

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 08.11.2025 17:20:08

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee587a2985d2657b784ee019b18a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Тихоокеанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт хирургии

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.В.ДВ.01.02 Эндоскопия органов грудной полости

(наименование учебной дисциплины)

Базовая

(Цикл дисциплины и его часть (базовая, вариативная, дисциплина по выбору))

Высшее образование подготовка кадров высшей квалификации по специальности

31.08.67 Хирургия

(наименование ОПОП ВО направления подготовки или специальности с указанием кода)

Владивосток  
2023

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Эндоскопия органов грудной полости».

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций, отражённых в карте компетенции.

### 1.1. Карта компетенций по дисциплине

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства
1.	ПК-14	Эндоскопия органов грудной полости	Тесты

### 1.2. Перечень оценочных средств

№ п/п	Название оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид комплектации оценочным средством в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

## 2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

### 2.1. Показатели для оценки ответа в привязке к компетенциям и шкале оценивания

№ п/п	Показатели оценивания	Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей	Шкала оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
1	Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-14	Неудовлетворительно / не сформирован

№ п/п	Показатели оценивания	Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей	Шкала оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
2	Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в	ПК-14	<b>Удовлетворительно / пороговый</b>
3	Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-14	<b>хорошо /продвинутый</b>
4	Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой	ПК-14	<b>отлично/высокий</b>

### 3.Карта компетенций

Профессиональный стандарт «Врач-хирург» от 14 марта 2018 г. N 137н

Карта компетенций			
	I. Наименование компетенции	Индекс	Формулировка
К	Профессиональная	ПК-14	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи
Ф	II. Наименование функции	Код	<b>Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции</b>
Ф	Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия"	A/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
		A/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
		A/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		A/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями
		A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
		A/06.8	Проведение анализа медико статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
		A/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф	Оказание специализированной медицинской помощи	B/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления

помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "хирургия"		диагноза
	V/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
	V/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	V/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями
	V/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	V/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	V/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

<b>II. Компонентный состав компетенции</b>		
<b>Перечень компонентов</b>	<b>Технология формирования</b>	<b>Средства и технологии оценки</b>
<p><b>Знает:</b>  Общие вопросы организации медицинской помощи населению;  Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний;  Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;  Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;  Закономерности функционирования</p>	<p>Контактная работа  Электронные образовательные ресурсы  Имитационные технологии  Технологии «открытого доступа»  Самостоятельная работа</p>	<p>Тестирование</p>

<p>здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах;</p> <p>Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>Методика осмотров и обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>Топографическая анатомия основных областей тела (головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, верхних и нижних конечностей);</p> <p>Патофизиология травмы, кровопотери, раневого процесса, свертывающей системы крови;</p> <p>Методы обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>Этиология и патогенез хирургических заболеваний и (или) состояний;</p> <p>Вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии;</p> <p>Методы диагностики хирургических заболеваний и (или) состояний;</p> <p>Клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>Медицинские показания к использованию современных методов лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>Хирургические заболевания пациентов, требующие направления к врачам-специалистам;</p> <p>Клиническая картина состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;</p> <p>Клиническая симптоматика пограничных состояний в хирургии;</p> <p>Вопросы асептики и антисептики;</p> <p>МКБ.</p>		
<p><b>Умеет:</b> Оценка тяжести состояния пациента с хирургическими заболеваниями и (или)</p>	<p>Контактная работа Электронные образовательные</p>	<p>Тестирование</p>

<p>состояниями;  Разработка плана лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;  Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;  Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;  Выполнение рекомендаций врачей-специалистов по применению лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;  Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;  Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;  Наблюдение, контроль состояния пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;  Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов</p>	<p>ресурсы  Имитационные технологии  Технологии «открытого доступа»  Самостоятельная работа</p>	
---	---	--

<p>с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств;</p> <p>Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях.</p>		
<p><b>Владеет:</b></p> <p>Разрабатывать план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Определять медицинские показания для направления пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Обосновывать план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом</p>	<p>Контактная работа</p> <p>Электронные образовательные ресурсы</p> <p>Имитационные технологии</p> <p>Технологии «открытого доступа»</p> <p>Самостоятельная работа</p>	<p>Промежуточная аттестация</p>



<p>стандартов медицинской помощи; Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Назначать немедикаментозное лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, лечебных манипуляций; Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях; Осуществлять направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в первичный онкологический кабинет (отделение) для оказания ему первичной медико-санитарной помощи по профилю "онкология" в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю "онкология" в случае подозрения или выявления онкологического заболевания при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"; Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями,</p>		
--	--	--

<p>проводить профилактику или лечение послеоперационных осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств;</p> <p>Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния пациента с хирургическим заболеванием и (или) состоянием, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения хирургического заболевания;</p> <p>Оказывать медицинскую помощь пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>		
---	--	--

<b>III. Дескрипторы уровней освоения компетенции</b>	
<b>Ступени уровней освоения компетенции</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Пороговый	Воспроизводит термины, основные понятия
Продвинутый	Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями
Высокий	Предлагает расширенный объем информации

### 3.1 Тестовые задания

Тестовый контроль по Эндоскопии органов грудной полости

	<b>Код</b>	<b>Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи</b>
С	31.08.67	Хирургия
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной

		статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
К	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	А/01.8	<b>Трудовая функция:</b> Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза <b>Трудовые действия:</b> направление пациентов с хирургическими заболеваниями на лабораторные и инструментальные обследования в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.
Ф	В/02.8	<b>Трудовая функция:</b> Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности <b>Трудовые действия:</b> назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий пациентам с заболеваниями хирургического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; оценка эффективности и безопасности лекарственных препаратов, назначенных пациентам с заболеваниями хирургического профиля
И		<b>ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИИ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)</b>
		1. 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 Ответ: 4
		2. 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 Ответ: 4
		3. 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

		<p>Ответ: 3</p>
		<p>4. Висцеральная плевра, напоминающая "шагреновую кожу", с прикорневой инфильтрацией и мелкими диффузными узелками характерна:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для экстраторакальных метастазов</li> <li>2. Для туберкулезного плеврита</li> <li>3. Для метастазов рака легкого</li> <li>4. Для саркоидоза плевры</li> <li>5. Для синдрома Мейгса</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>5. Медиастиноскопия является наиболее информативным методом при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лимфогранулематоза</li> <li>2. Диссеминированного туберкулеза</li> <li>3. Неспецифической аденомы</li> <li>4. Болезни Бенье - Бека - Шауманна</li> <li>5. Болезни Ходжкина</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>6. Наиболее информативным методом обследования при изолированном поражении Ходжкина является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рентгенологический</li> <li>2. Медиастиноскопия с биопсией</li> <li>3. Торакоскопия</li> <li>4. Фибробронхоскопия</li> <li>5. Плевроскопия</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>7. Характерной эндоскопической картиной лимфогранулематоза является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клетчатка средостения - диффузный склероз, диаметр лимфоузлов 0.3-5 см, цвет "сырого мяса", мягкие</li> <li>2. Перигландулярный склероз клетчатки средостения, диаметр лимфоузлов 3-5 мм, цвет белесоватый, мягкая консистенция</li> <li>3. Клетчатка средостения не изменена, диаметр лимфоузлов от 1 до 4 см, цвет фиолетовый, мягкой консистенции</li> <li>4. Диффузный склероз клетчатки средостения, диаметр лимфоузлов от 1 до 3 см, цвет черный, плотной консистенции</li> <li>5. Клетчатка средостения не изменена, диаметр лимфоузлов от 1 до 3 см, цвет серый, консистенция очень плотная</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>8. Следующая эндоскопическая картина - клетчатка средостения не изменена, лимфоузлы величиной от 1 до 3 см, белесовато-серого цвета, плотные - характерна:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для силикоза</li> <li>2. Для лимфогранулематоза</li> <li>3. Для метастазов рака</li> <li>4. Для туберкулеза</li> <li>5. Для неспецифической аденопатии</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>9. Наиболее редко подвергаются поражению при саркоидозе лимфатические узлы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Правые паратрахеальные</li> <li>2. Бифуркационные</li> <li>3. Лимфатические узлы по ходу правого главного бронха</li> <li>4. Околопищеводные</li> </ol>

		<p>5. Лимфатические узлы по ходу левого главного бронха        Ответ: 4</p>
		<p>10.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        Ответ: 3</p>
		<p>11.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        Ответ: 5</p>
		<p>12.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 медиастинальной плеврой мощные, плотные        Ответ: 2</p>
		<p>13."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        Ответ: 4</p>
		<p>14.Буллезная эмфизема чаще поражает:        1. Сегмент VI        2. Сегменты IV, V        3. Сегменты I, II, III        4. Сегменты IX, X, VIII        5. Сегмент VII        Ответ: 3</p>
		<p>15.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 пластинами фибрина, гнойным налетом        4. Пятнисто гиперемирована, утолщена        5. Прозрачна, имеются одиночные буллы        Ответ: 1</p>

		<p>16.Сращения и их вид при спонтанном пневмотораксе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не характерны, отсутствуют</li> <li>2. Струнообразные или шнуровидные</li> <li>3. Плотные, рубцовые, особенно в ребернодиафрагмальном углу</li> <li>4. В виде рыхлых нитей фибрина</li> <li>5. Интимные спаяния с медиастинальной или диафрагмальной плеврой</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>17.При спонтанном пневмотораксе экссудат:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствует всегда</li> <li>2. Встречается редко, прозрачный, соломенно-желтый, реже с геморрагической окраской</li> <li>3. Встречается часто, обильный, серозно-геморрагический</li> <li>4. Мутный, кровянистый</li> <li>5. Мутный, с запахом и хлопьями фибрина</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>18.Наличие булл в легком характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для туберкулезного плеврита</li> <li>2. Для хронической пневмонии</li> <li>3. Для спонтанного пневмоторакса</li> <li>4. Для метастазов экстраторакальных раков</li> <li>5. Для пиопневмоторакса</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>19.Остеохондропластическую трахеобронхопатию следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трахеобронхиального амилоидоза</li> <li>2. Папилломатоза</li> <li>3. Трахеобронхита III степени интенсивности воспаления</li> <li>4. Рака трахеи и бронхов</li> <li>5. Саркоидоза</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>20.Для актиномикоза характерен секрет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слизистый вязкий</li> <li>2. Слизисто-гнойный</li> <li>3. Густой, гнойный, без запаха</li> <li>4. Густой, гнойный, с запахом</li> <li>5. Отсутствие секрета</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>21.Для верификации диагноза актиномикоза необходима:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Браш-биопсия</li> <li>2. Щипцевая биопсия</li> <li>3. Бронхиальный смыв на атипические клетки</li> <li>4. Бронхиальный смыв для посева на питательные среды</li> <li>5. Трансbronхиальная биопсия легких</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>22.Для муковисцидоза характерно распространение по бронхиальному дереву:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузное одностороннее</li> <li>2. Диффузное двустороннее</li> <li>3. Частично-диффузное</li> <li>4. Строго ограниченное, одностороннее</li> <li>5. Строго ограниченное, двустороннее</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>23.Эндоскопическая картина муковисцидоза характеризуется</p>

		<p>всем перечисленным, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Яркой гиперемии слизистой</li> <li>2. Выраженного отека слизистой</li> <li>3. Сужения устьев сегментарных бронхов</li> <li>4. Густого слизисто-гнойного секрета</li> <li>5. Выраженного сосудистого рисунка</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>24. Для муковисцидоза характерен секрет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слизистый вязкий</li> <li>2. Слизисто-гнойный, жидкий</li> <li>3. Слизисто-гнойный, густой, натянутый в виде струн</li> <li>4. Гнойный, густой, с запахом</li> <li>5. Отсутствие секрета</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>25. Наиболее эффективным лечением муковисцидоза является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Иммунотерапия</li> <li>2. Лучевая терапия</li> <li>3. Хирургическое лечение</li> <li>4. Санационные бронхоскопии</li> <li>5. Переливание крови</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>26. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Восходящим двусторонним диффузным бронхитом</li> <li>2. Восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом</li> <li>3. Нисходящим двусторонним диффузным бронхитом, трахеитом</li> <li>4. Строго ограниченным двусторонним бронхитом</li> <li>5. Строго ограниченным односторонним бронхитом</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>27. При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипертрофический бронхит</li> <li>2. Атрофический бронхит</li> <li>3. I степень интенсивности воспаления</li> <li>4. II степень интенсивности воспаления</li> <li>5. III степень интенсивности воспаления</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>28. Участки пылевой пигментации определяются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В устьях долевых бронхов</li> <li>2. На стенках главных бронхов</li> <li>3. На всех уровнях бронхиального дерева</li> <li>4. В устьях сегментарных бронхов</li> <li>5. На стенках долевых бронхов</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>29. При туберкулезе бронхов эндоскопические изменения включают все перечисленное, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфильтративного поражения слизистой оболочки бронхов</li> <li>2. Инфильтративно-язвенного поражения слизистой оболочки бронхов</li> <li>3. Бронхо-фистулезного процесса</li> <li>4. Рубцового стеноза</li> <li>5. Опухолеподобного поражения</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>30. Наиболее частой формой туберкулеза бронхов является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфильтративный</li> <li>2. Инфильтративно-язвенный</li> </ol>

		<p>3. Бронхо-фистулезный</p> <p>4. Рубцовый стеноз бронха</p> <p>Ответ: 1</p>
		<p>31. Инфильтративный туберкулез бронха характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфильтрата круглой или овальной формы</li> <li>2. Гладкой поверхности</li> <li>3. Шероховатой поверхности</li> <li>4. Плотной консистенции</li> <li>5. Рыхлой консистенции</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>32. Излюбленная локализация инфильтратов при туберкулезе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трахея</li> <li>2. Стенки главных бронхов</li> <li>3. Устья главных и долевых бронхов</li> <li>4. Устья субсегментарных бронхов</li> <li>5. Излюбленной локализации нет</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>33. Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Края язвы неровные, подрывные</li> <li>2. Дно язвы гладкое</li> <li>3. Слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, тусклая</li> <li>4. Слизистая оболочка вокруг язвы мелкозернистая, блестящая</li> <li>5. Язвы множественные</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>34. Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов дифференцируем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С бронхоэктатической болезнью</li> <li>2. Со строго ограниченным бронхитом III степени интенсивности воспаления</li> <li>3. С деформирующим бронхитом со стенозом бронхов</li> <li>4. С перибронхиальной формой центрального рака легкого</li> <li>5. С эндобронхиальной формой центрального рака легкого</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>35. Исходом инфильтративно-язвенного туберкулеза бронхов является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бронхоэктатическая болезнь</li> <li>2. Рубцовый стеноз бронха</li> <li>3. Рак бронха</li> <li>4. Поликистоз легких</li> <li>5. Бронхо-плевральный свищ</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>36. Бронхо-фистулезный туберкулез характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Двумя стадиями</li> <li>2. Тремя стадиями</li> <li>3. Четырьмя стадиями</li> <li>4. Пятью стадиями</li> <li>5. Шестью стадиями</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>37. Рубцовые стенозы бронха характеризуются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Белесоватыми, тусклыми рубцами, лишенными сосудов</li> <li>2. Блестящими рубцами без сосудов</li> <li>3. Блестящими рубцами с выраженным сосудистым рисунком</li> </ol>



		<p>4. Белесоватыми тусклыми рубцами с выраженными сосудами</p> <p>5. Ничем из перечисленного</p> <p>Ответ: 1</p>
		<p>38.Болезнь Бенъе - Бека - Шаумана - это:</p> <p>1. Муковисцидоз</p> <p>2. Саркоидоз</p> <p>3. Пневмокониоз</p> <p>4. Микоз</p> <p>5. Мезотелиома</p> <p>Ответ: 2</p>
		<p>39.Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является:</p> <p>1. Расширение сосудов слизистой оболочки и набухание медиальных стенок главных бронхов</p> <p>2. Утолщение складок слизистой бронхов</p> <p>3. Смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки</p> <p>4. Острая картина</p> <p>5. Смазанность рисунка бронхиальных колец</p> <p>Ответ: 1</p>
		<p>40.Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является:</p> <p>1. Щипцевая биопсия</p> <p>2. Браш-биопсия</p> <p>3. Трансбронхиальная биопсия</p> <p>4. Транстрахеальная биопсия</p> <p>5. Исследование бронхиального секрета</p> <p>Ответ: 4</p>
		<p>41.Синдром Зиверта - Картагенера - это:</p> <p>1. Бронхоэктазы и пансинусит</p> <p>2. Пансинусит и полное обратное расположение внутренних органов</p> <p>3. Бронхоэктазы, пансинусит и обратное расположение внутренних органов</p> <p>4. Бронхоэктазы, поликистоз и обратное расположение внутренних органов</p> <p>5. Поликистоз, пансинусит и обратное расположение внутренних органов</p> <p>Ответ: 3</p>
		<p>42.Патологической сущностью саркоидоза является:</p> <p>1. Гранулема, подвергающаяся казеозному распаду</p> <p>2. Гранулема, не подвергающаяся казеозному распаду</p> <p>3. Фиброз легких</p> <p>4. Опухоль</p> <p>5. Ничего из перечисленного</p> <p>Ответ: 2</p>
		<p>43.Остеохондропластическая трахеобронхопатия - это:</p> <p>1. Микоз</p> <p>2. Пневмокониоз</p> <p>3. Опухоль</p> <p>4. Обызвествление и окостенение слизистой трахеи и бронхов</p> <p>5. Синдром Зиверта - Картагенера</p> <p>Ответ: 4</p>
		<p>44.Классификацию хронического бронхита в зависимости от распространенности процесса создал:</p>

		<p>1. Лемуан  2. Брюннингс  3. В.И.Стручков  4. Лаэнк  5. Г.И.Лукомский  <b>Ответ: 1</b></p>
		<p>45.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  <b>Ответ: 1</b></p>
		<p>46.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  <b>Ответ: 3</b></p>
		<p>47.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  <b>Ответ: 5</b></p>
		<p>48.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  <b>Ответ: 2</b></p>
		<p>49.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  <b>Ответ: 2</b></p>
		<p>50.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  <b>Ответ: 1</b></p>
		<p>51.Для диффузного бронхита характерно:  1. Легочное кровотечение</p>

		<p>2. Распространение на все видимые бронхи  3. Верхнедолевые бронхи интактны  4. Нижнедолевые бронхи интактны  5. Воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева  Ответ: 2</p>
		<p>52. Для частично диффузного бронхита характерно:  1. Легочное кровотечение  2. Распространение на все видимые бронхи  3. Верхнедолевые бронхи интактны  4. Нижнедолевые бронхи интактны  5. Поражены только верхнедолевые бронхи  Ответ: 3</p>
		<p>53. 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  Ответ: 2</p>
		<p>54. 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  Ответ: 1</p>
		<p>55. 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  Ответ: 2</p>
		<p>56. 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  Ответ: 3</p>
		<p>57. Для диагностики бронхоэктазов эффективна:  1. Рентгеноскопия органов грудной клетки  2. Рентгенография органов грудной клетки  3. Томография  4. Бронхография  5. Бронхоскопия</p>

		<p>Ответ: 4</p>
		<p>58. При бронхоскопии определяются следующие изменения, характерные для бронхоэктазов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мешотчатые или цилиндрические бронхоэктазы</li> <li>2. Признак Суля</li> <li>3. Деформация главных бронхов</li> <li>4. Деформация долевых бронхов</li> <li>5. Изменений нет</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>59. Признак Суля - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Деформация устья бронхов</li> <li>2. Секрет в устье бронха смещается воздухом</li> <li>3. Опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненного гноем устья</li> <li>4. Секрет в устье бронха, не смещаемый воздухом</li> <li>5. Секрет отсутствует</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>60. Признак Суля указывает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На ателектаз</li> <li>2. На дистальное расширение бронха</li> <li>3. На дистальное сужение бронха</li> <li>4. На стеноз бронха</li> <li>5. На рак бронха</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>61. Признак Суля встречается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При раке легкого</li> <li>2. При кисте легкого</li> <li>3. При бронхоэктатической болезни</li> <li>4. При доброкачественной опухоли бронха</li> <li>5. При туберкулезе</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>62. Наиболее частая локализация бронхоэктазов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нижняя доля слева</li> <li>2. Верхняя доля слева</li> <li>3. Язычковая доля</li> <li>4. Средняя доля</li> <li>5. Верхняя доля справа</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>63. При эндоскопическом исследовании в случае бронхоэктазов в стадии ремиссии выявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Частично диффузный бронхит II степени воспаления</li> <li>2. Выраженный трахеобронхит</li> <li>3. Частично диффузный бронхит I степени воспаления</li> <li>4. Диффузный бронхит II степени воспаления</li> <li>5. Диффузный бронхит III степени воспаления</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>64. Бронхоскопическая картина при недренирующемся абсцессе характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления</li> <li>2. Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления</li> <li>3. Строго ограниченным бронхитом I степени воспаления</li> <li>4. Строго ограниченным бронхитом II степени воспаления</li> <li>5. Изменений нет</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>

		<p>65.Бронхоскопическая картина при остром дренирующемся абсцессе характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления</li> <li>2. Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления</li> <li>3. Диффузным односторонним бронхитом III степени воспаления</li> <li>4. Зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха</li> <li>5. Устье дренирующего бронха хорошо дифференцируется</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>66.Бронхоскопическая картина при хроническом дренирующемся абсцессе характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузным двусторонним бронхитом I степени воспаления</li> <li>2. Диффузным двусторонним бронхитом II степени воспаления</li> <li>3. Диффузным двусторонним бронхитом III степени воспаления</li> <li>4. Зоной "пламенной гиперемии" в области устья дренирующего бронха</li> <li>5. Строго ограниченным бронхитом II-III степени воспаления</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>67.Наиболее частая локализация абсцесса легкого:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхняя доля справа</li> <li>2. Верхняя доля слева</li> <li>3. Средняя доля</li> <li>4. Нижняя доля справа</li> <li>5. Нижняя доля слева</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>68.Излюбленная локализация кист легких:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхняя доля справа</li> <li>2. Верхняя доля слева</li> <li>3. Нижняя доля справа</li> <li>4. Нижняя доля слева</li> <li>5. Все доли поражаются одинаково</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>69.Полипы воспалительной этиологии наиболее часто встречаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При раке легкого</li> <li>2. При туберкулезе</li> <li>3. При доброкачественной опухоли бронха</li> <li>4. При кисте легкого</li> <li>5. При бронхоэктазах</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>70.Излюбленная локализация полипов в трахеобронхиальном дереве:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Карина</li> <li>2. Междолевая шпора</li> <li>3. Межсегментарная шпора</li> <li>4. Устье бронха</li> <li>5. Стенка бронха</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>71.Эндоскопическая картина полипа бронха выявляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гладкую поверхность</li> <li>2. Бугристую поверхность</li> <li>3. Узкую ножку</li> <li>4. Мягкую консистенцию</li> <li>5. Дольчатое строение</li> </ol>

		<p>Ответ: 1</p>
		<p>72. Излюбленной локализацией грануляций в трахеобронхиальном дереве является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Карина</li> <li>2. Стенка бронха</li> <li>3. Междолевая шпора</li> <li>4. Устье бронха</li> <li>5. Межсегментарная шпора</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>73. Эндоскопическая картина грануляций характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Серым цветом</li> <li>2. Плотной консистенцией</li> <li>3. Гладкой поверхностью</li> <li>4. Бугристой поверхностью</li> <li>5. Дольчатым строением</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>74. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бугристая опухоль</li> <li>2. Тонкая ножка</li> <li>3. Инфильтрация слизистой вокруг опухоли</li> <li>4. Мягкая консистенция опухоли</li> <li>5. Выраженная контактная кровоточивость</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>75. Отличительная особенность хондромы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Плотная консистенция</li> <li>2. Мягкая консистенция</li> <li>3. Выраженная контактная кровоточивость</li> <li>4. Бугристая опухоль</li> <li>5. Каменистая плотность</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>76. Эндоскопическая картина при острой эмпиеме плевры характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления</li> <li>2. Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления</li> <li>3. Частично диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления</li> <li>4. Частично диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления</li> <li>5. Строго ограниченным односторонним бронхитом II степени воспаления</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>77. Эндоскопическая картина при хронической эмпиеме плевры характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузным односторонним бронхитом I степени воспаления</li> <li>2. Диффузным односторонним бронхитом II степени воспаления</li> <li>3. Диффузным односторонним бронхитом III степени воспаления</li> <li>4. Частично диффузным бронхитом I степени воспаления</li> <li>5. Частично диффузным бронхитом II степени воспаления</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>78. Эндоскопическая картина при наличии бронхо-плеврального свища характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузным бронхитом на стороне поражения и частично диффузным на противоположной стороне</li> </ol>

		<p>2. Частично диффузным двусторонним бронхитом</p> <p>3. Частично диффузным бронхитом на стороне поражения и строго ограниченным на противоположной стороне</p> <p>4. Диффузным односторонним бронхитом</p> <p>5. Строго ограниченным двусторонним бронхитом</p> <p>Ответ: 1</p>
		<p>79.Наличие опухоли деревянистой плотности на грудной клетке характерно:</p> <p>1. Для силикоза</p> <p>2. Для муковисцидоза</p> <p>3. Для рака легкого</p> <p>4. Для туберкулеза</p> <p>5. Для актиномикоза</p> <p>Ответ: 5</p>
		<p>80.Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву:</p> <p>1. Диффузный двусторонний процесс</p> <p>2. Диффузный односторонний процесс</p> <p>3. Частично диффузный процесс</p> <p>4. Строго ограниченный односторонний процесс</p> <p>5. Строго ограниченный двусторонний процесс</p> <p>Ответ: 4</p>
		<p>81.При актиномикозе наиболее часто поражаются:</p> <p>1. Верхняя доля справа</p> <p>2. Средняя доля</p> <p>3. Язычковые сегменты</p> <p>4. Базальные сегменты</p> <p>5. Верхняя доля слева</p> <p>Ответ: 5</p>
		<p>82.Эндоскопическими критериями эзофагита являются все перечисленные, исключая:</p> <p>1. Гиперемию слизистой оболочки пищевода</p> <p>2. Эрозии и язвы</p> <p>3. Лейкоплакии</p> <p>4. Полипы</p> <p>5. Утолщение складок слизистой оболочки пищевода</p> <p>Ответ: 4</p>
		<p>83.К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относится:</p> <p>1. Розовая слизистая</p> <p>2. Гиперемия слизистой в виде продольных полос</p> <p>3. Багрово-синюшная слизистая</p> <p>4. Сосудистый рисунок не виден</p> <p>5. Эрозии слизистой</p> <p>Ответ: 2</p>
		<p>84. К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относится:</p> <p>1. Гиперемия слизистой незначительная</p> <p>2. Ярко гиперемированная слизистая</p> <p>3. Розовая слизистая</p> <p>4. Незначительная контактная кровоточивость</p> <p>5. Эластичность слизистой сохранена</p> <p>Ответ: 2</p>
		<p>85.К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени</p>

		<p>относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гиперемия слизистой незначительная</li> <li>2. Эластичность слизистой оболочки сохранена</li> <li>3. Сосудистый рисунок прослеживается</li> <li>4. Незначительная контактная кровоточивость</li> <li>5. Одиночные или множественные язвы</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>86.К эндоскопическим критериям эзофагита легкой степени относятся все перечисленные, исключая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гиперемию слизистой в виде продольных полос</li> <li>2. Снижение эластичности слизистой оболочки</li> <li>3. Отек слизистой оболочки</li> <li>4. Наличие вязкой слизи</li> <li>5. Изменение сосудистого рисунка</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>87.К эндоскопическим критериям эзофагита средней степени относятся все перечисленные, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диффузной гиперемии слизистой оболочки</li> <li>2. Утолщения складок слизистой оболочки</li> <li>3. Контактной кровоточивости слизистой оболочки</li> <li>4. Наличия эрозий</li> <li>5. Сохранения эластичности слизистой</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>88.К эндоскопическим критериям эзофагита тяжелой степени относятся все перечисленные, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Яркой гиперемии слизистой оболочки</li> <li>2. Снижения эластичности слизистой оболочки</li> <li>3. Изменения сосудистого рисунка</li> <li>4. Сохранения эластичности слизистой</li> <li>5. Одиночных или множественных язв</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>89.причинами острого эзофагита могут быть все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфекционных заболеваний</li> <li>2. Травмы</li> <li>3. Ожогов</li> <li>4. Отравления</li> <li>5. Рефлюкса желудочного содержимого</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>90.Причинами хронического эзофагита могут быть все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Постоянного рефлюкса желудочного содержимого</li> <li>2. Ахализии кардии</li> <li>3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы</li> <li>4. Пищевых раздражителей</li> <li>5. Халазии кардии</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>91.Эндоскопическая картина пептической язвы пищевода характеризуется всеми перечисленными признаками,исключая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Локализацию в зоне кардиоэзофагального перехода</li> <li>2. Неглубокую язву без воспалительного вала вокруг</li> <li>3. Глубокую язву с высоким воспалительным валом вокруг</li> <li>4. Размеры язвы не превышают 1 см</li> <li>5. Плотные края язвы при инструментальной пальпации</li> </ol>



		<p>Ответ: 3</p>
		<p>92.Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии гипертрофированных складок пищевода включают все перечисленные признаки, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Калибр складок на всем протяжении одинаков</li> <li>2. При раздувании пищевода воздухом складки расправляются</li> <li>3. При раздувании пищевода воздухом складки не расправляются</li> <li>4. В фазе максимального вдоха складки сглаживаются</li> <li>5. У кардии складки обрываются, зубчатая линия сохранена</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>93.Эндоскопические дифференциально-диагностические критерии варикозно расширенных вен пищевода включают все перечисленные признаки, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличения диаметра вены по направлению к кардии</li> <li>2. При раздувании воздуха вены не спадаются</li> <li>3. При раздувании воздуха вены спадаются</li> <li>4. В фазе максимального вдоха отчетливо видны</li> <li>5. При инструментальной пальпации ощущается сопротивление</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>94.Эндоскопические признаки варикозного расширения вен пищевода включают все перечисленные, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Продольно расположенные тяжи голубого цвета</li> <li>2. Узловой формы, диаметр по направлению к кардии увеличивается</li> <li>3. При раздувании воздухом не спадаются</li> <li>4. При инструментальной пальпации ощущается сопротивление</li> <li>5. Зубчатая линия сохранена</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>95.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 1 стадии включает все перечисленные признаки, исключая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Равномерно расширенные вены диаметром до 2 мм</li> <li>2. Располагаются в верхней трети пищевода</li> <li>3. Слизистая оболочка пищевода не изменена</li> <li>4. Перистальтика в пищеводе сохранена</li> <li>5. Кардия смыкается</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>96.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 2 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Расширенных вен диаметром до 3-4 мм</li> <li>2. Располагаются в средней и нижней трети пищевода</li> <li>3. Слизистая оболочка пищевода не изменена</li> <li>4. Перистальтика в пищеводе сохранена</li> <li>5. Кардия смыкается либо зияет</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>97.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 3 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Извитые вены до 1.5 см</li> <li>2. Располагаются в нижней трети пищевода</li> <li>3. Слизистая оболочка пищевода истончена, гиперемирована, местами с изъязвлениями</li> <li>4. Просвет пищевода сужен наполовину</li> </ol>

		<p>5. Перистальтика вялая, кардия зияет</p> <p>Ответ: 1</p>
		<p>98.Эндоскопическая картина варикозного расширения вен пищевода 4 стадии включает все перечисленные признаки, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Значительно выступающего в просвет конгломерата извитых сосудов</li> <li>2. Поражается весь пищевод и кардиальный отдел желудка</li> <li>3. На слизистой оболочке в нижней трети пищевода - множественные эрозии в виде цепочки</li> <li>4. Просвет сужен наполовину</li> <li>5. Просвет сужен на 2/3</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>99.Варикозные расширение вен следует дифференцировать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С эзофагитом</li> <li>2. С кардиоспазмом</li> <li>3. С гипертрофированными складками слизистой оболочки</li> <li>4. С синдромом Мэллори - Вейса</li> <li>5. С подслизистой опухолью пищевода</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>100.Минимальный диаметр сужения, достаточный для прохождения пищи, составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15 мм</li> <li>2. 10 мм</li> <li>3. 8 мм</li> <li>4. 5 мм</li> <li>5. 2 мм</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>101.Клинические проявления рубцовых сужений пищевода включают все перечисленное, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болей за грудиной</li> <li>2. Анорексии</li> <li>3. Дисфагии</li> <li>4. Френикус - симптома</li> <li>5. Потери массы тела</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>102.Показаниями к оперативному лечению при рубцовых сужениях пищевода служат все перечисленные, исключая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рак в области стриктуры</li> <li>2. Полная непроходимость пищевода</li> <li>3. Свищи</li> <li>4. Эзофагит</li> <li>5. Отсутствие эффекта от бужирования</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>103.Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 1 степени включает все перечисленные признаки, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Некротического струпа</li> <li>2. Отека слизистой</li> <li>3. Гиперемии слизистой</li> <li>4. Поверхностных эрозий</li> <li>5. Наложения фибрина</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>104.Эндоскопическая картина химического ожога пищевода 2 степени включает все перечисленные признаки, за исключением:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Некротического струпа</li> <li>2. Кольцевидного стеноза пищевода</li> <li>3. Изъязвления слизистой оболочки пищевода</li> <li>4. Контактной кровоточивости</li> <li>5. Грануляции</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>105. Поздние осложнения ожогов пищевода включают все перечисленное, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рубцовой стриктуры</li> <li>2. Перфорации пищевода</li> <li>3. Озлокачествления рубца</li> <li>4. Тракционной хиатальной грыжи</li> <li>5. Свищей</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>106. Видами рубцовых сужений пищевода по протяженности являются все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Субтотальных</li> <li>2. Коротких</li> <li>3. Трубоччатых</li> <li>4. Тотальных</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>107. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гладкие, блестящие рубцы</li> <li>2. Неровные, тусклые рубцы</li> <li>3. Слизистая оболочка вокруг рубцов не изменена</li> <li>4. Плотность при инструментальной пальпации</li> <li>5. Расширение просвета пищевода</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>108. Эндоскопическая картина доброкачественной подслизистой опухоли пищевода включает все перечисленное, исключая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Правильную округлую форму</li> <li>2. Гладкую поверхность</li> <li>3. Бугристую поверхность</li> <li>4. Слизистая оболочка над опухолью не изменена</li> <li>5. Плотную-эластическую консистенцию</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>109. Четвертым анатомическим ориентиром при жесткой бронхоскопии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. язычок</li> <li>2. надгортанник</li> <li>3. бифуркация трахеи (карина)</li> <li>4. корень языка</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>110. По этиологическому признаку выделяют _____ пневмокониозов 1.4 вида</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 5 видов</li> <li>3. 6 видов</li> <li>4. 3 вида</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>111. Согласно классификации язвенного колита в зависимости от эндоскопической активности (k.w. schroeder, 1987 г.) норма или неактивное заболевание соответствует степени</p> <p>1.3</p>

		<p>2.0 3.2 4.1 Ответ: 2</p>
		<p>112. На современном этапе развития торакальной хирургии возможности видеоторакоскопии позволяют отнести ее к</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. диагностическим вмешательствам с ограниченными показаниями к применению исключительно при патологии плевры</li> <li>2. лечебно-диагностическим вмешательствам с широкими показаниями к применению при патологии органов грудной клетки</li> <li>3. лечебным вмешательствам с широкими показаниями к применению только при патологии легких</li> <li>4. диагностическим вмешательствам, имеющим ограниченное применение при патологии легких и плевры</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>113. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода считают _____ после ожога</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. первые 3-5 часов</li> <li>2. первые сутки</li> <li>3. первые трое суток</li> <li>4. 7-10 суток</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>114. При удалении инородных тел не используют</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эндоскопические ножницы</li> <li>2. различные петли</li> <li>3. захватывающие устройства типа «крокодил», «крысиные зубы»</li> <li>4. щипцы с зазубренными чашечками</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>115. Постожеговые стриктуры наиболее часто локализируются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. местах физиологических сужений</li> <li>2. верхней трети пищевода</li> <li>3. средней трети пищевода</li> <li>4. нижней трети пищевода</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>116. Эндоскопическая картина при хронической эмпиеме плевры характеризуется ___ степени воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. частично диффузным бронхитом I</li> <li>2. диффузным односторонним бронхитом III</li> <li>3. частично диффузным бронхитом II</li> <li>4. диффузным односторонним бронхитом I</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>117. Признаком суля указывает на</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рак бронха</li> <li>2. дистальное расширение бронха</li> <li>3. стеноз бронха</li> <li>4. дистальное сужение бронха</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>118. Показанием к стентированию пищевода саморасправляющимися металлическими стентами не являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. доброкачественные стриктуры пищевода</li> <li>2. пищеводно-бронхиальные свищи злокачественной этиологии</li> </ol>

		<p>3.неоперабельные обтурирующие опухоли пищевода 4.неоперабельные опухоли области кардии Ответ: 1</p>
		<p>119.При бронхите III степени воспаления следует проводить курсы санационных бронхоскопий: 1. Через 1 месяц 2. Через 2-3 месяца 3. Через 3-4 месяца Ответ: 2</p>
		<p>120.Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести: 1. 5 мл 2. 7-10 мл 3. 10-15 мл 4. 20 мл Ответ: 4</p>
		<p>121.На 1 санацию расходуется максимально: 1. 20 мл 2. 30-50 мл 3. 70-100 мл 4. 150 мл Ответ: 4</p>
		<p>122. Антибиотики группы тетрациклинов не следует применять при бронхоскопии, т.к. они вызывают: 1. Бронхоспазм 2. Кровотечение 3. Мпетаплазию Ответ: 1</p>
		<p>123.При хроническом абсцессе легкого следует провести на курс: 1. 1-3 санации 2. 3-6 санаций 3. 7 -8 санаций 4. 9-12 санаций Ответ: 3</p>
		<p>124.При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться: 1. К полному склерозированию 2. К образованию сухой полости 3. К образованию гранулирующей полости Ответ: 2</p>
		<p>125.Показанием к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп является: 1. Опухоль без ножки до 1 см в диаметре 2. Опухоль без ножки до 2 см в диаметре 3. Опухоль на ножке до 1 см в диаметре 4. Опухоль на ножке до 2 см в диаметре Ответ: 4</p>
		<p>126.Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением: 1. Опухоли на толстой ножке 2. Опухоли без ножки 3. Опухоли с тонким основанием 4. Опухоли на тонкой ножке или с широким основанием Ответ: 4</p>

		<p>127.Удаление доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп оптимально выполнить:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Без анестезии</li> <li>2. Под местной анестезией</li> <li>3. Под наркозом ч</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>128.Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствуют</li> <li>2. Незначительно выражены</li> <li>3. Ярко выражены</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>129.Различают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одну степень дисплазии</li> <li>2. Две степени дисплазии</li> <li>3. Три степени дисплазии</li> <li>4. Четыре степени дисплазии</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>130.Показанием к хирургическому лечению служит:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Первая степень дисплазии</li> <li>2. Вторая степень дисплазии</li> <li>3. Третья степень дисплазии</li> <li>4. Четвертая степень дисплазии</li> <li>5. Нет показаний</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>131.Для удаления плоских инородных тел используются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Биопсионные щипцы и вилочковый захват</li> <li>2. Петля и корзинка Dormia</li> <li>3. Петля и вилочковый захват</li> <li>4. Вилочковый захват</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>132.Для удаления округлых инородных тел с гладкой поверхностью используются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Биопсионные щипцы и вилочковый захват</li> <li>2. Петля и корзинка Dormia</li> <li>3. Петля и вилочковый захват</li> <li>4. Вилочковый захват</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>133.Для удаления тонких и острых инородных тел используются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Биопсионные щипцы и вилочковый захват</li> <li>2. Петля и корзинка Dormia</li> <li>3. Петля и вилочковый захват</li> <li>4. Вилочковый захват</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>134.Для удаления органических и неорганических инородных тел сложной конфигурации используются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Биопсионные щипцы и вилочковый захват</li> <li>2. Петля и корзинка Dormia</li> <li>3. Петля и вилочковый захват</li> <li>4. Вилочковый захват</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>135.Для выполнения медиастиноскопии существуют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один анатомический ориентир</li> <li>2. Два анатомических ориентира</li> </ol>

		<p>3. Три анатомических ориентира  4. Четыре анатомических ориентира  5. Пять анатомических ориентиров  <b>Ответ: 3</b></p>
		<p>136.Для выполнения одной диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится:  1. 60 минут  2. 65 минут  3. 70 минут  4. 80 минут  <b>Ответ: 1</b></p>
		<p>137.Для выполнения одной диагностической торакоскопии взрослому человеку отводится:  1. 80 минут  2. 90 минут  3. 100 минут  4. 110 минут  <b>Ответ: 1</b></p>
		<p>138.Для выполнения одной лечебно-диагностической бронхоскопии взрослому человеку отводится:  1. 65 минут  2. 70 минут  3. 80 минут  4. 90 минут  <b>Ответ: 3</b></p>
		<p>139.Для дисплазии характерно:  1. Уменьшение количества специализированных желез  2. Отсутствие специализированных желез  3. Увеличение специализированных желез  4. Часть желез представлена молодыми клетками  <b>Ответ: 2</b></p>
		<p>140.Для диффузного бронхита характерно:  1. Легочное кровотечение  2. Распространение на все видимые бронхи  3. Верхнедолевые бронхи интактны  4. Нижнедолевые бронхи интактны  5. Воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева  <b>Ответ: 1</b></p>
		<p>141.Для лечебных бронхоскопий используется:  1. 3 группы веществ  2. 4 группы веществ  3. 5 групп веществ  4. 6 групп веществ  <b>Ответ: 3</b></p>
		<p>142.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  <b>Ответ: 4</b></p>
		<p>143.Анатомическими образованиями, прилежащими к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи, являются:</p>

		1. Легочные артерии 2. Перикард и левое предсердие 3. Легочные вены 4. Перикард и правое предсердие 5. Перикард и правый желудочек <b>Ответ: 2</b>
		144.Бифуркация трахеи у взрослых расположена на уровне: 1. II ребра 2. III ребра 3. Угла Людовика 4. IV ребра 5. Правильно 1 и 3 <b>Ответ: 5</b>
		145.Бронх Нельсона - это: 1. Б1 2. Б2 3. Б3 4. Б5 5. Б6 <b>Ответ: 5</b>
		146.Бронх Нельсона относится: 1. К верхней доле справа 2. К средней доле 3. К нижней доле 4. К нижней доле слева 5. К язычковому сегменту <b>Ответ: 3</b>
		147.В верхней доле слева имеется: 1. Один сегментарный бронх 2. Два сегментарных бронха 3. Три сегментарных бронха 4. Четыре сегментарных бронха 5. Пять сегментарных бронхов <b>Ответ: 4</b>
		148.К лимфоузлам, доступным биопсии при "классической" медиастиноскопии, относят: 1. Паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы 2. Бронхопульмональные 3. Лимфоузлы, находящиеся в "субаортальном окне" 4. Околопищеводные 5. Только паратрахеальные <b>Ответ: 1</b>
		149.Для актиномикоза характерен секрет: 1. Слизистый вязкий 2. Слизисто-гнойный 3. Густой, гнойный, без запаха 4. Густой, гнойный, с запахом 5. Отсутствие секрета <b>Ответ: 4</b>
		150.Для актиномикоза характерно распространение процесса по бронхиальному дереву: 1. Диффузный двусторонний процесс 2. Диффузный односторонний процесс 3. Частично диффузный процесс



		<p>4. Строго ограниченный односторонний процесс  5. Строго ограниченный двусторонний процесс  <b>Ответ: 4</b></p>
		<p>151. Для бронхоскопической картины при острой пневмонии характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слизистая оболочка ярко гиперемирована</li> <li>2. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована</li> <li>3. Устья сегментарных бронхов деформированы</li> <li>4. Устья бронхов резко сужены</li> <li>5. Секрет гнойный</li> </ol> <p><b>Ответ: 2</b></p>
		<p>152. Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слизистая оболочка ярко гиперемирована</li> <li>2. Устья сегментарных бронхов не деформированы</li> <li>3. Устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов</li> <li>4. Контактная кровоточивость слизистой повышена</li> <li>5. Секрет слизистой</li> </ol> <p><b>Ответ: 3</b></p>
		<p>153. Для торакоцентеза типичная точка расположена:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В VIII межреберье по заднеподмышечной линии</li> <li>2. Во II межреберье по среднеключичной линии</li> <li>3. В IV межреберье впереди от среднеподмышечной линии</li> <li>4. В IX межреберье по лопаточной линии</li> <li>5. В VI межреберье по переднеподмышечной линии</li> </ol> <p><b>Ответ: 3</b></p>
		<p>154. Для эмпиемы плевры характерны:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parietalная плевра блестящая, гиперемирована, с точечными высыпаниями</li> <li>2. Висцеральная плевра тусклая с фибринными наложениями, свисающими по типу "сталактитов", и зернистыми скоплениями грануляционной ткани</li> <li>3. Обильный, быстро накапливающийся серозно-геморрагический экссудат</li> <li>4. Ткань легкого с участками ателектазов</li> <li>5. Сращения с медиастинальной плеврой мощные, плотные</li> </ol> <p><b>Ответ: 2</b></p>
		<p>155. Для эндоскопической картины атрофического бронхита характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Слизистая гиперемирована</li> <li>2. Сосудистый рисунок усилен</li> <li>3. Сосудистый рисунок обеднен</li> <li>4. Рисунок хрящевых колец стерт</li> <li>5. Устья слизистых желез точечные</li> </ol> <p><b>Ответ: 2</b></p>
		<p>156. Для эндоскопической картины хронического деформирующего бронхита характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Устья и шпоры бронхов III-IV порядков деформированы, сужены</li> <li>2. Хрящевые кольца не изменены</li> <li>3. Сосудистый рисунок усилен</li> <li>4. Устья бронхов III-IV порядков деформированы, расширены</li> <li>5. Шпоры бронхов подвижны</li> </ol> <p><b>Ответ: 1</b></p>

	<p>157.Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствуют</li> <li>2. Обтурационная эмфизема</li> <li>3. Ателектаз легкого</li> <li>4. Поликистоз легкого</li> <li>5. Бронхоэктазы</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
	<p>158.Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов дифференцируем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С бронхоэктатической болезнью</li> <li>2. Со строго ограниченным бронхитом III степени интенсивности воспаления</li> <li>3. С деформирующим бронхитом со стенозом бронхов</li> <li>4. С перибронхиальной формой центрального рака легкого</li> <li>5. С эндобронхиальной формой центрального рака легкого</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
	<p>159.Инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Края язвы неровные, подрывные</li> <li>2. Дно язвы гладкое</li> <li>3. Слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, тусклая</li> <li>4. Слизистая оболочка вокруг язвы мелкозернистая, блестящая</li> <li>5. Язвы множественные</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
	<p>160.К клиническим проявлениям муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кашля</li> <li>2. Затрудненного отхождения мокроты</li> <li>3. Одышки</li> <li>4. Стридорозного дыхания</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
	<p>161.К клиническим формам муковисцидоза относятся все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бронхо-легочной</li> <li>2. Легочно-кишечной</li> <li>3. Легочно-желудочной</li> <li>4. Кишечной</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
	<p>162.К косвенным анатомическим признакам рака легкого при бронхоскопии относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Расширение устьев бронхов</li> <li>2. Сужение устьев бронхов</li> <li>3. Слизистая шероховатая</li> <li>4. Слизистая не изменена</li> <li>5. Правильно 2 и 4</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
	<p>163.К косвенным функциональным признакам рака легкого при бронхоскопии относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Устья бронхов подвижны</li> <li>2. Устья бронхов неподвижны</li> <li>3. Передаточная пульсация сохранена</li> <li>4. Передаточная пульсация отсутствует</li> <li>5. Правильно 2 и 4</li> </ol>

		<p>Ответ: 5</p>
		<p>164.К наиболее часто встречающимся врожденным порокам относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипоплазия легких</li> <li>2. Добавочные доли легкого</li> <li>3. Поликистоз легких</li> <li>4. Слияние легочных долей</li> <li>5. Легочная секвестрация</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>165.К наиболее частым осложнениям при выполнении медиастиноскопии относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нагноение раны</li> <li>2. Гематома в ране</li> <li>3. Подкожная эмфизема</li> <li>4. Кровотечение</li> <li>5. Повреждение перикарда</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>166.К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояния больного</li> <li>2. Подъем температуры после санации и кровохарканье</li> <li>3. Бронхоспазм</li> <li>4. Реакция на санирующий раствор</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>167.К осложнениям при давно аспирированных инородных телах относятся все перечисленные, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кровотечения</li> <li>2. Ателектаза</li> <li>3. Бронхиальных свищей и бронхоэктазов</li> <li>4. Деформирующего бронхита</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>168.Кашель при пневмокониозах характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Постоянным характером</li> <li>2. Выделением большого количества гнойного секрета без запаха</li> <li>3. Выделением большого количества гнойного секрета с запахом</li> <li>4. Выделением незначительного количества вязкого секрета</li> <li>5. Отсутствием секрета</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>169.Классификацию хронического бронхита в зависимости от распространенности процесса создал:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лемуан</li> <li>2. Брюннингс</li> <li>3. В.И.Стручков</li> <li>4. Лаэнк</li> <li>5. Г.И.Лукомский</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>170.Клиническая картина пневмокониозов характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болей в грудной клетке</li> <li>2. "Сковывания" грудной клетки</li> <li>3. Высокой температуры</li> <li>4. Одышки</li> <li>5. Кашля</li> </ol>

		<p>Ответ: 3</p>
		<p>171. Корень легкого проецируется на уровне:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. II-IV ребер</li> <li>2. III-V ребер</li> <li>3. IV-VI ребер</li> <li>4. IV-V ребер</li> <li>5. III-IV ребер</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>172. Лечебные бронхоскопии при бронхите II степени воспаления следует выполнять:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Через день</li> <li>2. Через 2 дня</li> <li>3. Через 3 дня</li> <li>4. Через 4 дня</li> <li>5. 1 раз в неделю</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>173. Лечебные бронхоскопии при хроническом абсцессе легкого следует выполнять:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. через день</li> <li>Через 2 дня</li> <li>Через 3 дня</li> <li>Через 4 дня</li> <li>1 раз в неделю</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>174. Лимфатические узлы при метастазе рака легкого (аденокарцинома):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каменистой плотности</li> <li>2. Мягкие</li> <li>3. Плотные</li> <li>4. Не изменены</li> <li>5. Рыхлые</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>175. Медиастиноскопия выполняется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Амбулаторно в эндоскопическом отделении</li> <li>2. В стационаре в бронхоскопическом кабинете</li> <li>3. В стационаре в условиях операционной</li> <li>4. Амбулаторно в условиях операционной</li> <li>5. В любом кабинете эндоскопического отделения стационара</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>176. Медиастиноскопия показана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при увеличении лимфоузлов средостения</li> <li>2. При инородном теле легкого</li> <li>3. При кровохаркании</li> <li>4. При ателектазе легкого</li> <li>5. При увеличении щитовидной железы III-IV ст.</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>177. Медиастиноскопия является наиболее информативным методом при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. имфогранулематоза</li> <li>2. Диссеминированного туберкулеза</li> <li>3. неспецифической аденомы</li> <li>4. Болезни Бенъе - Бека - Шауманна</li> <li>5. Болезни Ходжкина</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>

		<p>178. Место нахождения устья VII сегментарного бронха (справа) расположено:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На передней стенке промежуточного бронха</li> <li>2. На задней стенке промежуточного бронха</li> <li>3. На передней стенке нижнедолевого бронха</li> <li>4. На медиальной стенке нижнезонального бронха</li> <li>5. На медиальной стенке нижнедолевого бронха</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>179. Место отхождения устья VI сегментарного бронха (справа) расположено:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На задней стенке промежуточного бронха на 12 часах</li> <li>2. На передней стенке промежуточного бронха на 6 часах</li> <li>3. На задней стенке заднего бронха на 12 часах</li> <li>4. На боковой стенке промежуточного бронха на 3 часах</li> <li>5. на задней стенке нижнедолевого бронха на 12 часах</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>180. Место отхождения устья левого верхнедолевого бронха расположено:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На задней верхней полуокружности главного бронха</li> <li>2. На задней нижней полуокружности главного бронха</li> <li>3. на передней верхней полуокружности главного бронха</li> <li>4. От передней нижней полуокружности главного бронха</li> <li>5. От боковой поверхности главного бронха</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>181. Наиболее информативным методом обследования при изолированном поражении Ходжкина является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рентгенологический</li> <li>2. медиастиноскопии с биопсией</li> <li>3. Торакоскопия</li> <li>4. Фибробронхоскопия</li> <li>5. Плевроскопия</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>182. Наиболее крупным является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхнедолевой бронх справа</li> <li>2. верхнедолевой бронх слева и нижнедолевой бронх справа</li> <li>3. Среднедолевой бронх справа</li> <li>4. Нижнедолевой бронх слева</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>183. Наиболее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Новокаин</li> <li>2. Кокаин</li> <li>3. Тримекаин</li> <li>4. Дикаин</li> <li>5. Лидокаин</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>184. Наиболее характерным эндоскопическим признаком саркоидоза является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. расширение сосудов слизистой оболочки и набухание медиальных стенок главных бронхов</li> <li>2. Утолщение складок слизистой бронхов</li> <li>3. Смазанность сосудистого рисунка слизистой оболочки</li> <li>4. Острая картина</li> <li>5. Смазанность рисунка бронхиальных колец</li> </ol>

		<p>Ответ: 1</p>
		<p>185. Наиболее частая локализация абсцесса легкого:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхняя доля справа</li> <li>2. Верхняя доля слева</li> <li>3. Средняя доля</li> <li>4. Нижняя доля справа</li> <li>5. Нижняя доля слева</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>186. Наиболее частая локализация бронхоэктазов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нижняя доля слева</li> <li>2. Верхняя доля слева</li> <li>3. Язычковая доля</li> <li>4. Средняя доля</li> <li>5. Верхняя доля справа</li> </ol> <p>Ответ: 1</p>
		<p>187. Наиболее часто способствует возникновению спонтанного пневмоторакса все перечисленное, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разрыв субплевральной кисты</li> <li>2. Разрыв врожденной или эмфизематозной буллы</li> <li>3. Прорыв абсцесса легкого в плевральную полость</li> </ol> <p>Спаечный процесс в результате перенесенного плеврита, пневмоний</p> <p>Ответ: 4</p>
		<p>187. Наиболее эффективным для санационных бронхоскопий является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Риванол</li> <li>2. Фурациллин</li> <li>3. Диоксидин</li> <li>4. Фурагина калиевая соль</li> <li>5. Димексид</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>189. Наиболее эффективным лечением муковисцидоза является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Иммунотерапия</li> <li>2. Лучевая терапия</li> <li>3. Хирургическое лечение</li> <li>4. санационные бронхоскопии</li> <li>5. Переливание крови</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>190. Наиболее эффективным способом биопсии при саркоидозе является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Щипцевая биопсия</li> <li>2. Браш-биопсия</li> <li>3. Трансбронхиальная биопсия</li> <li>4. транстрахеальная биопсия</li> <li>5. Исследование бронхиального секрета</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>191. Наименее токсичным для обезболивания при бронхоскопии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Новокаин</li> <li>2. Кокаин</li> <li>3. Тримекаин</li> <li>4. Дикаин</li> <li>5. Лидокаин</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>

		<p>192.Наличие булл в легком характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для туберкулезного плеврита</li> <li>2. Для хронической пневмонии</li> <li>3. для спонтанного пневмоторакса</li> <li>4. Для метастазов экстраторакальных раков</li> <li>5. Для пиопневмоторакса</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>193.Наличие участков ателектазов характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для туберкулезного плеврита</li> <li>2. Для эмпиемы плевры</li> <li>3. для метастатических опухолей рака легкого</li> <li>4. Для саркоидоза плевры</li> <li>5. Для метастазов экстраторакальных опухолей</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>194. Оптимальным методом обезболивания при выполнении медиастиноскопии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Масочный</li> <li>2. Эндотрахеальный комбинированный наркоз</li> <li>3. Поверхностный наркоз без мышечных релаксантов</li> </ol> <p>Ответ: 2</p>
		<p>195. Ориентиром, позволяющим определить место нахождения торакоскопа в плевральной полости, является все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вертебральных отрезков ребер</li> <li>2. Сухожильной поверхности диафрагмы</li> <li>3. Полунепарной вены</li> <li>4. Перикарда</li> <li>5. Пищевода</li> </ol> <p>Ответ: 5</p>
		<p>196. Осложнением трансбронхиальной щипцовой биопсии легкого является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обострение хронического бронхита</li> <li>2. Перфорация стенки бронха</li> <li>3. Кровотечение</li> <li>4. Пневмоторакс</li> <li>5. Разрыв легкого</li> </ol> <p>Ответ: 4</p>
		<p>197. Осложнениями бронхоскопии могут быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бронхо-пищеводный свищ</li> <li>2. Желудочное кровотечение</li> <li>3. Ларингоспазм</li> <li>4. Пневмоторакс</li> <li>5. Ателектаз легкого</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>198.Основными противопоказаниями к медиастиноскопии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Увеличение щитовидной железы I ст.</li> <li>2. Увеличение паратрахеальных лимфатических узлов</li> <li>3. синдром верхней полой вены</li> <li>4. Центральный рак легкого</li> <li>5. Небольшие опухоли вилочковой железы</li> </ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>199.Отделами, недоступными осмотру при "классической" медиастиноскопии, являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трахея</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"><li>2. Бифуркация трахеи</li><li>3. Корни обоих легких</li><li>4. Начальные отделы главных бронхов</li><li>5. Паратрахеальные и бифуркационные лимфоузлы</li></ol> <p>Ответ: 3</p>
		<p>200. Отличительная особенность аденомы бронха при бронхоскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Бугристая опухоль</li><li>2. Тонкая ножка</li><li>3. Инфильтрация слизистой вокруг опухоли</li><li>4. Мягкая консистенция опухоли</li><li>5. Выраженная контактная кровоточивость</li></ol> <p>Ответ: 5</p>



И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №1
		При поступлении в стационар больной 60 лет жаловался на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C, одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость. Заболел около 2,5 месяцев назад. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, сульфаниламиды, Однако состояние больного не улучшилось. При бронхоскопии, выполненной в стационаре, выявлена ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1,5 см в диаметре.
В	1	Поставьте предварительный диагноз?
Э		Центральный рак левого главного бронха.
В	2	Что следует выполнить для верификации процесса?
Э		Биопсию образования и цитологическое исследование биоптата.
В	3	Ваша лечебная тактика?
Э		При подтверждении диагноза по результатам гистологического исследования показана левосторонняя пульмонэктомия.
В	4	Перечислите основные показания к бронхоскопии.
Э		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Подозрение на опухоль трахеи и бронхов;</li> <li>● Кровохарканье;</li> <li>● Подозрение на наличие инородного тела в просвете дыхательных путей;</li> <li>● Ожоги нижних дыхательных путей;</li> <li>● Пневмония с затяжным течением, рецидивирующие пневмонии;</li> <li>● Деструктивная/аспирационная пневмония, абсцесс легкого;</li> <li>● Хронические заболевания бронхов и легких невыясненной причины;</li> <li>● Признаки диссеминированных патологических процессов на рентгене (мелких очагов, кист, полостей);</li> <li>● Длительная одышка (при исключении бронхиальной астмы и сердечной недостаточности);</li> <li>● Немотивированный кашель, продолжающийся свыше 1 месяца.</li> </ul>
В	5	Перечислите возможные осложнения бронхоскопии.
Э		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Перфорация (прободение стенки органа);</li> <li>● Кровотечение, в результате повреждения стенки органа или при биопсии;</li> <li>● Бронхоспазм;</li> <li>● Ларингоспазм;</li> <li>● Соматические осложнения.</li> </ul>

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №2
		У женщины 52 лет появился мучительный сухой кашель. Температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно антибиотиками без эффекта. До этого считала себя здоровой. Участковый терапевт при осмотре патологии в легких не выявил. Общий анализ крови в норме. На обзорной рентгенограмме в III сегменте левого легкого определяется одиночное округлое образование с четкими границами и однородной структурой — так называемое «монетовидное образование».
В	1	Какие заболевания необходимо предположить в первую очередь?
Э		Чаще всего такая тень выявляется при первичном раке легкого или метастазе из другого органа.
В	2	Какие заболевания могут проявляться на рентгенограмме в виде «монетовидного образования» в легких?
Э		Дифференциальная диагностика проводится между многими заболеваниями: инфекционным воспалением, ревматоидным узелком, доброкачественной опухолью (гамартомой).
В	3	Имеются ли рентгенологические признаки инфекционной природы этого образования?
Э		Для очага инфекционной природы характерно наличие воздушной бронхограммы (т. е. видны просветы бронхов). В данном случае структура однородная.
В	4	Имеются ли рентгенологические признаки туберкулезной каверны?
Э		Отсутствие участка просветления на фоне тени позволяет исключить туберкулезную каверну.
В	5	Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э		Уточнение анамнеза. Анализ мокроты на атипичные клетки. Компьютерная томография органов грудной клетки. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Онкопоиск для исключения первичной опухоли в других органах. Определение онкомаркеров. Консультация онколога (у этой пациентки после дообследования была выявлена аденокарцинома толстой кишки с единичным метастазом в левое легкое).

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №3
		Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.
В	1	Какие заболевания можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы?
Э		Левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом.
В	2	Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?
Э		Центральный рак левого легкого, обструкция долевого бронха слева пробкой из вязкой мокроты, осложненные ателектазом нижней доли левого легкого.
В	3	Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э		Компьютерная томография органов грудной клетки. Санационная фибробронхоскопия с исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Консультация онколога.

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №4
		У пациентки 68 лет в течение 2 недель появилась и стала нарастать одышка. Других жалоб нет. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 15 пачек/лет. Несмотря на это, всегда чувствовала себя бодрой и здоровой. При аускультации дыхание слева ослаблено, хрипов нет. На обзорной рентгенограмме в области верхней доли левого легкого определяется снижение пневматизации. Просветы бронхов на фоне тени не определяются.
В	1	Каким будет основное предположение относительно патологического процесса, развившегося у данной пациентки?
Э		Учитывая, что единственной жалобой пациентки является нарастающая одышка, вероятнее всего, это связано с обтурацией левого верхнедолевого бронха опухолью.
В	2	Почему затенение не интенсивное, а лишь снижена воздушность?
Э		Просвет левого верхнедолевого бронха обтурирован не полностью, поэтому снижение воздушности отражает гиповентиляцию верхней доли.
В	3	Какие рентгенологические признаки появляются в динамике при несвоевременном обращении пациентов?
Э		3 При полной обтурации бронха развивается ателектаз: пораженная доля уменьшается в размере, затенение становится однородным. Органы средостения смещаются в сторону ателектаза. Элевация купола диафрагмы на стороне поражения.
В	4	Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э		Фибробронхоскопия с биопсией. Консультация онколога.
В	5	Сформулируйте предварительный диагноз
Э		Основной диагноз: «Центральный рак левого верхнедолевого бронха». Осложнение основного: «Ателектаз верхней доли левого легкого. ДНП»

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №5
		Пациентка 55 лет обратилась к терапевту после двух эпизодов кровохарканья. Курит по 15 сигарет в день в течение многих лет. На обзорной рентгенограмме в прямой проекции в средней части легочного поля определяется ограниченное затемнение треугольной формы с вершиной, обращенной к корню. Горизонтальная междолевая щель смещена вниз. Купол диафрагмы подтянут кверху. В боковой проекции определяется интенсивное затемнение, однородное по структуре.
В	1	Для какого патологического состояния данная рентгенологическая картина наиболее характерна?
Э		Это типичная картина ателектаза средней доли правого легкого.
В	2	С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
Э		Рак средне долевого бронха, инородное тело дыхательных путей, пневмония с ателектазом, ТЭЛА.
В	3	3 Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Э		Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Компьютерная томография органов грудной клетки. Д-димеры.
В	4	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз данной пациентки.
Э		Диагноз основной: «Центральный рак средне долевого бронха». «Ателектаз средней доли. Рецидивирующее кровохарканье. ДНП».

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №6
		Мужчина 65 лет, жалобы на кашель, одышку при физической нагрузке. Обратился в поликлинику с данными жалобами в течение последних 5 месяцев. При рентгенологическом исследовании грудной клетки было выявлено гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение левого легкого
В	1	У этого пациента при бронхоскопии могут быть выявлены изменения в нижней доле правого легкого в виде?
Э		Экзофитной опухоли, обтурирующей просвет нижнедолевого бронха
В	2	В данном случае во время бронхоскопии необходимо выполнить?
Э		Щипцевую биопсию
В	3	При бронхоскопии выявлена экзофитная опухоль, обтурирующая просвет левого нижнедолевого бронха. На основании данной картины можно сделать следующее заключение
Э		Центральный рак нижнедолевого бронха левого легкого

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Текст задачи №7
		Ребенок 6 лет болеет в течение 7 суток по поводу левосторонней пневмонии. Внезапно появилась одышка, беспокойство, аускультативно - дыхание слева не проводится. На рентгенограмме слева тотальное затемнение, смещение в левую сторону органов средостения.
В	1	Предварительный диагноз.
Э		Ателектаз левого легкого.
В	2	Метод эндоскопического исследования и лечение.
Э		Проводится санационная бронхоскопия. Кроме общего лечения пневмонии, необходимо несколько раз провести санационную бронхоскопию

