округлой формы
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**226. К эндоскопическим признакам, не характерным для гипергрануляций, относятся:**

- 1) [-]Неправильная бугристая форма
- 2) [+]Правильная округлая форма с ножкой различной длины
- 3) [-]Широкое основание
- 4) [-]Кровоточивость при инструментальной пальпации
- 5) [-]Все перечисленное

---

**227. При диффузном полипозе реже всего выявляется рак:**

- 1) [+]В слепой кишке
- 2) [-]В восходящей кишке

- 3) [-]В нисходящей кишке
  - 4) [-]В сигмовидной кишке
  - 5) [-]В прямой кишке
- 

**228. Для синдрома Гарднера не характерны:**

- 1) [-]Полипоз толстой кишки
  - 2) [-]Наследственный характер заболевания
  - 3) [-]Опухоли мягких тканей
  - 4) [-]Остеомы черепа, нижней челюсти
  - 5) [+]Наличие пигментных пятен на коже и слизистой
- 

**229. Наиболее частая локализация полипов при синдроме Гарднера:**

- 1) [-]Слепая кишка
  - 2) [-]Печеночный угол
  - 3) [-]Поперечная ободочная кишка
  - 4) [+]Селезеночный угол
  - 5) [-]Прямая кишка
- 

**230. Наиболее редкая локализация полипов при синдроме Гарднера:**

- 1) [-]Слепая кишка
  - 2) [-]Печеночный угол
  - 3) [-]Селезеночный угол
  - 4) [+]Сигмовидная и прямая кишка
- 

**231. Для полипов при синдроме Гарднера гистологическая картина характеризуется, как:**

- 1) [-]Полип Пейтца - Егерса
  - 2) [-]Ювенильный полип
  - 3) [-]Гиперпластический полип
  - 4) [+]Аденопапилломатозный или аденоматозный полип
- 

**232. Синдром Кронкайта - Канады характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Полипоза желудочно-кишечного тракта
  - 2) [+]Наследственного характера заболевания
  - 3) [-]Облысения
  - 4) [-]Атрофии ногтей
  - 5) [-]Приобретенного характера заболевания
- 

**233. К полипам толстой кишки, реже всего малигнизирующимся, относятся:**

- 1) [+]Ювенильные
  - 2) [-]Гиперпластические
  - 3) [-]Аденоматозные
  - 4) [-]Аденопапилломатозные
  - 5) [-]Ворсинчатые
- 

**234. 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
- 4) [-]Мелкие ворсинчатые полипы
- 5) [-]Крупные ворсинчатые полипы

---

**235. На возможность метастазирования карциноида толстой кишки не влияют все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Цвета новообразования
- 2) [-]Гистологической структуры (аргентаффиновые или неаргентаффиновые)
- 3) [+]Размеров новообразования
- 4) [-]Количества новообразований
- 5) [-]Локализации новообразований

---

**236. Карциноид толстой кишки имеет все следующие эндоскопические признаки, кроме:**

- 1) [-]Локализуется преимущественно в прямой кишке
- 2) [-]Образования одиночные, размерами до 1-2 см
- 3) [-]Подслизистое образование округлой формы, покрыто неизменной слизистой оболочкой, плотно-эластической консистенции
- 4) [+]Подслизистое образование округлой формы, желтого цвета
- 5) [-]В большинстве случаев образование морфологически не идентифицируется, т.к. расположено подслизисто

---

**237. Для синдрома Кронкайта - Канады не характерны:**

- 1) [-]Полипоз только толстой кишки
- 2) [-]Полипоз желудочно-кишечного тракта
- 3) [-]Облысение и атрофия ногтей
- 4) [-]Наследственный характер заболевания
- 5) [+]Правильно



6) [-]и

7) [-]

---

**238. При подозрении на малигнизацию полипа при диффузном полипозе эндоскопические признаки выявляют все перечисленное, кроме:**

1) [-]В участке кишки, где выявляется большое скопление полипов

2) [-]Они находятся на различных стадиях пролиферативной активности

3) [+]Полипы с изъязвлениями, фибринозными и некротическими наложениями

4) [-]Полипы кровоточат, отмечается выраженный спазм кишки

5) [-]Фиксированных изгибов, деформации просвета кишки

---

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

1) [-]Слепая кишка

2) [-]Поперечная ободочная кишка

3) [-]Нисходящая кишка

4) [-]Сигмовидная кишка

5) [+]Прямая кишка

---

**240. Для синдрома Пейтца - Егерса характерно все перечисленное, кроме:**

1) [-]Полипоза желудочно-кишечного тракта

2) [+]Полипоза только толстой кишки

3) [-]Наличия пигментных пятен на коже и слизистой

4) [-]Наследственного характера заболевания

---

**241. Полипы при синдроме Пейтца - Егерса чаще**

**всего локализируются:**

- 1) [-]В желудке
- 2) [-]В 12-перстной кишке
- 3) [-]В пищеводе
- 4) [+]В тонкой кишке
- 5) [-]В толстой кишке

---

**242. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся реже всего, относятся:**

- 1) [+]Ювенильные
- 2) [-]Гиперпластические
- 3) [-]Аденоматозные
- 4) [-]Аденопапилломатозные
- 5) [-]Ворсинчатые

---

**243. К полипам толстой кишки, малигнизирующимся чаще всего, относятся:**

- 1) [-]Ювенильные
- 2) [-]Полипы Пейтца - Егерса
- 3) [-]Гиперпластические
- 4) [+]Виллезные
- 5) [-]Аденоматозные

---

**244. Ворсинчатые полипы встречаются чаще всего:**

- 1) [+]В прямой и сигмовидной кишке
- 2) [-]В поперечной ободочной кишке
- 3) [-]В восходящей кишке

4) [-]В слепой кишке

5) [-]Во всех отделах с одинаковой частотой

---

**245. К клинико-эндоскопическим данным, указывающим на малигнизацию ворсинчатой опухоли, относятся:**

1) [-]Увеличение выделения слизи при дефекации

2) [-]Уменьшение или исчезновение выделения слизи при дефекации

3) [-]Кровоточивость полипа при инструментальной пальпации

4) [-]Наличие ригидности при инструментальной пальпации

5) [+]Правильно

6) [-]и

7) [-]

---

**246. В толстой кишке встречаются все перечисленные анатомические типы ворсинчатых опухолей, кроме:**

1) [-]Узловой формы

2) [-]Стелющей формы

3) [-]Ковровой формы

4) [-]Распластанной формы

5) [+]Инфильтративной формы

---

**247. Ворсинчатые полипы впервые были описаны:**

1) [+]В 1841 году

2) [-]В 1896 году

3) [-]В 1903 году

4) [-]В 1908 году

5) [-]В 1912 году

---

**248. Для визуальной картины ворсинчатого полипа не характерны:**

- 1) [-]Дольчатая поверхность
  - 2) [+]Гладкая поверхность и стенозирование просвета
  - 3) [-]Наложение слизи на поверхности полипа
  - 4) [-]Кровоточивость полипа
- 

**249. Для визуальной картины ворсинчатого полипа характерны:**

- 1) [-]Дольчатая поверхность
  - 2) [-]Гладкая поверхность
  - 3) [-]Наложение слизи на поверхности полипа
  - 4) [-]Кровоточивость полипа
  - 5) [+]Все перечисленное, кроме
  - 6) [-]
- 

**250. Небольшие полипы на широком основании наиболее характерны:**

- 1) [+]Для правой половины толстой кишки
  - 2) [-]Для левой половины толстой кишки
  - 3) [-]Для прямой кишки
  - 4) [-]Для поперечной ободочной кишки
  - 5) [-]Для слепой кишки
- 

**251. По цвету не отличаются от окружающей слизистой полипы размерами:**

- 1) [-]Более 0.5 см в диаметре

- 2) [+]До 0.5 см в диаметре
  - 3) [-]До 1.0 см в диаметре
  - 4) [-]Более 1.0 см в диаметре
  - 5) [-]От 0.5до 1.0 см в диаметре
- 

**252. Факторами, способствующими развитию псевдоинвазии в полипах толстой кишки, являются:**

- 1) [-]Большие размеры полипов и наличие длинной ножки
  - 2) [-]Локализация полипа
  - 3) [-]Длительное существование полипа
  - 4) [-]Часто повторяющиеся завороты полипа вокруг ножки
  - 5) [+]Все перечисленные
- 

**253. Чаще всего в толстой кишке встречаются:**

- 1) [+]Мелкие полипы на широком основании
  - 2) [-]Крупные полипы на широком основании
  - 3) [-]Мелкие полипы на ножке
  - 4) [-]Крупные полипы на ножке
  - 5) [-]Мелкие ворсинчатые полипы
- 

**254. Крупные полипы на ножках наиболее характерны для:**

- 1) [-]Правой половины толстой кишки
  - 2) [-]Поперечной ободочной кишки
  - 3) [+]левой половины толстой кишки
  - 4) [-]Сигмовидной кишки
  - 5) [-]Прямой кишки
- 

**255. Относительные противопоказания к выполнению**

## **эндоскопической полипэктомии из толстой кишки:**

- 1) [-] Психические заболевания
  - 2) [-] Нарушение свертывающей системы крови
  - 3) [-] Тяжелые формы сахарного диабета
  - 4) [+] Все перечисленное
- 

### **256. Для ножки полипа характерно:**

- 1) [+] Ножка конусовидная, истончается по направлению к головке полипа
  - 2) [-] Ножка конусовидная, истончается по направлению к кишечной стенке
  - 3) [-] Ножка имеет одинаковую толщину на всем протяжении
  - 4) [-] Ножка имеет булавовидное утолщение в середине
  - 5) [-] Ножка может быть любой формы
- 

### **257. Ворсинчатые полипы чаще всего встречаются:**

- 1) [+] В прямой и сигмовидной кишке
  - 2) [-] В нисходящей кишке
  - 3) [-] В поперечной ободочной кишке
  - 4) [-] В слепой кишке
  - 5) [-] Во всех отделах толстой кишки одинаково часто
- 

### **258. Наиболее часто встречаются в толстой кишке:**

- 1) [+] Полипы на широком основании
- 2) [-] Полипы на узком основании
- 3) [-] Полипы на короткой ножке
- 4) [-] Полипы на длинной ножке

5) [-]Ворсинчатые полипы

---

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

1) [-]0.5 см

2) [+]1 см

3) [-]1.5 см

4) [-]2 см

5) [-]3 см

---

**260. Ножка полипа считается длинной, если ее размеры:**

1) [-]До 1 см

2) [-]До 2 см

3) [+]Более 1 см

4) [-]Более 2 см

5) [-]От 2 до 5 см

---

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

1) [-]Гамартомный полипоз

2) [+]Милиарный полипоз

3) [-]Ювенильный полипоз

4) [-]Аденоматозный полипоз

5) [-]Аденопапилломатозный полипоз

---

**262. Диффузный полипоз, для которого характерно нарастание количества и величины полипов по**

## направлению к анусу - это:

- 1) [-]Гамартомный полипоз
- 2) [-]Милиарный полипоз
- 3) [-]Ювенильный полипоз
- 4) [-]Аденоматозный полипоз
- 5) [+]Аденопапилломатозный полипоз

---

### 263. Для ювенильного полипа характерны:

- 1) [-]Резкое преобладание стромы над железистым компонентом
- 2) [-]Наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- 3) [-]Большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- 4) [-]Резкое преобладание железистой ткани над стромой
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

### 264. Для полипа Пейтц - Егерса характерно:

- 1) [-]Резкое преобладание стромы над железистым компонентом
- 2) [+]Наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
- 3) [-]Большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
- 4) [-]Резкое преобладание железистой ткани над стромой
- 5) [-]Наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

---

### 265. Для аденоматозного полипа характерно:

- 1) [-]Резкое преобладание стромы над железистым компонентом



- 2) [-]Наличие ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
  - 3) [-]Большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
  - 4) [-]Наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
  - 5) [+]Резкое преобладание железистой ткани над стромой
- 

**266. Для аденопапилломатозного полипа характерно:**

- 1) [-]Резкое преобладание стромы над железистым компонентом
  - 2) [-]Большое количество мелких и крупных кист, заполненных слизью
  - 3) [-]Резкое преобладание железистой ткани над стромой
  - 4) [-]Наличие большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
  - 5) [+]Правильно
  - 6) [-]и
  - 7) [-]
- 

**267. Для ювенильного полипа не характерно все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме
  - 2) [+]Большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью
  - 3) [-]Резкого преобладания железистой ткани над стромой
  - 4) [-]Наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа
- 

**268. Для полипа Пейтц - Егерса не характерно все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Резкого преобладания стромы над железистым компонентом

2) [+]Наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме

3) [-]Большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью

4) [-]Резкого преобладания железистой ткани над стромой

5) [-]Наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

---

**269. Для аденопапилломатозного полипа не характерно все перечисленное, кроме:**

1) [-]Резкого преобладания стромы над железистым компонентом

2) [-]Наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме

3) [-]Большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью

4) [+]Наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

---

**270. Для аденоматозного полипа не характерно все перечисленное, кроме:**

1) [-]Резкого преобладания стромы над железистым компонентом

2) [-]Наличия ветвящихся гладкомышечных прослоек в их строме

3) [-]Большого количества мелких и крупных кист, заполненных слизью

4) [+]Резкого преобладания железистой ткани над стромой

5) [-]Наличия большого количества ворсинчатых выростов над поверхностью полипа

---

**271. К формам диффузного полипоза, характеризующегося преобладанием процессов пролиферации, относятся все перечисленные, кроме:**

1) [+]Гамартomatного полипоза

- 2) [-]Милиарного полипоза
  - 3) [-]Аденоматозного полипоза
  - 4) [-]Аденопапилломатозного полипоза
- 

**272. К диффузным полипозам, для которых не характерно преобладание процессов пролиферации, относятся:**

- 1) [+]Гамартомный и ювенильный полипоз
  - 2) [-]Милиарный полипоз
  - 3) [-]Аденоматозный полипоз
  - 4) [-]Аденопапилломатозный полипоз
- 

**273. К формам диффузного полипоза, характеризующегося преобладанием процессов секреции, относятся:**

- 1) [-]Гамартомный полипоз
  - 2) [-]Милиарный полипоз
  - 3) [+]Ювенильный полипоз
  - 4) [-]Аденоматозный полипоз
  - 5) [-]Аденопапилломатозный полипоз
- 

**274. К формам диффузного полипоза, для которых не характерно преобладание процессов секреции, относятся:**

- 1) [-]Гамартомный полипоз
- 2) [-]Милиарный полипоз
- 3) [-]Аденоматозный полипоз
- 4) [-]Аденопапилломатозный полипоз
- 5) [+]Все перечисленное

---

**275. Основным клиническим симптомом рака правой половины толстой кишки является:**

- 1) [-]Боль
- 2) [-]Расстройство стула
- 3) [+]Анемия
- 4) [-]Потеря веса
- 5) [-]Отсутствие аппетита

---

**276. Основными заболеваниями, относящимися к предраковым, являются все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Аденому толстой кишки
- 2) [-]Виллезный полип толстой кишки
- 3) [+]Лимфофолликулярную гиперплазию
- 4) [-]Болезнь Крона
- 5) [-]Диффузный полипоз толстой кишки

---

**277. Причиной кровотечений являются все перечисленные заболевания толстой кишки, кроме:**

- 1) [-]Рака
- 2) [-]Неспецифического язвенного колита
- 3) [+]Эндометриоза
- 4) [-]Дивертикулеза
- 5) [-]Болезни Крона

---

**278. К эндоскопическим признакам, позволяющим дифференцировать рак толстой кишки и дивертикулит, относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Характеристики тонуса кишки в области поражения

- 2) [-]Протяженности участка поражения
- 3) [-]Характеристики размеров суженного участка кишки в динамике
- 4) [+]Наличия или отсутствия дивертикулов в области сужения
- 5) [-]Характера изменения слизистой в дистальной части сужения (наличие или отсутствие опухолевых тканей)

---

**279. Причиной острой толстокишечной непроходимости могут быть все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Опухоли
- 2) [-]Воспалительных и рубцовых стриктур толстой кишки
- 3) [-]Каловых и желчных камней
- 4) [-]Заворота сигмовидной кишки
- 5) [+]Ковровой ворсинчатой опухоли

---

**280. К методам эндоскопического лечения острой толстокишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Заведения зонда выше области препятствия
- 2) [-]Лазерной коагуляции тканей опухоли для частичного восстановления просвета кишки
- 3) [-]Эндоскопического удаления каловых камней
- 4) [-]Эндоскопического удаления заворота сигмовидной кишки
- 5) [+]Динамической лечебной колоноскопии

---

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

- 1) [-]Щипцевую биопсию
  - 2) [-]Сочетание щипцевой биопсии и "лаваж"-цитологии
  - 3) [-]Сочетание щипцевой биопсии и "браш"-цитологии
  - 4) [-]Сочетание щипцевой биопсии с "лаваж"- и "браш"-цитологиями
  - 5) [+]Сочетание "лаваж"- и "браш"-цитологии
- 

**282. Максимально достоверную информацию при инфильтративных формах рака толстой кишки дают:**

- 1) [-]Щипцевая биопсия
  - 2) [-]"Лаваж"-цитология
  - 3) [-]"Браш"-цитология
  - 4) [-]Только
  - 5) [-]и
  - 6) [-]
  - 7) [+]Все перечисленное
- 

**283. Причинами ложноотрицательного результата гистологического исследования при блюдцеобразной карциноме толстой кишки могут быть:**

- 1) [-]Выраженное сужение просвета кишки, которое мешает взятию биопсии из ткани опухоли
- 2) [-]Видимый приподнятый край опухоли, представленный неизменной слизистой
- 3) [-]Утолщенную инфильтрированную складку слизистой, расположенную дистальнее опухоли, которая может быть принята за край опухоли
- 4) [-]Дно раковой язвы, покрытое некротическими тканями
- 5) [+]Все перечисленное

---

**284. Ко вторичным изменениям слизистой прямой кишки при проращении ее раком предстательной железы относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Деформации просвета прямой кишки сдавления ее передней стенки объемным процессом, локализующимся извне, слизистая кишки при этом не изменена

2) [-]Циркулярного сужения прямой кишки с инфильтрацией слизистой по периферии сужения

3) [-]Изъязвления слизистой передней стенки прямой кишки на фоне инфильтрированной слизистой

4) [+]Изъязвления слизистой передней стенки прямой кишки на фоне интактной слизистой

5) [-]Изолированных метастазов в ректо-сигмовидном отделе толстой кишки

---

**285. К эндоскопическим признакам метастатического поражения толстой кишки относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Множественности поражения (однотипные изменения)

2) [-]Образований плотной, округлой формы, возвышающихся над неизменной слизистой

3) [-]Гиперемированной слизистой на ними в большинстве случаев

4) [+]Края образования приподнятые, плотные, бугристые, в центре может быть вдавление или изъязвление

5) [-]Края образования приподнятые, закругленные, гладкие, в центре может быть вдавление или изъязвление

---

**286. Метастатическое поражение толстой кишки следует дифференцировать со всеми перечисленными поражениями, кроме:**

- 1) [-]Имфангиомы толстой кишки
  - 2) [-]Злокачественной лимфомы
  - 3) [-]Первичного рака толстой кишки
  - 4) [+]Липомы
  - 5) [-]Кавернозной гемангиомы
- 

**287. Анемия характерна для:**

- 1) [+]Рака правой половины толстой кишки
  - 2) [-]Рака левой половины толстой кишки
  - 3) [-]Полиповидного рака толстой кишки
  - 4) [-]Блюдцеобразной карциномы прямой кишки
  - 5) [-]Инфильтративного рака сигмовидной кишки
- 

**288. Кишечная непроходимость чаще всего возникает при раке:**

- 1) [-]Прямой кишки
  - 2) [-]Ректо-сигмовидного отдела толстой кишки
  - 3) [-]Нижней трети сигмовидной кишки
  - 4) [-]Средней трети сигмовидной кишки
  - 5) [+]Всех перечисленных локализаций
- 

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

- 1) [-]Прямой кишки
- 2) [-]Нижней трети сигмовидной кишки
- 3) [-]Средней трети сигмовидной кишки
- 4) [-]Верхней трети сигмовидной кишки
- 5) [+]Всех отделов толстой кишки, расположенных проксимальнее



СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

---

**290. К экзофитным формам рака толстой кишки относятся:**

- 1) [+]Нодозная и ворсиноподобная
  - 2) [-]Инфильтративная
  - 3) [-]Скиррозная
  - 4) [-]Блюдцеобразная карцинома
- 

**291. К эндофитным формам рака толстой кишки относятся:**

- 1) [-]Нодозная
  - 2) [-]Полиповидная
  - 3) [+]Инфильтративная и скиррозная
  - 4) [-]Ворсиноподобная
- 

**292. К формам рака толстой кишки, не склонным к циркулярному поражению, относятся:**

- 1) [-]Скиррозная
  - 2) [-]Инфильтративная
  - 3) [-]Блюдцеобразная карцинома
  - 4) [+]Нодозная
  - 5) [-]Ворсиноподобная
- 

**293. К циркулярному поражению склонны все перечисленные формы рака толстой кишки, кроме:**

- 1) [-]Скиррозной
- 2) [-]Инфильтративной
- 3) [-]Блюдцеобразной карциномы

4) [+]Нодозной

5) [-]Ворсиноподобной

---

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

1) [+]Инфильтрация и утолщение циркулярных складок перед опухолью

2) [-]Прожилки или сгустки крови в просвете кишки

3) [-]Гной и фибрин в просвете кишки

4) [-]Спазм толстой кишки дистальнее опухоли

5) [-]Атония толстой кишки дистальнее опухоли

---

**295. К косвенным эндоскопическим признакам, характерным для экзофитных опухолей толстой кишки, относятся:**

1) [-]Инфильтрация и утолщение циркулярных складок перед опухолью

2) [+]Прожилки или сгустки крови в просвете кишки

3) [-]Гной и фибрин в просвете кишки

4) [-]Спазм толстой кишки дистальнее опухоли

5) [-]Атония толстой кишки дистальнее опухоли

---

**296. К формам рака толстой кишки, для которых характерно воронкообразное сужение просвета кишки, относятся:**

1) [-]Скирр

2) [+]Инфильтративный рак

3) [-]Полиповидный рак

- 4) [-]Нодозная форма рака
- 5) [-]Блюдцеобразная карцинома

---

**297. Склонность к прорастанию в соседние петли кишки имеет:**

- 1) [+]Узловой (нодозный) рак толстой кишки
- 2) [-]Полиповидный рак толстой кишки
- 3) [-]Инфильтративный рак толстой кишки
- 4) [-]Скиррозный рак толстой кишки
- 5) [-]Блюдцеобразная карцинома толстой кишки

---

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

- 1) [+]Скирр
- 2) [-]Блюдцеобразная карцинома
- 3) [-]Инфильтративный
- 4) [-]Узловой
- 5) [-]Полиповидный

---

**299. Эндоскопическая картина блюдцеобразной карциномы характеризуется всем нижеперечисленным, кроме:**

- 1) [-]Наличия изъязвления
- 2) [-]Склонности к циркулярному поражению
- 3) [-]Большой протяженности процесса
- 4) [-]Наличия высокого приподнятого края
- 5) [+]Склонности к прорастанию в соседние петли кишечника при ограниченной инфильтрации кишечной стенки

---

**300. 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
- 4) [-]С радиационным колитом
- 5) [-]С неспецифическим язвенным колитом

---

**301. Классификацию хронического бронхита в зависимости от распространенности процесса создал:**

- 1) [+]Лемуан
- 2) [-]Брюннингс
- 3) [-]В.И.Стручков
- 4) [-]Лазнек
- 5) [-]Г.И.Лукомский

---

**302. Первая степень интенсивности воспаления характеризуется:**

- 1) [+]Отеком и гиперемией слизистой
- 2) [-]Усилением сосудистого рисунка
- 3) [-]Деформацией хрящевых колец
- 4) [-]Гнойным секретом
- 5) [-]Устья сегментарных бронхов не дифференцируются

---

**303. Вторая степень интенсивности воспаления характеризуется:**

- 1) [-]Умеренной гиперемией слизистой

- 2) [-]Слизистым секретом
  - 3) [+]Слизисто-гнойным секретом
  - 4) [-]Очень большим количеством гнойного секрета
  - 5) [-]Расширением устьев слизистых желез
- 

**304. Третья степень интенсивности воспаления характеризуется:**

- 1) [-]Умеренной гиперемией слизистой
  - 2) [-]Слизистым секретом
  - 3) [-]Слизисто-гнойным секретом
  - 4) [-]Гнойным секретом в умеренном количестве
  - 5) [+]Гнойным секретом в большом количестве
- 

**305. Для эндоскопической картины гипертрофического бронхита характерно:**

- 1) [-]Слизистая бронхов гиперемирована
  - 2) [+]Слизистая бронхов бледная
  - 3) [-]Сосудистый рисунок усилен
  - 4) [-]Хрящевые кольца подчеркнуты
  - 5) [-]Устья бронхов широкие
- 

**306. Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно:**

- 1) [-]Слизистая гиперемирована
- 2) [+]Сосудистый рисунок усилен
- 3) [-]Сосудистый рисунок обеднен
- 4) [-]Рисунок хрящевых колец стерт
- 5) [-]Устья слизистых желез точечные

---

**307. Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно:**

- 1) [+]Устья и шпоры бронхов III-IV порядков деформированы, сужены
- 2) [-]Хрящевые кольца не изменены
- 3) [-]Сосудистый рисунок усилен
- 4) [-]Устья бронхов III-IV порядков деформированы, расширены
- 5) [-]Шпоры бронхов подвижны

---

**308. Для диффузного бронхита характерно:**

- 1) [-]Егочное кровотечение
- 2) [+]Распространение на все видимые бронхи
- 3) [-]Верхнедолевые бронхи интактны
- 4) [-]Нижнедолевые бронхи интактны
- 5) [-]Воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева

---

**309. Для частично диффузного бронхита характерно:**

- 1) [-]Егочное кровотечение
- 2) [-]Распространение на все видимые бронхи
- 3) [+]Верхнедолевые бронхи интактны
- 4) [-]Нижнедолевые бронхи интактны
- 5) [-]Поражены только верхнедолевые бронхи

---

**310. Дистония - это:**

- 1) [-]Выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха
- 2) [+]Выпячивание мембранозной части в просвет трахеи и

бронхов во время выдоха

3) [-]Выпячивание хрящевой части в просвет трахеи и бронхов во время вдоха

4) [-]Выпячивание хрящевой части в просвет трахеи и бронхов во время выдоха

5) [-]Спадение боковых стенок трахеи и бронхов во время выдоха

---

### **311. Дистония наиболее часто отмечается:**

1) [+]При диффузном двустороннем бронхите II-III степени воспаления

2) [-]При строго ограниченном бронхите II степени воспаления

3) [-]При раке легкого

4) [-]При инородном теле бронха

5) [-]При абсцессе легкого

---

### **312. Для бронхоскопической картины при острой пневмонии характерно:**

1) [-]Слизистая оболочка ярко гиперемирована

2) [+]Слизистая оболочка умеренно гиперемирована

3) [-]Устья сегментарных бронхов деформированы

4) [-]Устья бронхов резко сужены

5) [-]Секрет гнойный

---

### **313. Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно:**

1) [-]Слизистая оболочка ярко гиперемирована

2) [-]Устья сегментарных бронхов не деформированы

3) [+]Устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов

4) [-]Контактная кровоточивость слизистой повышена

5) [-]Секрет слизистой

---

**314. Для диагностики бронхоэктазов эффективна:**

- 1) [-]Рентгеноскопия органов грудной клетки
  - 2) [-]Рентгенография органов грудной клетки
  - 3) [-]Томография
  - 4) [+]Бронхография
  - 5) [-]Бронхоскопия
- 

**315. При бронхоскопии определяются следующие изменения, характерные для бронхоэктазов:**

- 1) [-]Мешотчатые или цилиндрические бронхоэктазы
  - 2) [+]Признак Суля
  - 3) [-]Деформация главных бронхов
  - 4) [-]Деформация долевых бронхов
  - 5) [-]Изменений нет
- 

**316. Признак Суля - это:**

- 1) [-]Деформация устья бронхов
  - 2) [-]Секрет в устье бронха смещается воздухом
  - 3) [+]Опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненного гноем устья
  - 4) [-]Секрет в устье бронха, не смещаемый воздухом
  - 5) [-]Секрет отсутствует
- 

**317. Признак Суля указывает:**

- 1) [-]На ателектаз
- 2) [+]На дистальное расширение бронха



- 3) [-]На дистальное сужение бронха
  - 4) [-]На стеноз бронха
  - 5) [-]На рак бронха
- 

**318. Признак Суля встречается:**

- 1) [-]При раке легкого
  - 2) [-]При кисте легкого
  - 3) [+]При бронхоэктатической болезни
  - 4) [-]При доброкачественной опухоли бронха
  - 5) [-]При туберкулезе
- 

**319. Наиболее частая локализация бронхоэктазов:**

- 1) [+]Нижняя доля слева
  - 2) [-]Верхняя доля слева
  - 3) [-]Язычковая доля
  - 4) [-]Средняя доля
  - 5) [-]Верхняя доля справа
- 

**320. При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляется:**

- 1) [-]частично диффузный бронхит II степени воспаления
  - 2) [-]Выраженный трахеобронхит
  - 3) [+]Частично диффузный бронхит I степени воспаления
  - 4) [-]Диффузный бронхит II степени воспаления
  - 5) [-]Диффузный бронхит III степени воспаления
- 

**321. Эндоскопическая картина при бронхоэктазах в стадии обострения характеризуется:**

- 1) [-]Диффузным бронхитом I степени воспаления
- 2) [+]Частично диффузным бронхитом II-III степени воспаления
- 3) [-]Частично диффузным бронхитом I степени воспаления
- 4) [-]Частично диффузным бронхитом II степени воспаления
- 5) [-]Строго ограниченным бронхитом I степени воспаления

---

**322. Бронхоскопическая картина при недренирующемся абсцессе характеризуется:**

- 1) [-]Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления
- 2) [-]Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления
- 3) [-]Строго ограниченным бронхитом I степени воспаления
- 4) [-]Строго ограниченным бронхитом II степени воспаления
- 5) [+]Изменений нет

---

**323. Бронхоскопическая картина при остром дренирующемся абсцессе характеризуется:**

- 1) [-]Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления
- 2) [-]Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления
- 3) [-]Диффузным односторонним бронхитом III степени воспаления
- 4) [+]Зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха
- 5) [-]Устье дренирующего бронха хорошо дифференцируется

---

**324. Бронхоскопическая картина при хроническом дренирующемся абсцессе характеризуется:**

- 1) [-]Диффузным двусторонним бронхитом I степени воспаления
- 2) [-]Диффузным двусторонним бронхитом II степени воспаления
- 3) [-]Диффузным двусторонним бронхитом III степени воспаления

4) [-]Зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха

5) [+]Строго ограниченным бронхитом II-III степени воспаления

---

**325. Наиболее частая локализация абсцесса легкого:**

1) [+]Верхняя доля справа

2) [-]Верхняя доля слева

3) [-]Средняя доля

4) [-]Нижняя доля справа

5) [-]Нижняя доля слева

---

**326. Излюбленная локализация кист легких:**

1) [-]Верхняя доля справа

2) [-]Верхняя доля слева

3) [-]Нижняя доля справа

4) [-]Нижняя доля слева

5) [+]Все доли поражаются одинаково

---

**327. Полипы воспалительной этиологии наиболее часто встречаются:**

1) [-]При раке легкого

2) [-]При туберкулезе

3) [-]При доброкачественной опухоли бронха

4) [-]При кисте легкого

5) [+]При бронхоэктазах

---

**328. Излюбленная локализация полипов в трахеобронхиальном дереве:**

1) [-]Карина

- 2) [-]Междолевая шпора
- 3) [-]Межсегментарная шпора
- 4) [+]Устье бронха
- 5) [-]Стенка бронха

---

**329. Эндоскопическая картина полипа бронха выявляет:**

- 1) [+]Гладкую поверхность
- 2) [-]Бугристую поверхность
- 3) [-]Узкую ножку
- 4) [-]Мягкую консистенцию
- 5) [-]Дольчатое строение

---

**330. Излюбленной локализацией грануляций в трахеобронхиальном дереве является:**

- 1) [-]Карина
- 2) [+]Стенка бронха
- 3) [-]Междолевая шпора
- 4) [-]Устье бронха
- 5) [-]Межсегментарная шпора

---

**331. Эндоскопическая картина грануляций характеризуется:**

- 1) [-]Серым цветом
- 2) [-]Плотной консистенцией
- 3) [-]Гладкой поверхностью
- 4) [-]Бугристой поверхностью
- 5) [+]Дольчатым строением

---

**332. Первое клиническое проявление аденомы бронха:**

- 1) [-]Кашель с гнойной мокротой
- 2) [-]Высокая температура
- 3) [+]Кровохарканье
- 4) [-]Боли в груди
- 5) [-]Одышка

---

**333. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии:**

- 1) [-]Бугристая опухоль
- 2) [-]Тонкая ножка
- 3) [-]Инфильтрация слизистой вокруг опухоли
- 4) [-]Мягкая консистенция опухоли
- 5) [+]Выраженная контактная кровоточивость

---

**334. Отличительная особенность гемангиомы:**

- 1) [-]Плотная консистенция
- 2) [-]Мягкая консистенция
- 3) [-]Выраженная контактная кровоточивость
- 4) [-]Выраженная спонтанная кровоточивость
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**335. Отличительная особенность хондромы:**

- 1) [-]Плотная консистенция

- 2) [-]Мягкая консистенция
  - 3) [-]Выраженная контактная кровоточивость
  - 4) [-]Бугристая опухоль
  - 5) [+]Каменистая плотность
- 

**336. К раннему раку легких относится:**

- 1) [+]T1N0M0
  - 2) [-]T1N1M0
  - 3) [-]T2N2M0
  - 4) [-]T3N2M0
  - 5) [-]T1N1M1
- 

**337. Эндоскопическая картина при острой эмпиеме плевры характеризуется:**

- 1) [-]Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления
  - 2) [-]Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления
  - 3) [-]Частично диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления
  - 4) [-]Частично диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления
  - 5) [+]Строго ограниченным односторонним бронхитом II степени воспаления
- 

**338. Эндоскопическая картина при хронической эмпиеме плевры характеризуется:**

- 1) [-]Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления
- 2) [-]Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления
- 3) [+]Диффузным односторонним бронхитом III степени воспаления

- 4) [-]Частично диффузным бронхитом I степени воспаления
  - 5) [-]Частично диффузным бронхитом II степени воспаления
- 

**339. Эндоскопическая картина при наличии бронхоплеврального свища характеризуется:**

- 1) [+]Диффузным бронхитом на стороне поражения и частично диффузным на противоположной стороне
  - 2) [-]Частично диффузным двусторонним бронхитом
  - 3) [-]Частично диффузным бронхитом на стороне поражения и строго ограниченным на противоположной стороне
  - 4) [-]Диффузным односторонним бронхитом
  - 5) [-]Строго ограниченным двусторонним бронхитом
- 

**340. Эндоскопическая картина экзофитной раковой опухоли включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [+]Гладкой поверхности поражения на узкой ножке
  - 2) [-]Бугристой поверхности
  - 3) [-]Широкого основания
  - 4) [-]Плотной консистенции
- 

**341. При эндоскопической картине эндофитной раковой опухоли (инфильтрат) выявляется все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Шероховатой поверхности
  - 2) [-]Белесоватого цвета
  - 3) [-]Темно-вишневого цвета
  - 4) [+]Гладкой поверхности
  - 5) [-]Стертости рисунка бронхиальных колец
- 

**342. К косвенным анатомическим признакам рака**

**легкого при бронхоскопии относятся:**

- 1) [-]Расширение устьев бронхов
- 2) [-]Сужение устьев бронхов
- 3) [-]Слизистая шероховатая
- 4) [-]Слизистая не изменена
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**343. К косвенным функциональным признакам рака легкого при бронхоскопии относятся:**

- 1) [-]Устья бронхов подвижны
- 2) [-]Устья бронхов неподвижны
- 3) [-]Передаточная пульсация сохранена
- 4) [-]Передаточная пульсация отсутствует
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**344. Синдром "мертвого устья" является:**

- 1) [-]Косвенным признаком бронхоэктатической болезни
- 2) [-]Прямым признаком центрального рака легкого
- 3) [-]Косвенным анатомическим признаком центрального рака легкого
- 4) [+]Косвенным функциональным признаком центрального рака легкого
- 5) [-]Косвенным признаком периферического рака легкого



---

**345. Микроскопическая картина рака легкого включает все перечисленные формы, кроме:**

- 1) [-]Плоскоклеточного с ороговением
- 2) [-]Плоскоклеточного без ороговения
- 3) [-]Мелкоклеточного
- 4) [+]Скирр
- 5) [-]Аденокарциномы

---

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

- 1) [-]Силикоз
- 2) [-]Муковисцидоз
- 3) [-]Силикатоз
- 4) [+]Актиномикоз
- 5) [-]Карбокониоз

---

**347. Наличие опухоли деревянистой плотности на грудной клетке характерно:**

- 1) [-]Для силикоза
- 2) [-]Для муковисцидоза
- 3) [-]Для рака легкого
- 4) [-]Для туберкулеза
- 5) [+]Для актиномикоза

---

**348. Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву:**

- 1) [-]Диффузный двусторонний процесс
- 2) [-]Диффузный односторонний процесс

- 3) [-]Частично диффузный процесс
  - 4) [+]Строго ограниченный односторонний процесс
  - 5) [-]Строго ограниченный двусторонний процесс
- 

**349. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает:**

- 1) [+]Пневмонию
  - 2) [-]Туберкулез
  - 3) [-]Бронхоэктатическую болезнь
  - 4) [-]Поликистоз легких
  - 5) [-]Рак легкого
- 

**350. При актиномикозе наиболее часто поражаются:**

- 1) [-]Верхняя доля справа
  - 2) [-]Средняя доля
  - 3) [-]Язычковые сегменты
  - 4) [+]Базальные сегменты
  - 5) [-]Верхняя доля слева
- 

**351. Для актиномикоза характерен секрет:**

- 1) [-]Слизистый вязкий
  - 2) [-]Слизисто-гнойный
  - 3) [-]Густой, гнойный, без запаха
  - 4) [+]Густой, гнойный, с запахом
  - 5) [-]Отсутствие секрета
- 

**352. Для верификации диагноза актиномикоза необходима:**

- 1) [-]Браш-биопсия
  - 2) [-]Щипцевая биопсия
  - 3) [-]Бронхиальный смыв на атипические клетки
  - 4) [+]Бронхиальный смыв для посева на питательные среды
  - 5) [-]Трансbronхиальная биопсия легких
- 

**353. К наследственным заболеваниям относится:**

- 1) [-]Актиномикоз
  - 2) [+]Муковисцидоз
  - 3) [-]Бронхоэктатическая болезнь
  - 4) [-]Силикоз
  - 5) [-]Бериллиоз
- 

**354. К клиническим проявлениям муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Кашля
  - 2) [-]Затрудненного отхождения мокроты
  - 3) [-]Одышки
  - 4) [+]Стридорозного дыхания
  - 5) [-]Кровохарканья
- 

**355. К клиническим формам муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Бронхо-легочной
  - 2) [-]Легочно-кишечной
  - 3) [+]Легочно-желудочной
  - 4) [-]Кишечной
- 

**356. Для муковисцидоза характерно распространение**

**по бронхиальному дереву:**

- 1) [-]Диффузное одностороннее
- 2) [+]Диффузное двустороннее
- 3) [-]Частично-диффузное
- 4) [-]Строго ограниченное, одностороннее
- 5) [-]Строго ограниченное, двустороннее

---

**357. Эндоскопическая картина муковисцидоза характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Яркой гиперемии слизистой
- 2) [-]Выраженного отека слизистой
- 3) [-]Сужения устьев сегментарных бронхов
- 4) [-]Густого слизисто-гнойного секрета
- 5) [+]Выраженного сосудистого рисунка

---

**358. Для муковисцидоза характерен секрет:**

- 1) [-]Слизистый вязкий
- 2) [-]Слизисто-гнойный, жидкий
- 3) [+]Слизисто-гнойный, густой, натянутый в виде струн
- 4) [-]Гнойный, густой, с запахом
- 5) [-]Отсутствие секрета

---

**359. Наиболее эффективным лечением муковисцидоза является:**

- 1) [-]Иммунотерапия
- 2) [-]Лучевая терапия
- 3) [-]Хирургическое лечение

4) [+]Санационные бронхоскопии

5) [-]Переливание крови

---

**360. Пневмокониозы - это:**

1) [-]Наследственные заболевания

2) [+]Профессиональные заболевания

3) [-]Врожденные заболевания

4) [-]Ни одно из перечисленных

---

**361. По этиологическому признаку выделяют:**

1) [-]2 вида пневмокониозов

2) [-]3 вида пневмокониозов

3) [-]4 вида пневмокониозов

4) [-]5 видов пневмокониозов

5) [+]6 видов пневмокониозов

---

**362. Самым тяжелым по клиническому течению из всех пневмокониозов является:**

1) [+]Силикоз

2) [-]Силикатоз

3) [-]Металлокониоз

4) [-]Карбокониоз

5) [-]Пневмокониоз

---

**363. При гистологическом исследовании легких при силикозе обнаруживаются:**

1) [-]Экссудативное воспаление

2) [-]Продуктивное воспаление

3) [+]Клеточно-фиброзные узелки

4) [-]Опухоль

5) [-]Множественные кисты

---

**364. Течение силикоза усугубляет присоединение:**

1) [-]Сифилиса

2) [+]Туберкулеза

3) [-]Бронхоэктазов

4) [-]Хронического бронхита

5) [-]Ничего из перечисленного

---

**365. Асбестоз относится:**

1) [-]К силикозу

2) [-]К металлоконниозам

3) [+]К силикатозам

4) [-]К карбокониозам

5) [-]К пневмокониозам

---

**366. К пневмокониозам, обусловленным вдыханием органической пыли, относятся все перечисленные, кроме:**

1) [+]Цементного

2) [-]Хлопкового

3) [-]Зернового

4) [-]Пробкового

5) [-]Тростникового

---

**367. Баритоз относится:**

- 1) [-]К силикозу
  - 2) [-]К силикатозам
  - 3) [-]К карбокониозам
  - 4) [+]К металлокониозам
  - 5) [-]К пневмокониозам
- 

**368. Термин "пневмокониоз" предложен:**

- 1) [-]Кильяном
  - 2) [-]Брюннингсом
  - 3) [-]Фриделем
  - 4) [-]Лемуаном
  - 5) [+]Ценкером
- 

**369. Клиническая картина пневмокониозов характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Болей в грудной клетке
  - 2) [-]"Сковывания" грудной клетки
  - 3) [+]Высокой температуры
  - 4) [-]Одышки
  - 5) [-]Кашля
- 

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

- 1) [+]Кровохарканье и легочное кровотечение
- 2) [-]Эмпиема плевры
- 3) [-]Рак легкого
- 4) [-]Бронхоэктатическая болезнь
- 5) [-]Абсцесс легкого

---

**371. К редким осложнениям пневмокониозов относится:**

- 1) [-]Кровохарканье и легочное кровотечение
- 2) [-]Эмпиема плевры
- 3) [+]Пищеводно-бронхиальный свищ
- 4) [-]Абсцесс легкого

---

**372. Кашель при пневмокониозах характеризуется:**

- 1) [-]Постоянным характером
- 2) [-]Выделением большого количества гнойного секрета без запаха
- 3) [-]Выделением большого количества гнойного секрета с запахом
- 4) [+]Выделением незначительного количества вязкого секрета
- 5) [-]Отсутствием секрета

---

**373. К диагностике пневмокониозов решающее значение принадлежит:**

- 1) [+]Рентгенографическому исследованию органов грудной клетки
- 2) [-]Эндоскопическому исследованию
- 3) [-]Бронхографии
- 4) [-]Томографии
- 5) [-]Гистологическому исследованию

---

**374. В мокроте больных пневмокониозом обнаруживают все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]ейкоцитов
- 2) [-]Пылевых клеток
- 3) [-]Слущенных эпителиальных клеток



4) [+]Атипических клеток

5) [-]Эритроцитов

---

**375. В зависимости от выраженности процесса выделяют:**

1) [-]2 стадии пневмокониоза

2) [+]3 стадии пневмокониоза

3) [-]4 стадии пневмокониоза

4) [-]5 стадий пневмокониоза

5) [-]Стадийность отсутствует

---

**376. При рентгенологическом исследовании определяются все перечисленные типы затенения, кроме:**

1) [-]Интерстициального

2) [+]Опухолевидного

3) [-]Узелкового

4) [-]Узлового

---

**377. Для I стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков:**

1) [+]1-2.5 мм

2) [-]2.5-5 мм

3) [-]5-10 мм

4) [-]10-15 мм

5) [-]15-20 мм

---

**378. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков:**

- 1) [-]1-2.5 мм
- 2) [-]2.5-5 мм
- 3) [+]5-10 мм
- 4) [-]10-15 мм
- 5) [-]15-20 мм

---

**379. При пневмокониозе преимущественно поражаются:**

- 1) [-]Верхняя доля
- 2) [-]Средняя доля
- 3) [-]Язычковые сегменты
- 4) [+]Нижняя доля
- 5) [-]Все доли одинаково

---

**380. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется:**

- 1) [-]Восходящим двусторонним диффузным бронхитом
- 2) [-]Восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом
- 3) [+]Нисходящим двусторонним диффузным бронхитом, трахеитом
- 4) [-]Строго ограниченным двусторонним бронхитом
- 5) [-]Строго ограниченным односторонним бронхитом

---

**381. При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается:**

- 1) [-]Гипертрофический бронхит
- 2) [+]Атрофический бронхит
- 3) [-]I степень интенсивности воспаления

- 4) [-]II степень интенсивности воспаления
  - 5) [-]III степень интенсивности воспаления
- 

**382. Участки пылевой пигментации определяются:**

- 1) [-]В устьях долевых бронхов
  - 2) [-]На стенках главных бронхов
  - 3) [+]На всех уровнях бронхиального дерева
  - 4) [-]В устьях сегментарных бронхов
  - 5) [-]На стенках долевых бронхов
- 

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

- 1) [-]Инфильтративного поражения слизистой оболочки бронхов
  - 2) [-]Инфильтративно-язвенного поражения слизистой оболочки бронхов
  - 3) [-]Бронхо-фистулезного процесса
  - 4) [-]Рубцового стеноза
  - 5) [+]Опухолеподобного поражения
- 

**384. Наиболее частой формой туберкулеза бронхов является:**

- 1) [+]Инфильтративный
  - 2) [-]Инфильтративно-язвенный
  - 3) [-]Бронхо-фистулезный
  - 4) [-]Рубцовый стеноз бронха
- 

**385. Инфильтративный туберкулез бронха характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Инфильтрата круглой или овальной формы

- 2) [+]Гладкой поверхности
- 3) [-]Шероховатой поверхности
- 4) [-]Плотной консистенции
- 5) [-]Рыхлой консистенции

---

**386. Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе:**

- 1) [-]Трахея
- 2) [-]Стенки главных бронхов
- 3) [+]Устья главных и долевых бронхов
- 4) [-]Устья субсегментарных бронхов
- 5) [-]Излюбленной локализации нет

---

**387. Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Края язвы неровные, подрывтые
- 2) [-]Дно язвы гладкое
- 3) [-]Слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, тусклая
- 4) [+]Слизистая оболочка вокруг язвы мелкозернистая, блестящая
- 5) [-]Язвы множественные

---

**388. Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов дифференцируем:**

- 1) [-]С бронхоэктатической болезнью
- 2) [-]Со строго ограниченным бронхитом III степени интенсивности воспаления
- 3) [-]С деформирующим бронхитом со стенозом бронхов
- 4) [-]С перибронхиальной формой центрального рака легкого

5) [+]С эндобронхиальной формой центрального рака легкого

---

**389. Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является:**

- 1) [-]Бронхоэктатическая болезнь
  - 2) [+]Рубцовый стеноз бронха
  - 3) [-]Рак бронха
  - 4) [-]Поликистоз легких
  - 5) [-]Бронхо-плевральный свищ
- 

**390. Бронхо-фистулезный туберкулез характеризуется:**

- 1) [-]Двумя стадиями
  - 2) [+]Тремя стадиями
  - 3) [-]Четырьмя стадиями
  - 4) [-]Пятью стадиями
  - 5) [-]Шестью стадиями
- 

**391. Рубцовые стенозы бронха характеризуются:**

- 1) [+]Белесоватыми, тусклыми рубцами, лишенными сосудов
  - 2) [-]Блестящими рубцами без сосудов
  - 3) [-]Блестящими рубцами с выраженным сосудистым рисунком
  - 4) [-]Белесоватыми тусклыми рубцами с выраженными сосудами
  - 5) [-]Ничем из перечисленного
- 

**392. Болезнь Бенье - Бека - Шаумана - это:**

- 1) [-]Муковисцидоз
- 2) [+]Саркоидоз

3) [-]Пневмокониоз

4) [-]Микоз

5) [-]Мезотелиома

---

**393. При болезни Бека поражается все перечисленное, кроме:**

1) [-]лимфатических узлов

2) [-]Легких

3) [-]Кожи

4) [+]**Печени**

5) [-]Костей

---

**394. Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является:**

1) [+]**Расширение сосудов слизистой оболочки и набухание медиальных стенок главных бронхов**

2) [-]Утолщение складок слизистой бронхов

3) [-]Смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки

4) [-]Острая картина

5) [-]Смазанность рисунка бронхиальных колец

---

**395. Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является:**

1) [-]Щипцевая биопсия

2) [-]Браш-биопсия

3) [-]Трансбронхиальная биопсия

4) [+]**Транстрахеальная биопсия**

5) [-]Исследование бронхиального секрета

---

**396. Синдром Зиверта - Картагенера - это:**

- 1) [-]Бронхоэктазы и пансинусит
- 2) [-]Пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов
- 3) [+]**Бронхоэктазы, пансинусит и обратное расположение внутренних органов**
- 4) [-]Бронхоэктазы, поликистоз и обратное расположение внутренних органов
- 5) [-]Поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов

---

**397. Патологической сущностью саркоидоза является:**

- 1) [-]Гранулема, подвергающаяся казеозному распаду
- 2) [+]**Гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду**
- 3) [-]Фиброз легких
- 4) [-]Опухоль
- 5) [-]Ничего из перечисленного

---

**398. Патологической сущностью синдрома Зиверта - Картагенера является:**

- 1) [+]**Врожденная неподвижность ресничек слизистой бронхов**
- 2) [-]Врожденная повышенная подвижность ресничек слизистой бронхов
- 3) [-]Гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду
- 4) [-]Гранулема, подвергающаяся казеозному распаду
- 5) [-]Ничего из перечисленного

---

**399. Остеохондропластическая трахеобронхопатия -**

**ЭТО:**

- 1) [-]Микоз
- 2) [-]Пневмокониоз
- 3) [-]Опухоль
- 4) [+]Обызвествление и окостенение слизистой трахеи и бронхов
- 5) [-]Синдром Зиверта - Картагенера

---

**400. Для саркомы легкого характерно все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Молодого возраста
- 2) [-]Гематогенного метастазирования
- 3) [+]Пожилого возраста
- 4) [-]Периферической формы опухоли
- 5) [-]Сходства с раковым поражением

---

**401. Остеохондропластическую трахеобронхопатию следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Трахеобронхиального амилоидоза
- 2) [-]Папилломатоза
- 3) [-]Трахеобронхита III степени интенсивности воспаления
- 4) [-]Рака трахеи и бронхов
- 5) [+]Саркоидоза

---

**402. Эндоскопическими признаками цирроза печени являются:**

- 1) [-]Цвет печени с диффузным глинистым оттенком
- 2) [-]Консистенция печени тестоватая



3) [-]Капсула печени неравномерно утолщена, белесовато-сероватого цвета

4) [+]В тканях печени выраженный венозный стаз

5) [-]На капсуле печени мелкие, белесоватого цвета, просовидной формы высыпания

---

**403. К эндоскопическим признакам макронодулярной формы цирроза печени относятся все перечисленные, за исключением:**

1) [-]Печень равномерно увеличена в размерах

2) [+]Признаки портальной гипертензии резко выражены

3) [-]Поверхность печени крупнобугристая

4) [-]Цвет печени с серым оттенком

5) [-]Консистенция печени плотная

---

**404. К эндоскопическим признакам макронодулярной формы цирроза печени относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Печень обычных размеров

2) [+]Желчный пузырь увеличен, напряжен

3) [-]Рубцовые втяжения фиброзно-измененного интерстиция глубокие

4) [-]Размеры регенератов печеночной ткани превышают 4 мм в диаметре

5) [-]В пределах регенерирующих тканей вторичные фиброзные изменения

---

**405. Для механической желтухи характерны все перечисленные признаки, за исключением:**

1) [-]Интерстициальная ткань печени не прослеживается

2) [-]Расширенные внутривенные желчные протоки деформированы, неравномерно округлой формы

3) [+]Окраска деформированных печеночных долек пятнистая

4) [-]Ткани печеночно-двенадцатиперстной связки не изменены

5) [-]По нижнему краю печеночно-двенадцатиперстной связки белесовато-серого цвета плотные лимфатические узлы

---

**406. К эндоскопическим признакам механической желтухи, обусловленной нарушением проходимости внутривенных желчных протоков, относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен

2) [-]Правая доля печени увеличена в размерах, нижний край ее закруглен, цвет печени серо-зеленый

3) [-]На поверхности печени видны расширенные поверхностные внутривенные протоки

4) [-]Ткани печеночно-двенадцатиперстной связки гиперемизированы, по нижнему краю связки прослеживаются бледно-красного цвета лимфатические узлы

5) [+]Правильно

6) [-]и

7) [-]

---

**407. К эндоскопическим признакам механической желтухи, обусловленной нарушением проходимости супрадуоденальной части холедоха, относятся:**

1) [-]Печень равномерно увеличена в размерах, цвет ее серовато-зеленый

2) [-]Желчный пузырь небольших размеров, не напряжен

3) [-]Поверхностные внутривенные желчные протоки

расширены

4) [-] Дистальный отдел желудка смещен кпереди

5) [+] Правильно

6) [-] и

7) [-]

---

**408. Наиболее характерными для холестатического гепатита эндоскопическими признаками являются все перечисленные, кроме:**

1) [-] Цвет печени серовато-зеленоватый

2) [+] Поверхностные желчные протоки печени расширены, деформированы, холедох расширен в виде зеленоватого тяжа

3) [-] Окраска видимых печеночных долек мозаична

4) [-] Прослеживаются отдельные деформированные сосуды интерстиция печени

5) [-] Правильно

6) [-] и

7) [-]

---

**409. Эндоскопическим признаком механической желтухи при сегментарной обтурации желчных протоков является:**

1) [-] Печень увеличена в размерах

2) [-] Цвет печени диффузно серый с зеленоватым оттенком

3) [-] Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен

4) [-] По нижнему краю печеночно-двенадцатиперстной связки виден напряженный общий желчный проток

5) [+] Окраска печени пятнистая за счет отдельных участков, имеющих серовато-зеленый цвет

---

**410. Характерным эндоскопическим признаком механической желтухи является:**

- 1) [-]Расширенные поверхностные внутripеченочные протоки, хорошо отграниченные друг от друга
- 2) [-]Отмечается инъeкция сосудов капсулы печени
- 3) [-]Интерстициальная ткань печени хорошо прослеживается
- 4) [+]Сдавленные печеночные долики имеют равномерную красноватого цвета окраску
- 5) [-]Консистенция печени тестоватая

---

**411. Для жировой инфильтрации печени характерны все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Увеличения печени
- 2) [-]Цвет печени с глинистым (желтоватым) оттенком
- 3) [-]Печеночные долики четко прослеживаются
- 4) [-]Интерстициальная ткань печени хорошо видна
- 5) [+]Отмечается выраженная инъeкция сосудов интерстиция

---

**412. К эндоскопическим признакам сифилитического цирроза печени относятся:**

- 1) [-]Печень увеличена в размерах
- 2) [-]Поверхность печени мелкобугристая
- 3) [+]Печень имеет дольчатое строение за счет глубоких "канавовидных" борозд, консистенция печени плотная
- 4) [-]Отмечаются микроскопические признаки портальной гипертензии
- 5) [-]Правильно
- 6) [-]и

7) [-]

---

**413. Для паренхиматозной желтухи характерны:**

- 1) [+] Печень увеличена в размерах, цвет ее диффузно-красный
- 2) [-] Структура печеночной дольчатости прослеживается
- 3) [-] Консистенция печени плотная
- 4) [-] Желчный пузырь умеренно напряжен

---

**414. К лапароскопическим признакам ретикулосаркомы печени относятся:**

- 1) [-] Печень обычных размеров, консистенция ее тестоватая
- 2) [-] Поверхность печени ровная
- 3) [-] Мозаичность окраски печени напоминает "снежную бурю" за счет хаотичного смещения белесовато-желтоватых тонов
- 4) [-] Отмечается выраженный стаз венозных сосудов печени
- 5) [+] Правильно
- 6) [-] и
- 7) [-]

---

**415. Характерным эндоскопическим признаком гидатидной формы эхинококка печени является:**

- 1) [-] Эхинококковая киста имеет только округлую форму
- 2) [-] Стенка кисты толстая
- 3) [-] Стенка кисты хорошо васкуляризирована
- 4) [+] Видимая часть стенки кисты по периметру отграничена от печеночной ткани четко выраженным углублением в виде "канавки"
- 5) [-] Цвет кисты с синевато-зеленоватым оттенком

---

**416. К эндоскопическим признакам однокамерной**

**непаразитарной кисты печени относятся:**

- 1) [-] Киста имеет только овальную форму
- 2) [-] Стенка кисты толстая, васкуляризация ее очень бедная
- 3) [-] Содержимое кисты сероватого цвета
- 4) [-] Местами на видимую часть стенки кисты напоззает печеночная ткань в виде истонченной полоски
- 5) [+]**Правильно**
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**417. Эндоскопическими признаками сифилитической гуммы печени являются:**

- 1) [-] Печень уменьшена в размерах
- 2) [-] В тканях печени прослеживаются крупные аморфно-белесые опухолевидные узлы
- 3) [-] В проекции сифилитической гуммы печени на париетальной брюшине диафрагмы - выраженные реактивно-воспалительные изменения
- 4) [-] Консистенция тканей, образующих сифилитическую гумму, тестоватая, а гумма в зоне своей локализации резко возвышается над поверхностью печени
- 5) [+]**Правильно**
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**418. Дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной возможно:**

- 1) [-] По изменению размеров и консистенции печени
- 2) [-] По характеру изменения поверхностных желчных протоков

печени

- 3) [-]По характеру окраски видимых печеночных долек
- 4) [-]По характеру изменений желчного пузыря
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**419. При холестатической форме гепатита:**

- 1) [-]Желчь жидкая
- 2) [+]Консистенция желчи гелеподобная
- 3) [-]Цвет желчи бледно-оливковый
- 4) [-]В лучах проходящего света желчь прозрачная
- 5) [-]При отстаивании осадка не образуется

---

**420. Эндоскопические признаки острого катарального холецистита включают все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, серозный покров его с инъекцией сосудов
- 2) [-]Желчный пузырь обычных размеров, серозный покров его гиперемирован
- 3) [+]Стенки желчного пузыря гиперемированы, между стенкой желчного пузыря, большой кривизной антрального отдела желудка и задней поверхностью правой доли печени - мутный выпот
- 4) [-]Желчный пузырь частично закрыт большим сальником, не сращен с ним большой сальник, прилежащий к дну желчного пузыря, умеренно отечен с инъекцией сосудов
- 5) [-]Стенка желчного пузыря, прилежащая к нижнему краю печени, гиперемирована в виде полосы

---

**421. Эндоскопическая картина деструктивного**

## **холецистита с образованием воспалительного инфильтрата характеризуется следующим:**

1) [-]Желчный пузырь частично закрыт большим сальником, который сращен с париетальной брюшиной передней брюшной стенки, цвет большого сальника желтоватый

2) [-]Дно желчного пузыря сращено с нижним краем правой доли печени и париетальной брюшиной передней брюшной стенки

3) [-]Дно желчного пузыря фиброзными спайками сращено с круглой связкой печени и большим сальником

4) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его покрыта налетом фибрина налет фибрина имеется на прилежащем к пузырю отечном большом сальнике

5) [+]Желчный пузырь закрыт большим сальником, последний рыхлыми спайками сращен с нижним краем правой доли печени, по краю сращения большой сальник гиперемирован с налетом фибрина

---

## **422. Эндоскопическими признаками водянки желчного пузыря являются:**

1) [+]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его утолщена, беловато-сероватого цвета

2) [-]Желчный пузырь больших размеров, напряжен, стенка его ярко-красного цвета, с враженной инъекцией сосудов

3) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, стенка его дряблая, при поворотах больного желчный пузырь свободно свисает в сторону поворота

4) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, цвет его серовато-зеленоватый

5) [-]Желчный пузырь обычных размеров, стенка его утолщена, плотная, белесоватого цвета

---

## **423. Эндоскопические признаки острого флегмонозного холецистита включают все**



## **перечисленное, кроме:**

1) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, серозный покров его гиперемирован с налетом фибрина

2) [+]Стенка желчного пузыря багрово-красного цвета, утолщена, с участками темного цвета

3) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его гиперемирована между большой кривизной дистального отдела желудка, нижним краем правой доли печени и желчным пузырем - мутный серозный выпот

4) [-]Желчный пузырь прикрыт большим сальником, который на отдельных участках рыхлыми спайками сращен с ним

5) [-]Желчный пузырь обычных размеров, напряжен между дном пузыря и нижним краем правой доли печени фибрин

---

## **424. Эндоскопическими признаками хронического холесцистита являются все перечисленные, исключая:**

1) [-]Дно желчного пузыря сращено с нижним краем правой доли печени капсула передней поверхности печени в проекции желчного пузыря утолщена, белесоватого цвета

2) [-]Желчный пузырь увеличен в размерах, не напряжен, серозный покров его с инъекцией сосудов

3) [-]Желчный пузырь сморщен, стенка его уплотнена, белесоватого цвета

4) [+]Желчный пузырь частично закрыт большим сальником и сращен с ним, стенка желчного пузыря и большой сальник гиперемированы

5) [-]Между стенкой желчного пузыря, большим сальником и нижним краем печени - плоскостные спайки

---

## **425. К эндоскопическим признакам острого холецисто-панкреатита относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Желчный пузырь обычных размеров, напряжен, стенка его умеренно гиперемирована
  - 2) [-]Малый сальник гиперемирован, отечен
  - 3) [-]Круглая связка печени отечна, гиперемирована с участками точечных кровоизлияний
  - 4) [+]Желчный пузырь сморщен, стенка его уплотнена, белесоватого цвета
  - 5) [-]В брюшной полости небольшое количество геморрагического выпота
- 

**426. Для холедохолитиаза характерны следующие физические свойства желчи:**

- 1) [-]Желчь жидкая
  - 2) [-]Консистенция желчи коллоидоподобная
  - 3) [-]Цвет желчи темно-оливковый
  - 4) [+]В лучах проходящего света прозрачная
  - 5) [-]При отстаивании образует 2-слойный осадок
- 

**427. Для отечной формы острого панкреатита характерно:**

- 1) [-]Гиперемия и инъекция сосудов большой кривизны желудка
  - 2) [-]Наличие в брюшной полости мутноватого выпота
  - 3) [-]Деформация желудка в виде смещения его дистального отдела кпереди
  - 4) [+]Вздутие правой половины толстой кишки
  - 5) [-]Вздутие левой половины толстой кишки
- 

**428. К прямым эндоскопическим признакам деструктивного панкреатита относятся:**

1) [-]Фибрин и гнойный выпот вдоль малой кривизны желудка

2) [+]Белесоватого цвета пятна различной величины и формы на париетальной брюшине, серозе абдоминальных органов, большом и малом сальниках

3) [-]Геморрагическая жидкость в брюшной полости

4) [-]Деформация желудка в виде "седла" за счет смещения его дистального отдела кпереди

5) [-]Геморрагическая имбибиция забрюшинной клетчатки задней брюшной стенки между шейкой желчного пузыря и большой кривизной антрального отдела желудка

---

**429. К эндоскопическим признакам геморрагического панкреонекроза относятся все перечисленные, исключая:**

1) [-]В брюшной полости мутный геморрагический выпот

2) [-]Круглая связка печени отечна

3) [-]Малый сальник инфильтрирован

4) [+]На большом сальнике белесоватого цвета округлой формы возвышающиеся над поверхностью мелкие узлы, дистальный отдел желудка смещен кпереди

---

**430. К эндоскопическим признакам жирового панкреонекроза относятся:**

1) [-]В брюшной полости мутный выпот

2) [-]Желудочно-ободочная связка отечна, гиперемирована

3) [-]Правая половина толстой кишки вздута

4) [+]На серозных покровах брюшной полости белесоватого цвета высыпания различной формы и величины

5) [-]Большая кривизна дистального отдела желудка смещена кпереди

---

**431. О геморрагическом панкреонекрозе можно думать:**

- 1) [-]По диффузной гиперемии круглой связки печени
- 2) [-]По геморрагической инфильтрации малого сальника и мезоколона
- 3) [-]По выраженному венозному застою брыжеечного края тонкой кишки
- 4) [-]По незначительному скоплению геморрагического выпота в полости малого таза
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**432. О гнойном панкреонекрозе можно думать по всем перечисленным эндоскопическим признакам, за исключением:**

- 1) [-]На желудочно-ободочной связке имеются очаги некроза с налетом фибрина
- 2) [-]Диффузного вздутия кишечника
- 3) [+]Вдоль малой кривизны желудка гнойный выпот
- 4) [-]Выраженного отека и гиперемии печеночного края круглой связки печени
- 5) [-]В малом сальнике увеличенные лимфоузлы

---

**433. К эндоскопическим признакам острого гангренозного холецистита относятся:**

- 1) [-]Стенка желчного пузыря багрово-красного цвета с налетом фибрина
- 2) [-]Желчный пузырь небольших размеров, напряжен нижний край

правой доли печени, прилегающий к желчному пузырю, багрово-красного цвета

3) [-]Желчный пузырь закрыт большим сальником, который гиперемирован, на поверхности большого сальника фибрин

4) [-]Желчный пузырь больших размеров, напряжена стенка его неравномерно гиперемирована, утолщена

5) [+]Стенка желчного пузыря инфильтрирована, с участками темного цвета

---

**434. Для головчатой формы индуративного панкреатита характерны все перечисленные физические свойства желчи, исключая:**

1) [-]Желчь жидкая

2) [-]Консистенция желчи коллоидоподобная

3) [-]Цвет желчи грязно-болотный

4) [-]В лучах проходящего света желчь мутная

5) [+]При отстаивании осадка не образует

---

**435. Эндоскопическими признаками жировой инфильтрации печени является:**

1) [-]Печень обычных размеров

2) [-]Цвет печени с желтоватым оттенком

3) [+]Консистенция печени плотная

4) [-]Структура дольчатости печеночной ткани сохранена

5) [-]Интерстиций печени хорошо прослеживается

---

**436. К эндоскопическим признакам болезни Бадда - Хиари относятся все перечисленные, кроме:**

1) [-]Печень увеличена в размерах

- 2) [-]Цвет печени синюшно-вишневый
- 3) [+]Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен
- 4) [-]Вены печени расширены, напряжены
- 5) [-]Консистенция печени плотная

---

**437. Микроскопическими признаками ретикулосаркомы печени являются:**

- 1) [-]Печень и селезенка увеличены в размерах
- 2) [-]Консистенция печени плотная
- 3) [-]В тканях печени прослеживаются крупные опухолевые узлы, которые возвышаются над ее поверхностью
- 4) [-]На вершинах видимых опухолевых узлов "пупковидные" втяжения или уплощения
- 5) [+]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**438. Для отечной формы острого панкреатита характерны все перечисленные признаки, исключая:**

- 1) [-]Гиперемию, отек и инъецию сосудов печеночного края круглой связки печени
- 2) [-]Гиперемию, отек и инъецию сосудов желудочно-ободочной связки
- 3) [-]Вздутие правой половины толстой кишки
- 4) [-]Отечность тканей и помутнение серозного покрова брыжейки поперечно-ободочной кишки
- 5) [+]Гиперемию, отек и инъецию сосудов серповидной связки печени

---

**439. К эндоскопическим признакам острого**

**панкреатита относятся все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Малый сальник гиперемирован, инфильтрирован
- 2) [-]Поперечно-ободочная кишка в области печеночного угла вздута
- 3) [+]Передняя стенка желудка по малой кривизне неровная, бугристая, красновато-белесоватого цвета
- 4) [-]В брюшной полости геморрагический выпот
- 5) [-]На большом сальнике пятна жирового некроза

---

**440. Косвенными эндоскопическими признаками острого панкреатита являются все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Парез кишечника
- 2) [-]Гиперемию, отек, инъекцию сосудов малого сальника
- 3) [+]Гиперемию серозного покрова большой кривизны нижней трети тела желудка с наличием в этой зоне белесоватого цвета извитых нитевидных тяжей по ходу расширенных сосудов
- 4) [-]Отек, гиперемию верхнего края брыжейки тонкой кишки
- 5) [-]Неравномерную геморрагическую инфильтрацию большого сальника

---

**441. Косвенными эндоскопическими признаками хронического панкреатита являются все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Увеличения лимфатических узлов малого сальника
- 2) [-]Мелких белесоватого цвета рубцов на большом и малом сальниках
- 3) [-]Умеренной деформации дистального отдела желудка в виде его смещения кпереди

4) [-]Плоскостных спаек между большим сальником, круглой связкой печени и париетальной брюшиной

5) [+]Равномерного вздутия кишечника, серозный покров кишечных петель гиперемирован

---

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

1) [-]Желчь густая

2) [-]Консистенция желчи гелеподобная

3) [-]Цвет желчи темно-зеленый

4) [-]В лучах проходящего света желчь не прозрачная

5) [+]В желчи прослеживаются хлопья фибрина в виде грязно-зеленых пленок

---

**443. К эндоскопическим признакам рака желудка относятся:**

1) [-]Передняя стенка желудка бугристая, что обусловлено наличием в ее серозе белесоватого цвета опухолевых узлов

2) [-]Консистенция видимых опухолевых узлов желудочной стенки тестовато-мягкая

3) [-]Кровеносные сосуды желудочной стенки по периферии от ее опухолевой инфильтрации расширены

4) [-]Расширенные сосуды желудочной стенки сохраняют свою древовидную структуру ветвления

5) [+]Правильно

6) [-]и

7) [-]

---

**444. Для лимфомы селезенки характерны все перечисленные признаки, за исключением:**



- 1) [-]Селезенка увеличена в размерах
- 2) [-]Цвет селезенки с желтовато-белесоватым оттенком
- 3) [-]В тканях селезенки прослеживаются различной величины серовато-белесоватого цвета инфильтраты
- 4) [-]На капсуле селезенки просовидные белесоватого цвета высыпания
- 5) [+]Селезеночно-ободочная связка смещена проксимально

---

**445. К эндоскопическим признакам рака желудка относятся все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Желудок увеличен в размерах, малая кривизна его выступает из-под нижнего края левой доли печени
- 2) [+]Перистальтика желудка сохранена
- 3) [-]Передняя стенка желудка неровная, слегка бугристая
- 4) [-]На отдельных участках желудочной стенки имеются очаги втяжения
- 5) [-]Цвет передней стенки желудка пятнистый за счет отдельных участков гиперемии ее серозного покрова

---

**446. Для метастазов рака желудка в печень наиболее характерными являются все перечисленные признаки, кроме:**

- 1) [-]Округло-цилиндрической формы
- 2) [+]Сероватого цвета
- 3) [-]Пупковидного втяжения на вершине
- 4) [-]Плотной консистенции
- 5) [-]Выраженного сосудистого венчика у основания

---

**447. Для метастазов рака толстой кишки в печень наиболее характерными являются все перечисленные**

### **признаки, за исключением:**

- 1) [-]Округло-цилиндрической формы
- 2) [-]Пупковидного втяжения на вершине
- 3) [-]Хорошо выраженного рисунка у основания и на поверхности метастаза
- 4) [+]Желтовато-белесоватого цвета метастазов
- 5) [-]Плотной консистенции

---

### **448. Эндоскопические признаки метастазов меланосаркомы в органы брюшной полости включают все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Субкапсулярно на поверхности печени видны разной величины синевато-коричневатого цвета узлы
- 2) [-]Коричневатого цвета мелкоточечные высыпания распространяются вдоль сосудов капсулы печени
- 3) [+]На серозном покрове брыжейки тонкой кишки имеются узловые образования синевато-сероватой окраски с незначительным "пупковидным" втяжением в центре
- 4) [-]Пятна округлой формы синевато-сероватой окраски прослеживаются субсерозно на стенках кишечных петель
- 5) [-]На париетальной брюшине брюшных стенок видны уплощенные неправильной формы уловые образования интенсивно-коричневой окраски

---

### **449. Для метастазов меланомосаркомы наиболее характерными являются все перечисленные признаки, исключая:**

- 1) [-]Синевато-коричневый цвет
- 2) [-]Полиморфизм формы и размеров
- 3) [+]Пупковидное втяжение на вершине

- 4) [-]Плотную консистенцию
  - 5) [-]Распространенность локализации
- 

**450. Для метастазов рака поджелудочной железы наиболее характерными являются все перечисленные признаки, исключая:**

- 1) [-]Полиморфность размеров
  - 2) [-]Сероватый цвет
  - 3) [-]Плотную консистенцию
  - 4) [+]Хорошо выраженный сосудистый рисунок у основания
  - 5) [-]Распространенность локализации
- 

**451. Эндоскопическими признаками поверхностного аппендицита являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Гиперемии серозного покрова отростка
  - 2) [-]Инъекции сосудов отростка
  - 3) [-]Хлопьев фибрина на серозном покрове верхушки отростка
  - 4) [+]Напряжения отростка
  - 5) [-]Отека и инъекции сосудов брыжейки отростка
- 

**452. Парааортальный лимфаденит на уровне видимой при лапароскопии абдоминальной части аорты может быть обусловлен всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Терминального илиита
- 2) [-]Туберкулезного спондилеза
- 3) [+]Метастазов рака желудка
- 4) [-]Абдоминальной формы лимфогранулематоза
- 5) [-]Острого энтероколита

---

**453. К эндоскопическим признакам катарального сальпингита относят все перечисленные, за исключением:**

- 1) [-]Маточные трубы гиперемированы
- 2) [-]Отмечается диффузная инъеция серозного покрова маточных труб
- 3) [-]Фимбрии маточных труб отечные, ярко-красного цвета
- 4) [-]В полости малого таза небольшое количество мутноватого выпота
- 5) [+]Между ампулярным отделом одной из маточных труб и верхним полюсом яичника имеются рыхлые фибринные спайки

---

**454. Прямыми эндоскопическими признаками флегмонозного аппендицита являются все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Диффузную гиперемию червеобразного отростка
- 2) [-]Выраженное напряжение червеобразного отростка и отек его брыжейки
- 3) [-]Рыхлые спайки между червеобразным отростком и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки
- 4) [-]Фибрин на серозном покрове червеобразного отростка и серозе купола слепой кишки
- 5) [+]Гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости

---

**455. Косвенными эндоскопическими признаками деструктивного аппендицита являются все перечисленные, кроме:**

- 1) [-]Гиперемии серозного покрова купола слепой кишки
- 2) [-]Гиперемии париетальной брюшины правой подвздошной ямки

3) [+]Гиперемии серозного покрова терминального отдела тощей кишки

4) [-]Рыхлых спаек между большим сальником и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки

5) [-]Гиперемии и отека большого сальника, сращенного с брюшиной правой подвздошной ямки

---

**456. Эндоскопическими признаками хронического аппендицита могут быть все перечисленные, за исключением:**

1) [-]Уплотнения серозного покрова червеобразного отростка в виде белесоватых полос

2) [+]Серозного выпота в правой подвздошной ямке

3) [-]Спаяк между отростком и серозным покровом купола слепой кишки

4) [-]Спаяк между отростком и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки

5) [-]Червеобразный отросток имеет "четкообразную" форму за счет поперечных перетяжек

---

**457. К эндоскопическим признакам терминального илеита относятся все перечисленные, исключая:**

1) [+]окальную гиперемию купола слепой кишки

2) [-]Отсутствие перистальтики подвздошной кишки

3) [-]Увеличенные лимфатические узлы брыжейки подвздошной кишки

4) [-]Неравномерное вздутие подвздошной кишки и инъекцию сосудов ее брыжейки

5) [-]Гиперемию серозного покрова подвздошной кишки

---

**458. К эндоскопическим признакам пилосальпингса**

**относятся все перечисленные, за исключением:**

- 1) [+] Одна из маточных труб колбовидно расширена
- 2) [-] Ампулярный отдел этой маточной трубы в сращениях с широкой связкой матки
- 3) [-] Отмечается диффузная гиперемия серозного покрова деформированной маточной трубы
- 4) [-] На серозном покрове расширенной части маточной трубы пленки фибрина
- 5) [-] В полости малого таза серозно-гнойный выпот

---

**459. К эндоскопическим признакам гидросальпингса относятся:**

- 1) [-] Маточные трубы в ампулярных отделах булавовидно расширены
- 2) [-] Фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются
- 3) [-] Цвет расширенной части маточных труб сероватый
- 4) [+] Сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения с резко выраженной инъекцией
- 5) [-] В зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется

---

**460. Эндоскопическими признаками хронического сальпингита являются все перечисленные, исключая:**

- 1) [-] Маточные трубы извиты
- 2) [-] Между яичником и маточной трубой хорошо васкуляризированные плоскостные спайки
- 3) [-] Маточные трубы располагаются за маткой и плоскостными спайками, сращены с брюшиной малого таза
- 4) [-] На серозе ампулярных отделов маточных труб кистоподобные

образования, заполненные серозным содержимым

5) [+]Серозным содержимым заполнены кистоподобные образования в широкой связке матки

---

**461. Для прогрессирующей трубной беременности характерно:**

1) [-]Увеличение матки

2) [-]Колбовидное расширение одной из маточных труб с синюшной окраской расширенной ее части

3) [-]Расширение сосудов серозного покрова матки со стороны беременной трубы

4) [-]Расширение сосудов широкой связки матки со стороны трубной беременности

5) [+]Все перечисленное

---

**462. Разрыв маточной трубы при нарушении трубной беременности сопровождается следующими эндоскопическими признаками:**

1) [+]В брюшной полости жидкая кровь и массивные сгустки крови в полости малого таза

2) [-]Сгустки крови заполняют весь малый таз

3) [-]Из-за тампонады малого таза сгустками крови осмотреть придатки матки не удается

4) [-]При попытке смещения сгустков крови отмечается их равномерное фиксирование к серозным покровам малого таза и его органов

5) [-]Все перечисленное

---

**463. Эндоскопическими признаками нодозных изменений в маточной трубе являются:**

1) [-]На серозе маточной трубы проксимальнее и дистальнее зоны

ее расширения имеются белесоватого цвета рубцы, которые могут переходить на серозу широкой связки матки

2) [-]При натяжении маточной трубы участки деформации ее диаметра не исчезают

3) [-]Заполнение красителем участка деформации маточной трубы или поступление его дистальнее этой зоны при хромосальпингоскопии не происходит

4) [-]При хромосальпингоскопии может наблюдаться эндovasкулярное распространение красителя по матке или маточной трубе со стороны нодоза

5) [+]Все перечисленное

---

**464. Для аденомиоза матки характерно все перечисленное, за исключением:**

1) [-]Мозаичности окраски поверхности матки

2) [-]Наличия тонких плоскостных сращений между маткой и прилежащими органами

3) [-]Неравномерного фиброза серозного покрова матки

4) [-]Скопления серозной или серозно-геморрагической жидкости в виде мелких кистозных образований между тонкими фиброзными напластованиями, покрывающими серозный покров матки

5) [+]Наличия на серозном покрове матки очагов эндометриоидной имплантации

---

**465. Для малых форм наружного эндометриоза характерно все перечисленное, кроме:**

1) [-]Скопления в полости малого таза небольшого количества геморрагической жидкости

2) [-]Наличия небольших синеватого цвета серозных гематом, в виде "глазков", на органах малого таза

3) [-]Наличия небольших красноватого цвета кистоподобных



образований в тканях яичников

4) [-]Наложения гемосидерина на серозных покровах малого таза в виде небольших очагов коричневатой окраски

5) [+]Наличия тонких "паутинообразных" сращений между органами малого таза

---

**466. Для синдрома Алена - Мастерса характерны:**

1) [-]Укорочение круглой связки матки

2) [-]Сращение широкой связки матки с париетальной брюшиной боковой поверхности малого таза

3) [-]Сращение задней поверхности матки с сигмовидной кишкой

4) [+]Дефект париетальной брюшины дна малого таза

5) [-]Атрезия одной из маточных труб

---

**467. Для метастазов рака яичников наиболее характерными являются все перечисленные признаки, за исключением:**

1) [-]локализации метастазов

2) [-]Полиморфизма размеров

3) [-]Мягкой консистенции

4) [-]Серовато-красноватого цвета

5) [+]Хорошо видимого перифокального сосудистого рисунка

---

**468. Для нодоза маточных труб характерно:**

1) [-]Извитость маточных труб и их деформация с участками расширения и сужения диаметра

2) [-]Сочетание извитости маточных труб с уменьшением размеров матки

3) [-]Серовато-белесоватый цвет стенки маточной трубы в зоне ее очагового расширения

4) [-]Отсутствие болевых ощущений у больных при выполнении им хромосальпингоскопии

5) [+]Правильно

6) [-]и

7) [-]

---

**469. Нарушение трубной беременности по типу трубного аборта проявляется всеми перечисленными эндоскопическими признаками, кроме:**

1) [-]Маточная труба, из которой произошел выкидыш, приобретает веретенообразную форму

2) [-]На всем протяжении своего веретенообразного расширения маточная труба сохраняет синюшную окраску

3) [-]В полости малого таза имеется скопление жидкой крови

4) [-]Сгустки крови при трубном аборте небольшие и частично или полностью прикрывают только фибрин абортировавшей маточной трубы

5) [+]На всем протяжении абортированной маточной трубы очагового уплотнения не определяется

---

**470. К эндоскопическим признакам гематосальпингса относятся все перечисленные, за исключением:**

1) [-]Одна или обе маточные трубы в дистальных отделах веретенообразно расширены

2) [-]Окраска расширенных отделов маточных труб синюшная

3) [-]На всем протяжении расширения маточных труб очаговые уплотнения не определяются

4) [-]Фимбрии маточных труб с геморрагическими помарками

5) [+]Серозный покров маточных труб с резко выраженной гиперемией и инъекцией сосудов

---

**471. Эндоскопические признаки апоплексии яичника характеризуются всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]В брюшной полости жидкая кровь
- 2) [-]В полости малого таза сгустки крови
- 3) [-]Сгустки крови локализуются только со стороны апоплексированного яичника
- 4) [+]Из-за сгустков крови, односторонне расположенных с разорванным яичником, маточную трубу проследить не удастся
- 5) [-]Придатки матки, с противоположной стороны апоплексированного яичника, хорошо доступны осмотру

---

**472. Макроскопические признаки склерокистоза яичников включают все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Яичники равномерно увеличены в размерах
- 2) [-]Цвет белочной оболочки яичников сероватый с белесовато-матовым оттенком
- 3) [-]Поверхность яичников ровная
- 4) [-]Консистенция яичников плотная
- 5) [+]Яичники хорошо доступны осмотру в связи с тем, что обычно располагаются проксимальнее и кпереди от матки

---

**473. К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся:**

- 1) [+]Оба яичника увеличены в размерах
- 2) [-]На верхнем полюсе одного из яичников кистозное образование до 3 см в диаметре
- 3) [-]На нижнем полюсе другого яичника тоже кистозное образование диаметром до 2 см

4) [-]На стенке одного из кистозных образований прослеживается желтое тело

5) [-]На медиальном крае яичника прослеживаются мелкокистозные образования, напоминающие собой уплощенную виноградную гроздь

---

#### **474. Для склерокистоза яичников характерно:**

1) [-]Неравномерное увеличение яичников

2) [+]Равномерное утолщение белочной оболочки яичников с наклонностью сосудов белочной оболочки яичников к варикозу

3) [-]Наличие видимых в тканях яичников созревающих фолликулов

4) [-]Наличие в белочной оболочке яичников отграниченных узлов выраженного фиброза

---

#### **475. К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся:**

1) [-]Один из яичников увеличен в размерах

2) [-]Цвет увеличенного яичника диффузно сероватый с синеватым оттенком

3) [-]Венозные сосуды белочной оболочки яичников извиты с наклонностью к варикозу

4) [+]На фоне видимых мелкокистозных изменений яичников в них просматриваются желтые тела на разных фазах своего развития

5) [-]На поверхности яичников видны небольшие тонкостенные кистоподобные образования, заполненные серозным содержимым

---

#### **476. Эндоскопическими признаками склерокистоза яичников являются:**

1) [-]Сосуды белочной оболочки яичников деформированы, нет обычной их древовидной ветвистости

2) [-]Кистозные изменения при склерокистозе яичников видны в виде внутритканевых сероватого цвета округлых (диаметром до 5-7 мм) образований, желтые тела в тканях яичников не видны

3) [-]Взять щипцевую биопсию из яичников без предварительного рассечения белочной оболочки крайне затруднительно

4) [-]В тканевом дефекте яичника, после щипцевой биопсии, полиморфизма размеров фолликулов не отмечается

5) [+]**Все перечисленное**

---

#### **477. К эпителиальным опухолям яичников относятся:**

1) [+]**Серозная кистома**

2) [-]Фолликулома

3) [-]Дермоидная киста

4) [-]Параовариальная киста

5) [-]Киста желтого тела

---

#### **478. Эндоскопическими признаками поликистоза яичников являются:**

1) [-]Оба яичника увеличены в размерах

2) [+]**Белочная оболочка яичников равномерно утолщена**

3) [-]В тканях яичников прослеживаются слабо выраженные созревающие фолликулы

4) [-]Ткани яичников при щипцевой биопсии захватываются без труда

5) [-]В образовавшемся после щипцевой биопсии тканевом дефекте яичника прослеживаются фолликулы, имеющие различную величину

---

#### **479. Эндоскопически различие между склерокистозом и поликистозом яичников характеризуется следующим:**

1) [-]При склерокистозе яичники увеличены равномерно, при поликистозе увеличение яичников неравномерное

2) [-]При склерокистозе белочная оболочка яичников утолщена равномерно, при поликистозе - нет

3) [-]При склерокистозе созревающих фолликулов в яичниках не видно, при поликистозе они видны

4) [-]При склерокистозе желтые тела в яичниках не просматриваются, при поликистозе они видны на разных фазах своего развития

5) [+]Склерокистоз обычно сочетается с микроскопическими признаками хронического воспаления маточных труб, а поликистоз с умеренно выраженной жировой инфильтрацией печени

---

**480. Для первичного сифилитического комплекса характерны:**

1) [-]Маточные трубы с признаками гнойного сальпингита

2) [-]Вдоль подвздошных сосудов отмечается выраженное увеличение лимфатических узлов, имеющих бледно-розоватую окраску

3) [-]В тканях печени имеются сифилитические гуммы

4) [-]В тканях брыжейки тонкой кишки прослеживается лимфостаз

5) [+]Ничего из перечисленного

---

**481. К опухолевидным образованиям яичников относятся:**

1) [-]Папиллярные серозные кистомы

2) [+]Ретенционные кисты

3) [-]Фибромы

4) [-]Текомы

5) [-]Дермоидные кисты

---

**482. Для ретенционной кисты яичников характерны все перечисленные микроскопические признаки, за исключением:**

- 1) [-] Киста небольших размеров
- 2) [-] Стенка кисты тонкая
- 3) [-] Окраска кисты с серовато-голубоватым оттенком
- 4) [+] Сосуды стенки кисты с наклонностью к варикозу
- 5) [-] На утолщенных участках стенки кисты могут прослеживаться очаги желтоватой окраски

---

**483. Для ретенционной кисты яичников характерны следующие макроскопические признаки, кроме:**

- 1) [-] Киста небольших размеров
- 2) [-] Стенка кисты тонкая
- 3) [+] Киста заполняет весь яичник
- 4) [-] Окраска кисты серовато-желтоватая с красноватым оттенком
- 5) [-] Сосуды стенки кисты расширены

---

**484. Для параовариальной кисты характерны:**

- 1) [-] Киста небольших размеров, имеет сероватый оттенок
- 2) [-] Стенка кисты утолщена
- 3) [-] Поверхность кистозной стенки бугристая
- 4) [-] Локализация кисты обычно в широкой связке матки
- 5) [+] Правильно
- 6) [-] и
- 7) [-]

---

**485. Для эндометриоидной кисты яичников**

**характерны все перечисленные макроскопические признаки, за исключением:**

- 1) [-] Размеры кисты variabelны
- 2) [-] Стенка кисты утолщена с фиброзно-рубцовыми изменениями
- 3) [-] Между стенкой кисты и прилежащими органами плоскостные спайки
- 4) [-] Цвет кисты с серовато-синеватым оттенком
- 5) [+] На поверхности кисты серовато-красноватого цвета узловые разрастания

---

**486. Для простой серозной кистомы яичников характерны все перечисленные ниже макроскопические признаки, за исключением:**

- 1) [-] Размеры кисты variabelны
- 2) [-] Стенка кисты неравномерно утолщена
- 3) [-] Цвет кисты белесовато-сероватый с синеватым оттенком
- 4) [+] Наряду с видимой кистой прослеживаются участки неизменной ткани яичника
- 5) [-] Сосуды стенки кисты хорошо выражены

---

**487. Для папиллярной кистомы характерны все перечисленные макроскопические признаки, кроме:**

- 1) [-] Киста больших размеров
- 2) [-] Стенка кисты плотная, непрозрачная
- 3) [-] Цвет кисты серовато-белесоватый
- 4) [-] На поверхности кисты прослеживаются серовато-мутноватой окраски сосочковые или узелковые разрастания
- 5) [+] Сосудистый рисунок стенки кисты не прослеживается



---

**488. Для псевдомуцинозной кистомы яичников характерны все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Размеры кисты большие
- 2) [-]Поверхность кисты неровная с грубыми фиброзными перетяжками
- 3) [+]Стенка кисты тонкая, прозрачная
- 4) [-]На отдельных участках стенки кисты прослеживаются очаги гиперемии или кровоизлияний
- 5) [-]Сосуды стенки кисты расширены

---

**489. Для фибромы яичника характерны все перечисленные признаки, за исключением:**

- 1) [-]Опухоль небольших размеров, различной формы
- 2) [-]Располагается на поверхности яичника в виде узла на ножке
- 3) [-]Консистенция опухоли плотная
- 4) [-]Окраска белесоватая
- 5) [+]Опухоль хорошо васкулизована

---

**490. Выраженный лимфаденит по ходу подвздошных сосудов бывает обусловлен всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Острого сальпингоофорита
- 2) [-]Сифилиса
- 3) [-]Параовариального воспалительного инфильтрата
- 4) [+]Рака яичников
- 5) [-]Пиосальпинкса

---

**491. Эндоскопическая картина лимфореи в брюшную**

## **полость характеризуется наличием:**

- 1) [+]В латеральных каналах брюшной полости беловато-сероватого цвета жидкость
- 2) [-]Между кишечными петлями и в латеральных каналах брюшной полости геморрагическая жидкость
- 3) [-]В правом латеральном канале и полости малого таза жидкость светло-желтого цвета
- 4) [-]Во всех отделах брюшной полости прозрачная соломенного цвета жидкость
- 5) [-]В верхних отделах брюшной полости и между кишечными петлями мутная жидкость с примесью беловато-сероватых хлопьев

---

## **492. Париетальная плевра с мелкими высыпаниями, покрытая фибрином на различном протяжении с образованием полостей, характерна:**

- 1) [-]Для эмпиемы плевры
- 2) [-]Для метастатических опухолей плевры при раке легкого
- 3) [+]Для туберкулезного плеврита
- 4) [-]Для первичных опухолей плевры
- 5) [-]Для саркоидоза плевры

---

## **493. Сращения при туберкулезном плеврите:**

- 1) [-]Отсутствуют всегда
- 2) [-]Интимно спаяны с медиастинальной или диафрагмальной плеврой
- 3) [-]Рыхлые нити фибрина
- 4) [-]Струнообразные или тонкие
- 5) [+]Плотные струнообразные или плоские, мощные, ограничивающие полости

---

#### **494. Для эмпиемы плевры характерны:**

- 1) [-]Париетальная плевра блестящая, гиперемирована, с точечными высыпаниями
- 2) [+]Висцеральная плевра тусклая с фибринными наложениями, свисающими по типу "сталактитов", и зернистыми скоплениями грануляционной ткани
- 3) [-]Обильный, быстро накапливающийся серозно-геморрагический экссудат
- 4) [-]Ткань легкого с участками ателектазов
- 5) [-]Сращения с медиастиальной плеврой мощные, плотные

---

#### **495. "Решетчатое" легкое характерно:**

- 1) [-]Для первичных опухолей плевры
- 2) [-]Для метастазов рака легкого в плевру
- 3) [-]Для туберкулезного плеврита
- 4) [+]Для эмпиемы плевры
- 5) [-]Для синдрома Мейгса

---

#### **496. Буллезная эмфизема чаще поражает:**

- 1) [-]Сегмент VI
- 2) [-]Сегменты IV, V
- 3) [+]Сегменты I, II, III
- 4) [-]Сегменты IX, X, VIII
- 5) [-]Сегмент VII

---

#### **497. Париетальная плевра при спонтанном пневмотораксе имеет вид:**

- 1) [+]Прозрачного листка с хорошо видимыми титрами

2) [-]"Стеариновых бляшек" на диафрагмальной плевре, легкой гиперемии

3) [-]Утолщена, покрыта пластами фибрина, гнойным налетом

4) [-]Пятнисто гиперемирована, утолщена

5) [-]Прозрачна, имеются одиночные буллы

---

#### **498. Сращения и их вид при спонтанном пневмотораксе:**

1) [-]Не характерны, отсутствуют

2) [+]Струнообразные или шнуровидные

3) [-]Плотные, рубцовые, особенно в ребернодиафрагмальном углу

4) [-]В виде рыхлых нитей фибрина

5) [-]Интимные спаяния с медиастинальной или диафрагмальной плеврой

---

#### **499. При спонтанном пневмотораксе экссудат:**

1) [-]Отсутствует всегда

2) [+]Встречается редко, прозрачный, соломенно-желтый, реже с геморрагической окраской

3) [-]Встречается часто, обильный, серозно-геморрагический

4) [-]Мутный, кровянистый

5) [-]Мутный, с запахом и хлопьями фибрина

---

#### **500. Наличие булл в легком характерно:**

1) [-]Для туберкулезного плеврита

2) [-]Для хронической пневмонии

3) [+]Для спонтанного пневмоторакса

4) [-]Для метастазов экстраторакальных раков

5) [-]Для пиопневмоторакса

---

**501. При спонтанном пневмотораксе чаще встречаются следующие патоморфологические изменения:**

- 1) [-]Буллы
- 2) [-]Ателектаз
- 3) [-]Плевральные сращения
- 4) [-]Экссудат
- 5) [+]Эмфизема мягких тканей грудной клетки

---

**502. Для первичных опухолей плевры характерно:**

- 1) [-]Наличие участков ателектаза легкого
- 2) [-]Наличие гнойного экссудата
- 3) [-]Интимные сращения с медиастинальной плеврой
- 4) [+]Наличие опухолевых узлов в области средостения или реберно-диафрагмального синуса
- 5) [-]Легкое ригидно, малоподвижно

---

**503. Для мелких ателектазов легкого характерно:**

- 1) [-]Ткань плотнее воздушного участка
- 2) [-]Ограниченная подвижность
- 3) [-]Синюшно-фиолетовый цвет
- 4) [+]Яркая гиперемия этих участков
- 5) [-]Эти участки выглядят запавшими на поверхности легкого

---

**504. Наличие участков ателектазов характерно:**

- 1) [-]Для туберкулезного плеврита
- 2) [-]Для эмпиемы плевры

3) [+]Для метастатических опухолей рака легкого

4) [-]Для саркоидоза плевры

5) [-]Для метастазов экстраторакальных опухолей

---

**505. Висцеральная плевра, напоминающая "шагреновую кожу", с прикорневой инфильтрацией и мелкими диффузными узелками характерна:**

1) [+]Для экстраторакальных метастазов

2) [-]Для туберкулезного плеврита

3) [-]Для метастазов рака легкого

4) [-]Для саркоидоза плевры

5) [-]Для синдрома Мейгса

---

**506. Медиастиноскопия является наиболее информативным методом при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:**

1) [-]имфогранулематоза

2) [-]Диссеминированного туберкулеза

3) [+]Неспецифической аденомы

4) [-]Болезни Бенье - Бека - Шауманна

5) [-]Болезни Ходжкина

---

**507. Наиболее информативным методом обследования при изолированном поражении Ходжкина является:**

1) [-]Рентгенологический

2) [+]Медиастиноскопия с биопсией

3) [-]Торакоскопия

4) [-]Фибробронхоскопия

5) [-]Плевроскопия

---

**508. Характерной эндоскопической картиной лимфогранулематоза является:**

1) [+]Клетчатка средостения - диффузный склероз, диаметр лимфоузлов 0.3-5 см, цвет "сырого мяса", мягкие

2) [-]Перигландулярный склероз клетчатки средостения, диаметр лимфоузлов 3-5 мм, цвет белесоватый, мягкая консистенция

3) [-]Клетчатка средостения не изменена, диаметр лимфоузлов от 1 до 4 см, цвет фиолетовый, мягкой консистенции

4) [-]Диффузный склероз клетчатки средостения, диаметр лимфоузлов от 1 до 3 см, цвет черный, плотной консистенции

5) [-]Клетчатка средостения не изменена, диаметр лимфоузлов от 1 до 3 см, цвет серый, консистенция очень плотная

---

**509. Лимфатические узлы при метастазе рака легкого (аденокарцином**

1) [-]:

2) [-]Каменистой плотности

3) [+]Мягкие

4) [-]Плотные

5) [-]Не изменены

6) [-]Рыхлые

---

**510. Следующая эндоскопическая картина - клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы величиной от 1 до 3 см, белесовато-серого цвета, плотные - характерна:**

1) [-]Для силикоза

2) [-]Для лимфогранулематоза

- 3) [+]Для метастазов рака
  - 4) [-]Для туберкулеза
  - 5) [-]Для неспецифической аденопатии
- 

**511. Наиболее редко подвергаются поражению при саркоидозе лимфатические узлы:**

- 1) [-]Правые паратрахеальные
  - 2) [-]Бифуркационные
  - 3) [-]Лимфатические узлы по ходу правого главного бронха
  - 4) [+]Околопищеводные
  - 5) [-]Лимфатические узлы по ходу левого главного бронха
- 

**512. Для недостаточности большого дуоденального сосочка характерно:**

- 1) [-]Зияние отверстия большого дуоденального сосочка
  - 2) [-]Диффузная гиперемия слизистой, видимая на всем протяжении супрадуоденальной части холедоха
  - 3) [+]Плохая видимость просвета холедоха при операционной холедохоскопии
  - 4) [-]Хорошая видимость всех отделов желчных протоков
  - 5) [-]Наличие изъязвления на слизистой в дистальном отделе холедоха
- 

**513. Наиболее характерным эндоскопическим признаком хронического холангита является:**

- 1) [-]Наличие в просвете мутной желчи с примесью замазкообразных масс
- 2) [-]Эрозивирование слизистой дистального отдела холедоха
- 3) [-]Полиповидные разрастания на слизистой ампулы большого



дуоденального сосочка

4) [-] Полное исчезновение продольных складок слизистой в терминальном отделе холедоха

5) [+] Сероватый цвет слизистой холедоха с наличием на ней различной выраженности рубцов

---

**514. К макроскопическим признакам катарального холангита относятся:**

1) [-] Неравномерная гиперемия слизистой желчных протоков

2) [-] Исчезновение ячеистости структуры слизистой и повышенная контактная кровоточивость

3) [-] Наличие пленок фибрина на слизистой желчных протоков

4) [-] Расширение интрамуральной части холедоха

5) [+] Правильно

6) [-] и

7) [-]

---

**515. К микроскопическим признакам фибринозной формы холангита относится все перечисленное, кроме:**

1) [+] Рубцов на слизистой холедоха

2) [-] Сосуды подслизистого слоя холедоха не прослеживаются

3) [-] Наличие на стенках желчных протоков пленок фибрина

4) [-] "Моторная" игра сфинктера Одди не прослеживается

5) [-] В ирригационной жидкости просматриваются пленки фибрина

---

**516. К макроскопическим признакам фибринозно-язвенной формы холангита относится все перечисленное, кроме:**

1) [-] Слизистая желчных протоков отечна с видимыми

внутрислизистыми кровоизлияниями

2) [-]Повышенная кровоточивость при снятии пленок фибрина со слизистой протоков

3) [-]В ирригационной жидкости - комочки фибрина

4) [-]На отдельных участках слизистой - эрозии и изъязвления

5) [+]Моторика желчных протоков усилена

---

**517. К макроскопическим признакам гнойной формы холангита относится все перечисленное, за исключением:**

1) [-]В просвете желчных протоков скопления густого гноя

2) [-]Осмотр слизистой протоков затруднен из-за мутности ирригационной жидкости

3) [-]В просвете желчных протоков гнойные тромбы

4) [-]Отверстие ампулы большого дуоденального сосочка плохо визуализируется

5) [+]Продольные складки слизистой холедоха хорошо выражены

---

**518. К макроскопическим признакам стеноза большого дуоденального сосочка относится все перечисленное, кроме:**

1) [-]Интрамуральная часть холедоха мешковидно расширена

2) [-]Продольные складки дистальной части холедоха не прослеживаются

3) [-]Отверстие сфинктера Одди не определяется

4) [+]Сосуды подслизистого слоя холедоха резко расширены

5) [-]Диаметр холедоха расширен

---

**519. К макроскопическим признакам псевдостеноза сфинктера Одди относятся:**

- 1) [-]Холедохоскоп без усилия проводится в двенадцатиперстную кишку
- 2) [-]Холедох расширен
- 3) [-]Слизистая супрадуоденальной части холедоха гиперемирована
- 4) [+]Отверстие сфинктера Одди щелевидной формы и слизистая его отечна
- 5) [-]Правильно
- 6) [-]и
- 7) [-]

---

**520. К макроскопическим признакам недостаточности сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка относятся:**

- 1) [-]Ирригационная жидкость в просвете холедоха не удерживается
- 2) [-]Просвет холедоха хорошо просматривается на всем протяжении, на слизистой его - пленки фибрина
- 3) [-]Слизистая интрамуральной части холедоха очагово гиперемирована
- 4) [-]Отверстие сфинктера Одди зияет
- 5) [+]Все перечисленное, кроме
- 6) [-]

---

**521. Эндоскопические признаки субсерозной миомы матки с преобладанием фиброзной ткани характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Изменения конфигурации матки
- 2) [-]Узлы имеют вид белесоватых бугристых опухолей различной величины

- 3) [+]Сосудистый рисунок на поверхности узлов выражен
  - 4) [-]Сосудистый рисунок на поверхности узлов не выражен
  - 5) [-]При инструментальной пальпации узлы очень плотные
- 

**522. Эндоскопические признаки миоматозных узлов с нарушением кровообращения характеризуются всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Синюшно-багрового цвета узлов
  - 2) [-]Тусклой серозной оболочки узлов
  - 3) [-]Определения под серозной оболочкой многочисленных кровоизлияний
  - 4) [+]Наличия желтого, мутного выпота
  - 5) [-]Гиперемии брюшины, покрывающей соседние органы
- 

**523. Во время кульдоскопии при осмотре яичников оценивается все перечисленное, исключая:**

- 1) [-]Их размеры
  - 2) [-]Состояние поверхности
  - 3) [-]Выраженность сосудистой сети
  - 4) [+]Консистенцию
  - 5) [-]Цвет
- 

**524. Эндоскопическая характеристика ретенционной кисты включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [+]Больших размеров
- 2) [-]Небольших размеров
- 3) [-]Прозрачной, тонкостенной капсулы
- 4) [-]Голубоватого цвета

5) [-]Сосудистого рисунка капсулы в виде петливой сети

---

**525. Эндоскопическая характеристика параовариальной кисты включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Расположения межсвязочно или у наружного полюса яичника
- 2) [-]Различных размеров
- 3) [-]Расположения яичника отдельно, сохранено его строение
- 4) [-]Яичник всегда виден
- 5) [+]**Яичник не виден**

---

**526. К эндоскопической характеристике эндометриоидной кисты яичника относится все перечисленное, исключая:**

- 1) [-]Капсула плотная, гладкая
- 2) [-]Капсула непрозрачная
- 3) [+]**Капсула прозрачная**
- 4) [-]На капсуле кисты видны отложения гемосидерина
- 5) [-]На брюшине малого таза часто видны эндометриоидные "глазки"

---

**527. Эндоскопически дермоидная киста яичника характеризуется всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Неравномерную желтовато-белесоватую окраску
- 2) [-]Чаще имеет длинную, тонкую ножку
- 3) [-]Плотную консистенцию
- 4) [-]Расположение в переднем своде
- 5) [+]**Расположение в заднем своде**

---

**528. Макроскопическая характеристика фибромы**

**яичника включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [+]Опухоли неправильной формы
- 2) [-]Опухоли округлой или овоидной формы
- 3) [-]Скудной васкуляризации оболочки фибромы
- 4) [-]Беловатой или бело-розовой окраски капсулы
- 5) [-]Плотной консистенции опухоли

---

**529. Макроскопическая характеристика простой серозной кистомы включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Различной окраски от голубоватого до белесовато-серого цвета
- 2) [-]Тонкой капсулы
- 3) [+]Плотной капсулы
- 4) [-]Выраженного сосудистого рисунка
- 5) [-]Отсутствия неизменной яичниковой ткани

---

**530. Макроскопически псевдомуцинозная кистама характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Опухоли неправильной формы
- 2) [-]Плотной, непрозрачной капсулы кистомы
- 3) [-]Многокамерного строения
- 4) [+]Невыраженного сосудистого рисунка капсулы
- 5) [-]На капсуле хорошо видны ветвящиеся, крупные сосуды

---

**531. Макроскопически рак яичников характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Бугристой опухоли
- 2) [-]Мягковатой консистенции опухоли

3) [+]Плотной консистенции опухоли

4) [-]На поверхности видны хрупкие, крошащиеся папиллярные разрастания в виде цветной капусты

5) [-]Разнообразных величины и формы опухоли

---

**532. При склерокистозных изменениях яичника макроскопически определяется все перечисленное, за исключением:**

1) [-]Увеличения яичников в размерах

2) [-]Яичники покрыты плотной капсулой

3) [-]Белого цвета капсулы

4) [+]Видны кистозно атрезирующиеся фолликулы в виде голубоватых выпячиваний или мелких кист

5) [-]Отсутствия сосудистого рисунка

---

**533. Классификация клинических форм туберкулеза внутренних половых органов в зависимости от морфологических изменений включает все перечисленные формы, кроме:**

1) [-]Очаговой

2) [-]Инфильтративной

3) [-]Казеозной

4) [-]Рубцово-спаечной

5) [+]Экссудативной

---

**534. Макроскопическая картина туберкулезного поражения брюшины включает все перечисленное, за исключением:**

1) [-]Множественных мелких бугорков по всей поверхности париетальной и висцеральной брюшины

- 2) [-]Наличия экссудатов в брюшной полости
  - 3) [-]Наличия множественных спаек
  - 4) [-]Маточные трубы с яичниками образуют большие воспалительные "опухоли"
  - 5) [+]Вздутия петель тонкого и толстого кишечника
- 

**535. Экссудат при туберкулезном перитоните характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Желтоватого цвета
  - 2) [-]Зеленоватого цвета
  - 3) [-]Серозно-кровянистого характера
  - 4) [-]Прозрачности
  - 5) [+]Мутности
- 

**536. При первом типе поражения половых органов туберкулезом сначала инфицируется:**

- 1) [-]Истмическая часть маточных труб
  - 2) [+]Ампулярный отдел маточных труб
  - 3) [-]Матка
  - 4) [-]Яичники
  - 5) [-]Тазовая брюшина
- 

**537. В клинической картине туберкулезного эндометрита преобладает:**

- 1) [+]Нарушение менструальной функции
- 2) [-]Изменение общего состояния
- 3) [-]Изменение гемограммы
- 4) [-]Повышение температуры тела



5) [-]Болезненность при пальпации живота

---

**538. Гистероскопическая картина эндометрия в фазе ранней пролиферации ( до 7-го дня менструального цикл**

- 1) [-]характеризуется всем перечисленным, кроме:
  - 2) [-]Эндометрий на всем протяжении тонкий и бледный
  - 3) [-]На отдельных участках просвечивают мелкие кровоизлияния
  - 4) [+]Устья маточных труб видны не всегда
  - 5) [-]Видны единичные неотторгнувшиеся участки эндометрия
  - 6) [-]Хорошо видны устья маточных труб
- 

**539. Гистероскопическая картина эндометрия в фазе пролиферации, начиная с 9-10-го дня менструального цикла, характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Эндометрий более сочен, бледно-розового цвета
  - 2) [-]Эндометрий утолщается, на отдельных участках видны утолщенные продольные или поперечные складки
  - 3) [-]Сосуды не видны
  - 4) [-]Устья маточных труб осмотреть можно
  - 5) [+]Эндометрий желтоватого цвета
- 

**540. Для эндометрия в фазу секреции характерно все перечисленное, исключая:**

- 1) [-]Более выраженное утолщение и складчатость
- 2) [-]Складки приобретают форму полипов
- 3) [-]Складки особенно выражены в верхней трети тела матки
- 4) [-]Желтоватый цвет эндометрия
- 5) [+]Цвет эндометрия приобретает красноватый оттенок

---

**541. Гистероскопическая картина эндометрия за 2-3 дня до менструации характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Цвет эндометрия приобретает красноватый оттенок
- 2) [-]Отмечается резко выраженное утолщение и складчатость эндометрия
- 3) [-]Видны участки отторжения темно-багрового цвета в виде сочных пластов, свободно свисающих в полость матки
- 4) [+]Видны устья маточных труб
- 5) [-]Устья маточных труб не видны

---

**542. Гистероскопическая картина эндометрия во время менструации характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]В полости матки, особенно в верхней трети, большое количество обрывков эндометрия от бледно-розового до темно-багрового
- 2) [-]В нижней и средней трети эндометрий тонкий
- 3) [-]Цвет его в этой области бледно-розовый
- 4) [-]Имеются мелкоточечные кровоизлияния и участки старых кровоизлияний
- 5) [+]Хорошо видны устья маточных труб

---

**543. Гистероскопическая картина субмукозной миомы матки характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Образование бледного или бледно-розового цвета
- 2) [-]Контуры образования четкие
- 3) [-]На поверхности образования могут быть видны мелкоточечные или обширные кровоизлияния, сосуды отсутствуют

4) [-]Форма образования не меняется в зависимости от изменения объема вводимой жидкости

5) [+]Форма образования меняется в зависимости от вводимой жидкости

---

**544. Субмукозная миома матки отличается от полипа эндометрия:**

1) [-]Цветом полипа

2) [-]Четкими контурами

3) [-]Деформацией полости матки

4) [+]При изменении объема вводимой жидкости узлы не меняют форму

5) [-]Мелкоточечные или обширные кровоизлияния на поверхности узла, сосуды отсутствуют

---

**545. Для рака эндометрия характерная гистероскопическая картина включает все перечисленное, кроме:**

1) [-]Наличия папилломатозных разрастаний серого цвета различной формы

2) [+]При изменении объема вводимой жидкости ткань не меняет свою форму

3) [-]При изменении объема вводимой жидкости ткань легко распадается

4) [-]Легко кровоточит

5) [-]Много участков кровоизлияний и некроза

---

**546. Атрофия эндометрия является нормальным состоянием у женщин:**

1) [-]Не является

- 2) [-]Только в молодом возрасте
  - 3) [+]Только в период менопаузы
  - 4) [-]В любом возрасте
  - 5) [-]В зависимости от дня цикла
- 

**547. Атрофия эндометрия характеризуется всем перечисленным, за исключением:**

- 1) [-]Слизистая тонкая, бледная
  - 2) [-]Иногда через эндометрий просвечивает варикозно-расширенные вены
  - 3) [-]Хорошо видны устья маточных труб
  - 4) [-]Устья маточных труб имеют округлую или щелевидную форму
  - 5) [+]Эндометрий имеет "вид мрамора"
- 

**548. Основным эндоскопическим признаком, характерным для полипов эндометрия, является:**

- 1) [-]Форма образования
  - 2) [-]Цвет образования
  - 3) [+]Изменчивость формы при изменении объема вводимой жидкости или газа в полость матки
  - 4) [-]Консистенция образования
  - 5) [-]Все перечисленное
- 

**549. Оптимальный срок выполнения гистероскопии при аденомиозе:**

- 1) [-]4-5-й день менструации
- 2) [-]Начиная с 9-го дня менструации
- 3) [-]Середина цикла
- 4) [-]Перед менструацией

5) [+]Менструация

---

**550. Гистероскопическая картина аденоматозных полипов включает все перечисленные признаки, за исключением:**

1) [-]Локализуется ближе к устью маточной трубы

2) [-]Небольших размеров

3) [-]Выглядят тусклыми, серыми и рыхлыми

4) [+]Больших размеров

5) [-]Меняют свою форму в зависимости от изменения объема вводимой жидкости

---

**551. Гистероскопическая картина фиброзных полипов эндометрия включает все перечисленные признаки, кроме:**

1) [-]Больших размеров

2) [-]Бледного цвета

3) [-]Расположения в дне матки ближе к устью маточной трубы

4) [-]Небольших размеров

5) [+]На поверхности образования сосуды не видны

---

**552. Для железисто-кистозных полипов эндометрия характерный цвет:**

1) [-]Бледно-розовый

2) [-]Бледно-желтый

3) [-]Серовато-розовый

4) [-]Темно-багровый

5) [+]Все перечисленное

---

**553. Гистероскопическая картина железисто-**

**кистозного полипа эндометрия включает все перечисленное, за исключением:**

- 1) [-]Больших размеров (до 6 см)
- 2) [-]Неправильной формы
- 3) [+]Полушаровидной формы
- 4) [-]Цвет полипа бледно-розовый, бледно-желтый, серовато-розовый, с четким сосудистым рисунком в виде капиллярной сети
- 5) [-]Поверхность полипа гладкая, иногда над поверхностью выступают кистозные образования с тонкой стенкой и прозрачным содержимым

---

**554. Возможны все перечисленные формы гистологического строения полипов полости матки, за исключением:**

- 1) [-]Фиброзных
- 2) [-]Железисто-кистозных
- 3) [-]Железисто-фиброзных
- 4) [-]Аденоматозных
- 5) [+]Папилломатозных

---

**555. Гистероскопическая картина гиперплазии эндометрия зависит от всех перечисленных факторов, за исключением:**

- 1) [-]Характера гиперплазии (обычная или полиповидная)
- 2) [-]Распространенности процесса (очаговая или диффузная)
- 3) [-]Наличия кровотечения
- 4) [-]Длительности кровотечения
- 5) [+]Сопутствующей патологии (сахарный диабет)

---

**556. Гистероскопическая картина маточной беременности на малых сроках характеризуется всем перечисленным, кроме:**

- 1) [-]Слизистая сочная, бледно-розового цвета
- 2) [-]На одном из участков видно утолщение ткани белесоватого цвета
- 3) [-]При изменении степени наполнения вводимой жидкости можно обнаружить колебания ворсин хореона
- 4) [-]При детальном осмотре выявляются оболочки плодного пузыря с сосудистым рисунком
- 5) [+]Видны "глазки" темно-багрового цвета на фоне выраженного рельефа стенки матки

---

**557. Эндоскопическая картина полости коленного сустава выявляет:**

- 1) [-]Внутренний мениск в виде белого, гладкого хряща в виде полоски, идущей от края к центру
- 2) [-]Свободный край мениска находится внизу, а паракапсулярный край вверху
- 3) [-]Мениск имеет вид бледно-красного треугольника
- 4) [+]Мениск в виде белесоватого овала
- 5) [-]В центре поля зрения мениск соединяется с внутренней мышцей бедра

---

**558. Причинами остеохондропатии надколенника (болезнь Левина) могут являться все перечисленные, исключая:**

- 1) [-]Повторные мелкие травмы в области надколенника
- 2) [-]Нарушение биомеханики четырехглавой мышцы бедра
- 3) [+]Искривление позвоночника

4) [-]Привычный вывих надколенника

5) [-]Подвывих надколенника

---

**559. Эндоскопическая картина при болезни Левина выявляет все перечисленное, кроме:**

1) [-]Нарушения целостности суставного хряща

2) [+]Гемартроза

3) [-]Шероховатой поверхности надколенника

4) [-]Эрозии хряща надколенника

5) [-]Язвы, поражающей весь хрящ

---

**560. Эндоскопическая картина паракапсулярного повреждения мениска включает все перечисленное, кроме:**

1) [-]Нарушения целостности прикрепления мениска в капсуле

2) [+]Синовиальной оболочки в виде валика

3) [-]Линия повреждения покрыта складкой синовиальной оболочки

4) [-]Оболочка имеет вид треугольника бледно-красного цвета

5) [-]Нижняя линия этого треугольника - линия прикрепления мениска

---

**561. Эндоскопическая картина хронического синовита включает все перечисленное, кроме:**

1) [-]Образования карманов за счет пролиферации синовиальной оболочки

2) [-]Складчатости синовиальной оболочки

3) [+]Отсутствия складчатости синовиальной оболочки

4) [-]Наличия перемычки на синовиальной оболочке

5) [-]Изменения цвета синовиальной оболочки



---

**562. Эндоскопическая картина ревматоидного артрита характеризуется всем перечисленным, исключая:**

- 1) [+]Синовиальная оболочка не изменена
- 2) [-]Синовиальная оболочка гиперемирована
- 3) [-]Синовиальная оболочка гипертрофически изменена
- 4) [-]Наличие жидкости в полости коленного сустава
- 5) [-]Фибрин в полости сустава

---

**563. Эндоскопическая картина ревматоидного артрита в хронической стадии характеризуется всем перечисленным, исключая:**

- 1) [-]Мелкие капиллярные кровоизлияния в синовиальных складках
- 2) [+]Изменение формы суставного хряща
- 3) [-]Наличие внутрисуставных фиброзных образований
- 4) [-]Наличие эрозий на суставном хряще
- 5) [-]Деструкции, достигающие до костной ткани

---

**564. Эндоскопическая картина деформирующего артроза коленного сустава включает все перечисленное, кроме:**

- 1) [-]Наличия на синовиальной оболочке участков склерозированной ткани (белой)
- 2) [-]Наличия внутри сустава жидкости с фибрином
- 3) [-]Изменения формы суставных хрящей
- 4) [+]Форма суставных хрящей не изменена
- 5) [-]Наличия язв на хрящевидной поверхности

---

**565. Клиника при рассекающем остеохондрозе**

**(болезнь Кенига) включает все перечисленное, исключая:**

- 1) [-]Молодой возраст (15-25 лет)
- 2) [+]Пожилой возраст
- 3) [-]Боль в коленном суставе после физической нагрузки
- 4) [-]Периодический отек коленного сустава
- 5) [-]Периодическую блокаду коленного сустава
- 6) [-]Периодическую неподвижность коленного сустава