

Тестовый контроль
по специальности «Колопроктология»
все категории

1. По клиническому течению аденоматоз толстой кишки делится:

- а) легкой, средней, тяжелой формы
- б) классическая, неклассическая форма
- в) классическая, тяжелая, ослабленная форма

2. К полипозным синдромам при аденоматозе толстой кишки не относятся:

- а) синдром Гардена
- б) ювениальный полипоз
- в) синдром Тюрко
- г) синдром Пейтца –Егерса
- д) синдром Меллори -Вейсса

3. Эндоскопическая полипэктомия при полипозе толстой кишки показана при:

- а) не более 20 полипов при ослабленной форме
- б) менее 10 полипов
- в) более 30 при тяжелой форме

4. Основным и наиболее точным методом диагностики семейного полипоза толстой кишки является:

- а) пальцевое исследование толстой кишки
- б) ректороманоскопия
- в) колоноскопия с множественной биопсией
- г) рентгенологическое исследование

5. Не следует отказываться от генетических исследований в случае:

- а) при подтвержденном семейном аденоматозе толстой кишки
- б) при не подтвержденном семейном аденоматозе толстой кишки
- в) при проведении мониторинге генетических тестирований

6. В случае выявления мутации гена при любой форме аденоматоза толстой кишки в группу риска включаются:

- а) все кровные родственные
- б) все кровные родственные, у которых выявлена мутация
- в) все живые родственники

7. Больной 42 лет страдает семейным аденоматозом толстой кишки, при генетической экспертизе был подтвержден генетически обусловленный характер его заболевания. При генетической экспертизе его сына патологический ген не был обнаружен. Нуждается ли сын в ежегодном обследовании на предмет возникновения полипов?

- а) Да, нуждается, пожизненно

- б) Да нуждается, но не более чем в течение 5 лет
- в) Нет, не нуждается

8. В каком возрасте развивается семейный аденоматоз толстой кишки:

- а) Заболевание носит врожденный характер поэтому полипы в толстой кишке могут быть выявлены уже после рождения
- б) Аденоматоз возникает в период полового созревания, в возрасте 14-15 лет и постепенно прогрессирует
- в) Аденоматоз возникает внезапно и может развиваться практически в любом возрасте от 0 до 90.
- г) Аденоматоз развивается практически у всех после 60 лет

9. Синдром Пейтца-Еггерса это:

- а) Другое название (синоним) семейного аденоматоза толстой кишки
- б) Сочетание полипоза толстого кишечника с полипозом желудка тонкой кишки и желудка, при этом полипы не являются истинными аденомами, а являются гамартромами
- в) Сочетание аденоматоза толстой кишки с опухолью эндокринных желез.

10. Для семейного аденоматоза толстой кишки наиболее типичным является следующий набор клинических симптомов:

- а) Неустойчивый стул с склонностью к поносам, примесь слизи, иногда крови в каловых массах, гипопротейнемия вследствие нарушения всасывательной способности толстой кишки
- б) Периодически сильные схваткообразные боли в животе с вздутием или асимметрией живота
- в) Стул по типу малинового железа или выделение сгустков темной крови, анемия

11. Термин «анальные полипы» является:

- а) описательным клиническим термином
- б) морфологический
- в) инструментальный

12. По классификации Маржатка (1996) полипы делятся на:

- а) истинные, неистинные, злокачественные
- б) истинные, неистинные
- в) пограничные, истинные, не злокачественные

13. Гиперпластические полипы развиваются чаще:

- а) в результате малигнизации
- б) хронического воспалительного процесса
- в) при сочетании с геморроидальной болезнью

14. Гипертрофированный анальный сосочек одна из форм:

- а) анального полипа
- б) самостоятельное заболевание
- в) малигнизированная форма полипа

15. Возможен ли рост истинных аденом в анальном канале:

а) да

б) нет

16. Гипертрофированный анальный сосочек малигнизируется:

а) облигатный предрак

б) не малигнизируется

в) факультативный предрак

17. Гипертрофированный анальный сосочек может быть диагностирован при:

а) аноскопии

б) УЗИ малого таза

в) профилометрии

18. Нетипная клиническая картина для гипертрофированного анального сосочка:

а) каломазание

б) выпадение

в) кровотечение

19. Гипертрофированный анальный сосочек может осложниться:

а) выпадением

б) флегмоной Фурнье

в) формированием неполного внутреннего свища

20. Оперативное лечение при гипертрофированном анальном сосочке показано при:

- а) наличие сосочка – обязательное оперативное лечение
- б) при наличии клинических проявлений
- в) при длительном анамнезе

21. Оперативное лечение при гипертрофированном анальном сосочке заключается в:

- а) его иссечении
- б) перевязке сосудистой ножки
- в) лигировании

22. Наиболее частая локализация анальной трещины (дефекта анодермы):

- а) по передней полуокружности анального канала
- б) по задней полуокружности на 6 ч
- в) по задней полуокружности на 6 часах с выходом на перианальную кожу

23. Осложнение не встречающееся при хронической анальной трещине:

- а) неполный внутренний свищ прямой кишки
- б) сфинктероспазм
- в) острый парапроктит
- г) анальная инконтиненция

24. Анальный рефлекс у пациента с хронической анальной трещиной:

- а) остается нормальным
- б) снижен
- в) повышен

25. Выберите характерные клинические признаки анальной трещины: 1. Стул обильный 2. Струйное выделение крови со стулом 3. Выделение крови в виде помарок на туалетной бумаге 4. Боли при дефекации и сохраняющиеся после 5. Изменение формы стула 6. Тенезмы

- а) 1,4,6
- б) 2,4,5
- в) 1,3,4

26. Стул обильный признак чаще встречающийся при:

- а) остром парапроктите
- б) остром геморрое
- в) анальной трещине

27. Лечебные мероприятия при анальной трещине следует начинать с:

- а) новокаиновой блокады
- б) оперативного лечения
- в) консервативного лечения

28. Ключевым моментом в лечении анальной трещины является:

- а) устранение сфинктероспазма
- б) длительность терапии
- в) применение местных средств содержащих ГКС

29. Консервативное лечение не эффективно при:

- а) наличии пектеноза и длительного анамнеза заболевания
- б) применении дезагрегантов
- в) при антибактериальной терапии

30. Длительность лечения анальной трещины при использовании нитромазей не должна превышать:

- а) 8 недель
- б) 4 недель
- в) ограничений нет

31. Показанием к оперативному лечению является:

- а) неэффективность консервативного лечения в течение 2 месяцев
- б) при длительности заболевания более 2 недель
- в) при повышенном анальном рефлексе

32. Оперативное лечение хронической анальной трещины предусматривает:

- а) Иссечение язвы
- б) Иссечение с дозированной сфинктеротомией
- в) Иссечение раны с пластикой раны сфинктера

33. Причины развития приобретенной ангиодисплазии:

- а) ретроградное расширение капилляров в следствие спазма гладкой мускулатуры
- б) нарушение эмбриогенеза сосудистой системы кишечника
- в) нарушение дифференциации эндотелия

34. Наиболее эффективный метод диагностики приобретенной ангиодисплазии кишечника:

- а) колоноскопия
- б) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости
- в) ирригоскопия

35. Приобретенная ангиодисплазия чаще возникает у лиц:

- а) старше 50 лет

б) 20-30 лет

в) Не зависит от возраста

36. Врожденные ангиодисплазии чаще локализуются в:

а) дистальных отделах толстой кишки

б) подвздошной кишке

в) слепой кишке

37. Для синдрома Клиппеля-Тренноне характерно:

а) переход сосудистых изменений на стенки малого таза

б) поражение сосудистыми изменениями терминального отдела тонкой кишки

в) одновременное поражение прямой сигмовидной кишки

38. Наиболее частая локализация приобретенных ангиодисплазий в России:

а) правая половина ободочной кишки и терминальный отдел подвздошной

б) сигмовидная кишки

в) множественное поражение правых и левых отделов ободочной кишки

39. Гистологическое исследование приобретенных ангиодисплазий показывает, что в основном они состоят из:

а) расширенных полнокровных сосудов, выстланных эндотелием

б) гладкой мускулатуры

в) соединительная ткань

40. Наиболее частая локализация приобретенных ангиодисплазий в восточной популяции:

а) правая половина ободочной кишки и терминальный отдел подвздошной

б) сигмовидная кишки

в) в равной степени проксимальные и дистальные отделы тонкой кишки

41. Операция выбора у пациентов с врожденной ангиодисплазией и локализацией патологического процесса в прямой кишке:

а) брюшно-анальная резекция прямой кишки

б) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

в) сигмостомия

42. Операция выбора в большинстве случаев у пациентов с приобретенными ангиодисплазиями:

а) правосторонняя гемиколэктомия

б) брюшно-анальная резекция

в) субтотальная резекция ободочной кишки

43. Какие отделы желудочно-кишечного тракта поражаются при болезни Гиршпрунга

- а) пилорический отдел желудка
- б) двенадцатиперстная кишка
- в) тощая кишка
- г) подвздошная кишка
- д) толстая кишка

44. Анатомическим нарушением, лежащим в основе клинической картины врожденной мегаколон, является:

- а) гипертрофия нисходящей ободочной кишки
- б) отсутствие перистальтики ободочной кишки
- в) врожденный аганглиоз участка толстой кишки
- г) атрезия прямой кишки
- д) отсутствие внутреннего ректального сфинктера

45. В отношении болезни Гиршпрунга верны следующие положения:

- а) является широко распространенным

- б) чаще болеют дети
- в) чаще болеют девочки
- г) это наследственное заболевание

46. Из приведенных факторов решающее значение в возникновении болезни Гиршпрунга имеет все, кроме:

- а) генетическая предрасположенность
- б) гипоксия
- в) химические агенты, радиация
- г) вирусные инфекции
- д) хеликобактерная инфекция

47. Наиболее часто аганглиоз захватывает:

- а) ректальный отдел толстой кишки
- б) ректосигмоидный отдел толстой кишки
- в) тонкую кишку
- г) желудок

д) пищевод

48. Какие инструментальные исследования проводятся при болезни Гиршпрунга:

а) обзорная рентгенография брюшной полости

б) рентгеноскопия двенадцатиперстной кишки

в) ФГДС

49. Какой диагностический метод из перечисленных является вспомогательным:

а) колоноскопия

б) ректороманоскопия

в) ирригоскопия

г) обзорная рентгенография брюшной полости

50. Какие осложнения не встречается при болезни Гиршпрунга у взрослых:

а) острая кишечная непроходимость

б) перфорация кишки

в) пролежень толстой кишки каловым камнем

г) кишечное кровотечение

51.Оптимальный оперативный метод лечения болезни Гиршпрунга:

- а) операция Дюамеля в модификации ГНЦК
- б) операция по Бильрот 2
- в) операция Гартмана
- г) операция формирования илео-анального резервуарного анастомоза

52.Болезнь Крона - это:

- а) хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений
- б) заболевание толстой кишки сосудистого генеза
- в) заболевание желудка, обусловленное приемом НПВП
- г) заболевание двенадцатиперстной кишки, обусловленное синдромом избыточного бактериального роста

53.Болезнь Крона может локализоваться только:

- а) в тонкой и толстой кишке
- б) в толстой и тонкой кишке, желудке и пищеводе

- в) в толстой и тонкой кишке, анальном канале и ротовой полости
- г) только в прямой кишке
- д) в любом отделе ЖКТ

54.К внекишечным проявлениям болезни Крона не относится:

- а) первичный склерозирующий холангит
- б) иридоциклит
- в) узловатая эритема
- г) полиартрит
- д) крапивница

55.Формирование наружных и внутренних свищей, а также инфильтратов брюшной полости характерно для:

- а) язвенного колита
- б) болезни Уиппла
- в) болезни Крона
- г) туберкулеза кишечника

д) и ишемического колита

56.К болезни Крона не относится данное осложнения:

а) формирование фистул и свищей

б) кишечное кровотечение

в) токсический мегаколон

г) кишечная непроходимость

д) кандидоз

е) рак толстой кишки

57.Наличие глубоких щелевидных язв характерно для:

а) язвенного колита

б) солитарной язвы прямой кишки

в) болезни Крона

г) ишемического колита

д) лучевого поражениями кишечника

58. Сегментарные поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта линейные язвы до серозной оболочки со свищами и спайками – это признаки:

- а) язвенного колита
- б) псевдомембранозного колита
- в) болезни Крона
- г) ишемического колита
- д) лучевых поражений кишечника

59. Какое заболевание наиболее часто и наиболее быстро формирует кишечную облитерацию:

- а) язвенный колит
- б) псевдомембранозный колит
- в) ишемический колит
- г) болезнь Крона

60. Базисная терапия болезни Крона, резистентной к глюкокортикостероидам, включает:

- а) препараты 5-АСК

б) иммуносупрессоры

в) антибиотики

г) антидепрессанты

61. Показанием к оперативному вмешательству при болезни Крона не является:

а) острые и хронические осложнения

б) неэффективность консервативной терапии

в) задержка физического развития

г) афтозный стоматит

62. Перед проведением биологической (антицитокиновой) терапии обязательной является:

а) консультация врача - фтизиатра

б) консультация врача –кардиолога

в) консультация врача -уролога

г) консультация врача -аллерголога

д) консультация врача –хирурга

63.Какие признаки характерны для хронического геморроя I стадии:

- а) требуется ручное вправление геморроидальных узлов
- б) выраженный болевой синдром при дефекации, стул обильный
- в) выделение алой крови при дефекации в виде следов на туалетной бумаге
- г) наличие при осмотре выпавших внутренних геморроидальных узлов
- д) требуется ручное вправление геморроидальных узлов

64.Наиболее типичное расположение геморроидальных узлов

- а) На 1,5,7 ч по условному циферблату
- б) На 3,7,11 ч по условному циферблату
- в) На 6 и 12 ч

65.Выберите наиболее типичные симптомы при хроническом геморрое: 1- выделение крови при дефекации, 2 – изменение формы стула, 2 – потеря в весе, 3 –зуд, дискомфорт в перианальной области, 4 – тенезмы, 5 - выпадение геморроидальных узлов при дефекации.

- а) 1,3,5
- б) 2,4
- в) 1,2,4

66.Какие признаки характерны для хронического геморроя III стадии?

- а) требуется ручное вправление геморроидальных узлов
- б) выраженный болевой синдром при дефекации, стул обильный
- в) выделение алой крови при дефекации в виде следов на туалетной бумаге

67.Причина патологического увеличения геморроидальных узлов

- а) хроническое нарушение кровообращения в кавернозных образованиях
- б) сосудистая мальформация
- в) проктит

68.Оптимальным методом лечения хронического геморроя IV стадии является:

- а) Инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов
- б) Склеротерапия
- в) Операция Лонго
- г) Операция Миллигана-Моргана.

69.Выполнение инфракрасной фотокоагуляции при хроническом геморрое противопоказано при:

- а) парапроктите
- б) кровотечении
- в) отсутствии дифференциации между узлами

70. К ранним осложнениям после геморроидэктомии по Миллиган-Моргану относится:

- а) стриктура анального канала
- б) формирование свища прямой кишки
- в) рефлексорная задержка мочи

71. Операция Лонго это:

- а) лигирование геморроидальных узлов
- б) степлерная геморроидэктомия
- в) коагуляция ножки геморроидального узла под действием теплового потока

72. К малоинвазивным методам лечения геморроя относится:

- а) операция Лонго
- б) склеротерапия
- в) тромбэктомия

73. Осложнение не встречающееся при дивертикулярной болезни:

- а) паракишечный инфильтрат,
- б) кишечная непроходимость,

- в) кровотечение,
- г) малигнизация

74. Какой дифференциальный критерий не является абсолютным для исключения злокачественного процесса при дивертикулезе толстой кишки, осложненном паракишечным инфильтратом:

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) морфологическое исследование биоптата пораженного участка
- г) обзорная рентгенография органов брюшной полости

75. Фактор не являющийся ключевым в патогенезе дивертикулеза:

- а) пожилой возраст
- б) наследственность
- в) диетологический
- г) пол

76. Какой отдел толстой кишки чаще поражается дивертикулами:

- а) сигмовидная кишка
- б) нисходящий отдел

в) правые отделы ободочной кишки

77. Наиболее информативный метод выявления дивертикулеза:

а) ирригоскопия

б) УЗИ брюшной полости

в) КТ органов брюшной полости

78. Рентгенологическим признаком 3 типа морфофункциональных изменений кишки относится:

а) «пилообразный» контур

б) просвет кишки 3,5-4 см

в) сохранение эластичности стенки

79. Важное значение в профилактике осложнений у пациентов с бессимптомным дивертикулезом:

а) нормализация стула

б) коррекция дисбактериоза

в) коррекция нарушений процесса пищеварения

80.К абсолютным показаниям к оперативному лечению при дивертикулезе относится

- а) кишечная непроходимость
- б) периодически возникающие рецидивирующие кровотечения
- в) паракишечный инфильтрат

81.Экстренное оперативное лечение воспалительных осложнений дивертикулярной болезни показано:

- а) при флегмоне стенки кишки
- б) наличии пальпируемого инфильтрата
- в) перитоните

82.Объем вмешательств при перфорации дивертикула и перитоните:

- а) ушивание перфоративного отверстия
- б) ушивание перфоративного отверстия и наложение протекционной стомы
- в) операции Гартмана

83.Долихоколон – это:

- а) удлинение всей ободочной кишки или одного из ее отделов
- б) хроническое расширение двенадцатиперстной кишки
- в) удлинение тонкой кишки

г) расширение пилорического отдела желудка

84. В классификацию долихоколон по анатомическому принципу входит все, кроме:

- а) долихосигма
- б) левосторонний долихоколон
- в) правосторонний долихоколон
- г) тотальный долихоколон
- д) долиходуоденум
- е) долихотрансверзум

85. Какое утверждение не соответствует классификации долихоколон по клиническому принципу:

- а) долихоколон без клинических проявлений
- б) долихоколон с нарушением транзита по толстой кишке
- в) осложненный долихоколон
- г) долихоколон с поражением печени

86. В чем причина хронического колостаза при долихосигме:

- а) наличие в толстой кишке аганглионарной зоны
- б) нарушение поступления же чи в толстую кишку
- в) врожденное увеличение сигмы
- г) обтурация кишки копролитом
- д) нарушение кровоснабжения

87. Какие клинические симптомы характерны для долихоколон:

- а) запоры
- б) тошнота
- в) рвота
- г) повышение температуры

88. Что не является характерным признаком долихоколон при физикальном осмотре:

- а) вздутие живота
- б) звук тимпанита при перкуссии живота
- в) умеренная болезненность в околопупочной области, левых и нижних отделах живота при пальпации

г) увеличение печени и селезенки

89. Что является рентгенологическим симптомом долихоколон:

а) наличие зоны сужения с супрастенотическим расширением над ним

б) чаши Клойбера

в) наличие каловых камней в толстой кишке

г) симптом ниши

д) значительное увеличение длины и объема сигмы

90. Методика проктографии с натуживанием позволяют определить наличие:

а) долихоколон

б) болезнь Гиршпрунга

в) проктогенные запоры

г) синдром раздраженного кишечника

91. Методом выбора лечения долихоколон с нарушением транзита по толстой кишке является:

а) хирургический

- б) эндоскопический
- в) консервативны
- г) комплексный поэтапный

92. Какие слабительные средства являются оптимальными при лечении долихоколон:

- а) препараты лактулозы
- б) препараты полиэтиленгликоля
- в) стимулирующие слабительные
- г) осмотические солевые слабительные

93. Что не является показанием к хирургическому вмешательству:

- а) неэффективность консервативной терапии при выраженном нарушении качества жизни
- б) осложнения долихоколон при неэффективности консервативной терапии
- в) отсутствие приверженности пациента к консервативному лечению

94. Хирургическое лечение перианальных кондилом показано при :

- а) при размерах образования больше 1 см
- б) при невозможности удаления консервативными методами
- в) при наличии гигантских кондилом

95. Осложнения остроконечных перианальных кондилом:

- а) развитие плоскоклеточного рака
- б) формирование локально пиодермии
- в) кровотечения
- г) парапроктит

96. Дифференциальная диагностика остроконечных перианальных кондилом производится:

- а) раком анального канала
- б) актиномикозом
- в) свищами прямой кишки

97. Этиология остроконечных перианальных кондилом:

- а) вирусная
- б) аутоиммунная
- в) аллергическая

98. В обязательный алгоритм обследования при наличии перианальных кондилом входит:

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) проктография

в) профилометрия

99. Не встречающееся осложнение остроконечных перианальных кондилом:

а) развитие плоскоклеточного рака

б) рецидивирование

в) кровотечение

г) некроз

100. При гигантских циркулярных разрастаниях перианальных кондилом показано:

а) этапное иссечение образования

б) иссечение опухоли с пластикой ран

в) этапная электро и лазерная коагуляция

101. Медикаментозная терапия остроконечных кондилом заключается:

а) коррекция иммунного статуса

б) гормональной терапии

в) не проводится

102. Медицинская профилактика рецидива кондилом проводится:

а) иммуномодулирующими препаратами

б) антибактериальными препаратами

в) препараты НПВС

103. Не является причиной рецидива кондилом:

- а) неадекватность операции
- б) не проведение медикаментозной профилактики
- в) нарушение гигиены промежности

104. Идиопатический мегаколон - это:

- а) хроническое расширение толстой кишки, для которого не удается выявить четкий этиологический фактор
- б) хроническое расширение двенадцатиперстной кишки
- в) хроническое расширение тонкой кишки
- г) расширение пилорического отдела желудка

105. Идиопатический мегаколон - это:

- а) увеличение ректального резервуара
- б) расширение толстой кишки
- в) удлинение всей ободочной кишки
- г) хроническое расширение тонкой кишки

106. Что не относится к выделяемым формам мегаколона:

- а) мегаректум
- б) мегаколон
- в) долихомегаколон
- г) мегацекум

107. Какие клинические симптомы нехарактерны для идиопатического мегаколона:

- а) длительный анамнез запоров
- б) каломазание
- в) чередование поносов и запоров
- г) прогрессирующее вздутие живота
- д) затрудненное отхождение газов
- е) рвота

108. Дифференциальный диагноз идиопатического мегаколона проводится:

- а) токсическим мегаколоном
- б) опухолью толстой кишки

- в) воспалительной стриктурой кишечника
- г) синдромом Огилви
- д) болезнью Гиршпрунга
- е) синдромом раздраженного кишечника

109. Основным методом диагностики идиопатического мегаколона является:

- а) ирригоскопия с бариевой взвесью в условиях двойного контрастирования
- б) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- в) исследование транзита бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту
- г) УЗИ органов брюшной полости

110. Какие методы дополнительно не рекомендуется использовать в лечении идиопатического мегаколона:

- а) очистительные клизмы
- б) электростимуляция кожная и ректальная
- в) иглорефлексотерапия
- г) лазеротерапия
- д) БОС - терапия (биологическая обратная связь)

е) Массаж живота

111.Какие осложнения идиопатического мегаколона Вы знаете:

а) заворот кишок

б) кишечное кровотечение

в) малигнизация

г) перфорация

112.Какие методы лечения осложненного идиопатического мегаколона Вы знаете:

а) консервативный

б) хирургический

в) лучевой

113.Где должно осуществляться плановое хирургическое лечение идиопатического мегаколона:

а) в хирургическом отделении ЦРБ

б) в хирургическом отделении областных клинических больниц

в) в специализированных колопроктологических центрах

г) в хирургическом отделении городских больниц

114.К объективным методам оценки степени анальной инконтиненции относятся:

- а) профилометрия
- б) ректороманоскопия
- в) проктография

115.К клиническим признакам недостаточности анального сфинктера относят:

1. Каломазание, 2. недержание газов, 3 выделение крови, 4 выпадение геморроидальных узлов при дефекации, 5 боли при дефекации

- а) 1,4,5
- б) 3,4
- в) 1,2

116.Ко II степени недержания анального сфинктера относят:

- а) недержание газов и жидкого кала
- б) недержание газов
- в) недержание оформленного кишечного содержимого

117. Самая высокая степень риска развития недержания связана с:

- а) операционной травмой
- б) травмой во время родов
- в) функциональными расстройствами

118. Нормальный мышечный тонус анального сфинктера:

- а) 400-420 г.
- б) 130-300 г
- в) 350-380 г

119. Показания к оперативному лечению недостаточности анального сфинктера

- а) дефекты сфинктера от $1/4$ окружности и больше
- б) неорганическая недостаточность анального сфинктера
- в) с линейным дефектом до $1/4$ окружности

120. Терапевтическое лечение анальной инконтиненции показано при:

- а) дефекты сфинктера размером более $1/4$ окружности
- б) недержание I степени, развившееся в связи с выпадением прямой кишки
- в) нарушении нервно-рефлекторных связей

121.Выключение калового пассажа через анальный канал наложением колостомы выполняется у больных

- а) при недостаточности анального сфинктера II-III ст
- б) при неблагоприятных факторах заживления ран после сфинктеропластики
- в) при сочетании обеих признаков
- г) не применяется

123.После пластики сфинктера наиболее эффективным методом лечения для восстановления функции является:

- а) гидроколнотерапия
- б) электрофизиолечение
- в) медикаментозная стимуляция
- г) биофидбэк терапия

124.Оперативное восстановление функции анального жома чаще всего проводится

- а) сфинктеропластикой
- б) глютеопластикой
- в) грацилопластикой

125.К основным клиническим проявлениям острого парапроктита относится все кроме:

- а) нарастающая боль в области заднего прохода, промежности

- б) повышение температуры тела
- в) кровотечение из ануса
- г) острое начало

126. При тазово-прямокишечной локализации абсцесса диагностически важными является проведение:

- а) фистулографии
- б) пальцевое исследование
- в) сфинктерометрия
- г) определение кожно-анального рефлекса

127. Наиболее тяжелая форма острого парапроктита:

- а) анаэробный
- б) подслизистый
- в) рецидивный

128. При каких условиях не следует стремиться к радикальной операции при парапроктите:

- а) невозможность определения пораженной крипты, тяжелое соматическое состояние пациента
- б) пельвиоректальная локализация абсцесса

в) сопутствующие проктологические заболевания

129. При оперативном лечении гнойного парапроктита, установлено что процесс распространяется только до подкожной порции наружного сфинктера, объем вмешательства:

а) вскрытие и дренирование абсцесса

б) вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода

в) вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение эластичной дренирующей лигатуры

130. Какой доступ выполняется при пельвиоректальном парапроктите:

а) радиальный

б) полулунный отступя не менее 3 см от края ануса

в) комбинированный с пересечением анокопчиковой связки

131. Специфической профилактикой острого парапроктита является:

а) коррекция хронических заболеваний (атеросклероз, сахарный диабет)

б) закаливание

в) укрепление местного и гуморального иммунитета

г) специфической профилактики нет

д) лечение сопутствующих проктологических заболеваний

132.Исходом лечения острого парапроктита является:

- а) формирования свища
- б) рубцовая стриктура анального канала
- в) анальное недержание

133.В лечении острого парапроктита решающее значение имеет:

- а) адекватное дренирование абсцесса
- б) объем антибактериальной терапии
- в) физиолечение

134.Оптимальное расположение больного на операционном столе при операции по поводу острого парапроктита:

- а) по Депажу
- б) лежа на боку
- в) на кресле с приведенными к животу коленями

135.Наиболее точный метод диагностики пресакральных кист:

- а) ректороманоскопия
- б) магнитно-резонансная томография органов малого таза
- в) проктография
- г) аноскопия

136. Патогенез параректальных кист:

- а) эмбриональное происхождение
- б) следствие травм
- в) перенесенные воспалительные процессы параректальной клетчатки

137. Не встречающееся осложнение пресакральных кист:

- а) нагноение
- б) малигнизация
- в) формирование свищей
- г) кровотечение

138. Пресакральные кисты чаще встречаются:

- а) у мужчин
- б) у женщин
- в) не связана с полом

139. Какой операционный доступ используется при небольших кистах ректовагинальной перегородки?

- а) парасакральный
- б) промежностный
- в) трансвагинальный

140. Показания к хирургическому лечению пресакральных кист

- а) при формировании супралевакторных свищей
- б) при нагноении кисты
- в) при значительном увеличении размеров кисты за период наблюдения
- г) наличие пресакральной кисты является показанием к оперативному лечению

141. Не может являться осложнением пресакральной кисты:

- а) нагноение тератоидных образований;
- б) образование свищей;
- в) злокачественное перерождение каудальных тератом
- г) остеомиелит крестца

142. Наиболее частое осложнение пресакральной кисты

- а) нагноение
- б) кровотечение
- в) малигнизация

143. Данное осложнение не встречается при удалении пресакральной кисты:

- а) перфорация стенки прямой кишки
- б) кровотечение
- в) травма крестца

144. У больных с не осложненной пресакральной кистой слизистая прямой кишки:

- а) гипертрофирована
- б) атрофирована
- в) не изменена

145. Ректо-вагинальные свищи развиваются чаще всего:

- а) после лучевой терапии
- б) после низкой резекции прямой кишки
- в) операции Лонго при геморрое
- г) после акушерской травмы

146. Основные клинические проявления РВС:

- а) выделение слизи из анального канала
- б) кишечное отделяемое из влагалища
- в) гнойные затеки в параректальную клетчатку

147. Ректовагинальный свищ не может развиваться в результате:

- а) акушерской травмы
- б) острого парапроктита
- в) обострения геморроя

148. Проба с введением красителя в просвет кишки дает возможность определить:

- а) локализацию свищевого отверстия при ректовагинальном свище
- б) тонус анального сфинктера
- в) протяженность свищевого хода

149. При низких ректо-вагинальных свищах выполняются следующие операции:

- а) иссечение свища в просвет кишки
- б) операция Мартиуса
- в) транспозиция нежной мышцы бедра в ректо-вагинальную перегородку
- г) при низкоорасположенных ректо-вагинальных свищах операции не показано,

заболевание проходит самостоятельно

150. При наличии гнойно-воспалительных процессов возможно выполнение радикальной операции:

- а) при адекватной антибактериальной терапии
- б) при хорошей санации просвета влагалища и прямой кишки
- в) не допустимо

151. У больных с ректовагинальными свищами консервативное является успешным и показано:

- а) когда причиной свища является воспалительные заболевания кишечника
- б) не показано при любой причине развития свища
- в) у молодых больных
- г) у лиц старше 60 лет

152. Профилактика формирования ректовагинального свища заключается в:

- а) улучшении качества акушерских пособий
- б) соблюдение гигиенических мероприятий
- в) профилактика запоров

153. Оперативное лечение по поводу ректовагинального свища показано:

- а) у лиц молодого возраста
- б) перенесшим акушерскую травму
- в) наличие ректовагинального свища

154. Консервативное лечение при ректовагинальном свище допустимо при:

- а) низких ректовагинальных свищах
- б) прямолинейном и коротком свищевом ходе
- в) консервативное лечение неэффективно

155. Характерные жалобы для пациенток с ректоцеле II степени: 1) выделение крови со стулом 2) чувство инородного тела в перианальной области 3) затрудненный акт дефекации 4) чувство недоопорожнения при дефекации 5) изменение формы стула

- а) 1,3,5
- б) 2,3,4
- в) 3,4

156. Дифференциальный диагноз ректоцеле необходимо проводить с:

- а) цистоцеле
- б) выпадением прямой кишки
- в) недостаточностью анального сфинктера

157. Признак ректоцеле II ст:

- а) пролабирование передней стенки прямой кишки за пределы половой щели

- б) небольшой карман передней стенки прямой кишки
- в) карман прямой кишки, достигающий до преддверия влагалища

158. В обязательный алгоритм предоперационного обследования при ректоцеле входит:

- а) колоноскопия
- б) дефекография
- в) электромиография

159. Наиболее частая причина развития синдрома опущения промежности:

- а) повреждение связочно-мышечного аппарата промежности при осложненных родах
- б) избыточный вес
- в) гиподинамия

160. Максимальное давление в анальном канале в норме при профилометрии:

- а) 137 мм.рт.ст
- б) 250 мм.рт.ст
- в) 50 мм.рт.ст

161. Риск развития ректоцеле не увеличивает:

- а) тяжелые физические нагрузки
- б) изменение конфигурации позвоночника
- в) осложненное течение родов
- г) кесарево сечение в анамнезе

162. Показания к хирургическому лечению ректоцеле:

- а) наличие ректоцеле является показанием к хирургическому лечению
- б) опорожнение прямой кишки происходит только при помощи ручного вспоможения
- в) требуется подбор рациона и назначение слабительных средств для регулярного опорожнения прямой кишки

163. Для хирургического лечения ректоцеле не используется:

- а) трансвагинальный доступ
- б) трансперинеальный
- в) парасакральный

164. Операция Лонго это:

- а) передняя сфинктеролеваторопластика
- б) трансакральная резекция прямой кишки

в) ректоколюпосакропексия сетчатым имплантом

165. Что не входит в понятие синдрома раздраженного кишечника согласно Римским критериям III пересмотра:

- а) боль или дискомфорт в животе
- б) уменьшение боли после дефекации
- в) сочетание с изменением частоты стула
- г) сочетание с изменением консистенции стула
- д) отсутствие болевого синдрома

166. СРК исключает следующие расстройства стула:

- а) запоры
- б) поносы в утренние часы
- в) частый жидкий стул в течение суток

167. Ведущим симптомом при СРК является:

- а) боли в животе
- б) поносы в ночное время
- в) ректальные кровотечения
- г) вздутие живота

168.Для СРК характерно:

- а) гипохромная анемия
- б) дефицит витамина С
- в) стабильность общего состояния больного на протяжении многих лет
- г) пеллагроидные изменения кожи
- д) дефицит витамина В12

170.Диспареуния - это:

- а) боль в области малого таза или наружных половых органов, испытываемая во время полового сношения и имеющая психическую природу
- б) извращение вкуса
- в) уменьшение содержания желчных кислот в желчи
- г) нарушение секреторной функции слизистой оболочки

171.Основные симптомы, позволяющие заподозрить СРК:

- а) случаи колоректального рака в семейном анамнезе
- б) лихорадка ($>37,5$ °С)

- в) отсутствие симптомов ночью
- г) появление крови в каловых массах
- д) изнуряющая диарея

172. Какие нарушения психического состояния не встречаются при СРК:

- а) тревога, стрессовое состояние
- б) усталость, депрессия
- в) дурнота, сердцебиение
- г) головокружение, головные боли
- д) нарушение ориентации в месте нахождения

173. В диагностике СРК не используют методы исследования:

- а) аноректальную манометрию
- б) ректороманоскопию
- в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- г) ирригоскопию
- д) колоноскопию с биопсией

174. Базисная терапия СРК включает:

- а) спазмолитики
- б) глюкокортикостероиды
- в) иммуносупрессоры
- г) биологическая (антицитокиновая) терапия

175. Для лечения СРК не используют:

- а) диетотерапию
- б) ЛФК
- в) рефлексотерапию
- г) санаторно -курортное лечение
- д) хирургическое лечение

176. У пациента после обструктивной резекции сигмовидной кишки по поводу осложненного дивертикулеза сформирована сигмостома. Каковы оптимальные сроки выполнения восстановительной операции:

- а) 2 месяца
- б) 3-6 месяцев
- в) 4-5 недель

177. Какие мероприятия при выполнении обструктивной резекции улучшают условия выполнения восстановительной операции:

- а) наложение стомы на мобильном участке кишки
- б) фиксация культи в парастомальной области
- в) выполнение резекции малотравматичными способами- лапароскопически ассистированным, минидоступом.
- г) формирование короткой культи прямой кишки

178.К поздним осложнениям стом относится, все кроме:

- а) стриктуры
- б) парастомальной грыжи
- в) парастомальных свищей
- г) эвагинации
- д) парастомальной флегмоны

179.Для определения диастаза между анастомозируемыми сегментами у пациентов после операции Гартмана выполняется:

- а) колоноскопия
- б) проктография и ирригоскопия
- в) обзорная рентгенография органов брюшной полости

180.Какой объем оперативного лечения целесообразен у пациента с дивертикулезом осложненным паракишечным инфильтратом, кишечной

непроходимостью:

- а) формирование проксимальной петлевой стомы
- б) резекция инфильтрата и формирование анастомоза
- в) операция Гартмана

181.Цекостома относится к след виду стом:

- а) петлевая
- б) пристеночная
- в) концевая

182.Наиболее частое место выведения колостомы на переднюю брюшную стенку:

- а) правая подвздошная область
- б) подреберная область
- в) левая подвздошная область

183.Рациональный способ фиксации концевой стомы в ране передней брюшной стенки:

- а) к коже
- б) только к брюшине

в) к брюшине и коже

184. Частота встречаемости стом по данным ВОЗ:

- а) 1 пациент на 1000 населения
- б) 1 пациент на 10000 населения
- в) 1 пациент 100000 населения

185. Наиболее часто встречающееся осложнение после формирования стомы в раннем послеоперационном периоде:

- а) инфицирование раны
- б) ретракция
- в) некроз

186. Основной причиной развития хронического парапроктита – свища прямой кишки является:

- а) сфинктерит
- б) геморрой
- в) перенесенный острый гнойный парапроктит
- г) перенесенная травма
- д) болезнь Крона

187. По отношению свищевого хода к наружному сфинктеру параректальные свищи не бывают

- а) интрасфинктерные
- б) трансфинктерные
- в) парасфинктерные
- г) экстрафинктерные

188. Параректальные свищи не бывают:

- а) полные
- б) неполные
- в) слепые

189. Не относится к обязательным методам исследования при параректальных свищах:

- а) ультрасонография ректальным датчиком
- б) пальпация перианальной области
- в) фистулография
- г) зондовое исследование
- д) красящая проба

190. Для исследования свищей прямой кишки не используется:

- а) аноскопия
- б) ректороманоскопия
- в) фистулография

- г) наружный осмотр и пальпация
- д) копрограмма

191. Что обозначает термин «анальная инконтиненция»:

- а) выпадение прямой кишки
- б) недержание стула и газов
- в) развитие на фоне параректального свища воспалительного поражения прямой кишки и окружающих её тканей

192. Какой из свищей протекает наиболее неблагоприятно, а его лечение сопровождается наибольшим количеством рецидивов

- а) экстрасфинктерные параректальные свищи
- б) параректальные свищи связанные с болезнью Крона
- в) трансфинктерные параректальные свищи

193. При свищах с локализацией внутреннего отверстия выше зубчатой линии при выраженных гнойно-воспалительных процессах предпочтительно:

- а) выполнить пластику внутреннего отверстия с вскрытием и дренированием гнойных очагов
- б) вывести первым этапом колостому
- в) применить лигатурную методику эластичными жгутами

194. Основным методом профилактики развития хронического парапроктита является:

- а) Своевременное и адекватное хирургическое лечение острого парапроктита
- б) Назначение антибиотиков под контролем чувствительности после операции по поводу острого парапроктита
- в) Соблюдение гигиены, лечение кожных заболеваний промежности.

195. Лечение параректальных свищей с помощью фибринового клея наиболее целесообразно:

- а) во всех случаях параректальных свищей.
- б) свищей сложной формы
- в) экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей
- г) интерсфинктерных свищей или свищей захватывающих не более 30% сфинктера

196. Этиология возникновения эпителиального копчикового хода:

- а) бактериальная
- б) неправильный рост волос
- в) дефект развития каудального конца эмбриона

197. Клинические проявления болезни появляются как правило в возрасте:

- а) в детском возрасте
- б) с наступлением полового созревания

в) в среднем возрасте

198. Соотношение мужчин и женщин среди пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами:

а) в равной степени болеют мужчины и женщины

б) чаще мужчины

в) чаще женщины

199. Дифференциальная диагностика эпителиального копчикового хода проводится:

а) парапроктитом

б) аднекситом

в) острым геморроем

200. Содержимым эпителиального копчикового хода не является:

а) волосяные луковицы

б) сальные железы

в) ликвор

201. Вскрытие очага при остром воспалении эпителиального копчикового хода не приводит:

а) к излечению

б) развитию хронического воспаления эпителиального копчикового хода

в) формированию свищевого хода

202. Объем лечения в стадии хронического воспаления эпителиального копчикового хода, осложненного гнойными свищами:

а) радикальная операция с иссечением хода и ушиванием раны

б) физиотерапия

в) санация гнойных свищей

203. Наиболее часто встречающееся осложнение после иссечения эпителиального копчикового хода:

а) инфицирование раны

б) кровотечение из раны

в) остеомиелит крестца

204. При длительно сохраняющейся температуре после вскрытия острого воспаления эпителиального копчикового хода показано:

а) диагностические мероприятия и ревизия раны

б) выполнение радикального иссечения эпителиального копчикового хода

в) назначение физиотерапии

205. Выпадение прямой кишки бывает:

а) наружным

б) средним

в) ретроградным

206. Выпадение прямой кишки делится:

- а) на выпадение слизистой
- б) слизистой и мышечной оболочки
- в) всех слоев прямой кишки

207. Термин ректальный пролапс обозначает:

- а) низкий тонус мышц промежности, тазовой диафрагмы
- б) низкий тонус, атонию сфинктеров прямой кишки
- в) выпадение прямой кишки

208. Кто наиболее часто страдает наружным выпадением прямой кишки:

- а) мужчины
- б) женщины
- в) мужчины и женщины страдают одинаково

209. Что обозначает термин «стадия декомпенсации», у больных с наружным выпадением прямой кишки:

- а) Выпавшая кишка вправляется за счёт сокращения мышц тазового дна;
- б) Выпавшая кишка не может вправиться самостоятельно и может быть вправлена только принудительно, как правило руками
- в) Выпадение кишки сопровождается развитием одного или нескольких осложнений со стороны других органов

210.Ректотомия с резекцией толстой кишки показана:

- а) при долихосигме
- б) при нарушении транзита в левых отделах толстой кишки
- в) при преобладании симптомов недержания

211.При сочетании ректального пролапса с солитарной язвой прямой кишки предпочтительна:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) операция Делорма
- в) операция Зеренина-Кюмеля с пластикой тазовой брюшины

212.Оперативное лечение наружного выпадения прямой кишки сопровождается количеством рецидивов:

- а) рецидивы бывают очень редко, практически единичные случаи.
- б) рецидивы составляют 10%
- в) количество рецидивов доходит до 30%

213.Под консервативным лечением выпадения прямой кишки подразумевают:

- а) выполнение склерозирование параректальной клетчатки (верные спирт-новокаиновые инъекции)
- б) прием препаратов повышающих тонус поперечно-полосатой и гладко-мышечных структур

в) преимущественно заключается в лечении запоров с помощью соответствующей диеты, использования слабительных.

214. Язвенный колит - это:

- а) хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки
- б) заболевание толстой кишки сосудистого генеза
- в) заболевание желудка, обусловленное приемом НПВП
- г) заболевания двенадцатиперстной кишки, обусловленное синдромом избыточного бактериального роста

215. Язвенный колит может локализоваться только:

- а) в толстой кишке
- б) в толстой и тонкой кишке, желудке и пищеводе
- в) в толстой и тонкой кишке, анальном канале и ротовой полости
- г) в любом отделе ЖКТ

216. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

- а) слизистая оболочка

- б) слизистая и мышечный слой оболочки
- в) серозная оболочка
- г) вся стенка кишки
- д) мышечный слой кишки

217. К системным признакам воспаления при язвенном колите не относят:

- а) снижение массы тела более чем на 10% в течение последнего месяца
- б) лейкоцитоз
- в) лихорадку
- г) ускорение СОЭ
- д) повышение уровня острофазных белков (СРБ, фибриноген, серомукоид)

218. Какой из диагностических инструментальных методов наиболее предпочтителен для диагностики язвенного колита:

- а) ирригоскопия
- б) колоноскопия
- в) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием
- г) капсульная эндоскопия

219. Для подготовки к проведению ирригоскопии и колоноскопии в настоящее время не

используют:

- а) фортранс
- б) флит – соду
- в) лактулозу
- г) касторовое масло
- д) очистительные клизмы

220.Базисная терапия язвенного колита, резистентного к глюкокортикостероидам, включает:

- а) препараты 5-АСК
- б) иммуносупрессоры
- в) антибиотики
- г) антидепрессанты

221. Общие правила профилактики профессионального заражения ВИЧ – инфекцией, выполняемые медицинским персоналом:

1. При оказании медицинской помощи, работе с биологическими жидкостями, каждый пациент рассматривается как потенциальный источник ВИЧ – инфекции;|
2. Каждое рабочее место, где возможен контакт с биологическими жидкостями, должно быть обеспечено аптечками для экстренной профилактики ВИЧ – инфекции при аварийных ситуациях|
3. Все медицинские манипуляции производятся в медицинских перчатках|
4. Во избежание риска микротравматизма нельзя использовать жесткие щетки для мытья рук;|
5. Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов, которые соприкасались с биологическими жидкостями необходимо проводить только после предварительной дезинфекции|

6. Всех пациентов, получающих парентеральные процедуры в ЛПУ обследовать на антитела к ВИЧ.
222. Действия медицинского персонала в случае порезов, уколов с нарушением целостности кожных покровов:

1. Снять перчатки;|
2. Выдавить кровь;|
3. Вымыть руки с мылом;|
4. Обработать руки 70 % этиловым спиртом;|
5. Смазать рану 5 % спиртовым раствором йода;|
6. Заклеить рану лейкопластырем.

223. Перечислите факторы, от которых зависит риск заражения ВИЧ – инфекцией при аварийном случае у медицинского работника:

1. Вирусная нагрузка пациентов;|
2. Стадия заболевания пациента;|
3. Степень контаминации заразным материалом инструмента;|
4. Степень нарушения целостности кожных покровов, слизистых оболочек|
5. Оперативность и качество оказания самопомощи;|
6. Своевременность проведения постконтактной химиопрофилактики антиретровирусными препаратами;|
- 7.Квалификационной категории медицинского работника

224. Дотестовое консультирование по ВИЧ-инфекции включает в себя:

1. Определение наличия или отсутствия у обследуемого индивидуальных факторов риска;|
2. Возможные последствия тестирования;|
3. Оценку информированности освидетельствуемого по вопросам профилактики ВИЧ - инфекции;|
4. Предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ;|
5. Предоставление информации о видах помощи доступных для инфицированного ВИЧ;|
6. Осмотр на наличие признаков заболевания.

225. При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

1. 112;|
2. 113;|

3. 109.

226. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

1. 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата;|
2. 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата;|
3. Промыть водой.

227. Для установления факта инфицированности ВИЧ у взрослого (без уточнения клинической стадии) достаточно:

1. Определение СД-4 клеток;|
2. Определение уровня иммуноглобулина;|
3. Наличие полового контакта с ВИЧ-инфицированным;|
4. Обнаружение в крови антител к ВИЧ методом иммунного блотинга;|
5. Наличие саркомы Капоши;|
6. Наличие генерализованной лимфаденопатии.

228. При несчастном случае на производстве Вы должны:

1. Провести эпидрасследование несчастного случая на производстве;|
2. Сообщить родственникам больного о произошедшей аварийной ситуации;|
3. Оказать себе самопомощь;|
4. Провести дезинфекцию биологического материала, вызвавшего аварию;|
5. Зарегистрировать аварийную ситуацию в специальном журнале по учету несчастных случаев на производстве;|
6. Взять расписку с больного о том, когда он был последний раз обследован на наличие антител к ВИЧ;|
7. Поставить в известность об аварии вышестоящее руководство;|
8. Обследовать медработника на наличие антител к ВИЧ, используя экспресс тесты, с последующим обследованием методом ИФА|
9. Составить акты о несчастном случае на производстве;|
10. Желательно в первые два часа, но не позднее 72 часов с момента аварии, начать прием калетры

(лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин);|

11. Желательно в первые два часа, но не позднее 48 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин);|

12. В дальнейшем наблюдаться у доверенного врача и обследоваться на антитела к ВИЧ в течение года каждые 3 месяца.

229. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

1. Максимальное подавление репликации ВИЧ;|
2. Полная элиминация вируса из организма;|
3. Сохранение функции иммунной системы;|
4. Повышение качества жизни.

230. Выберите признаки, характерные для ВИЧ-инфекции:

1. Вирусная антропонозная инфекция;|
2. Преимущественно отсроченное присоединение вторичных заболеваний;|
3. Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний;|
4. Имеет контактный механизм передачи;|
5. Заразность на протяжении всего заболевания;|
6. Заразность в манифестной стадии заболевания;|
7. Верно все выше перечисленное;|
8. Лечение избавляет от вируса.

231 Наиболее частой причиной болей в животе у пациентов в поздней стадии ВИЧ-инфекции является:

1. Туберкулез;|
2. Злокачественная Лимфома;|
3. Саркома Копоши;|
4. ЦМВ -инфекция.

232. Вероятность развития панкреатита возрастает у пациентов получающих схему ВААРТ включающую:

1. Ставудин;|

2. Диданозин;|
3. Лопиновир/ритонавир;|
4. Ламивудин;|
5. Эфавиренз.

233. Какие из перечисленных онкологических заболеваний не являются СПИД индикаторными:

1. Рак печени;|
2. Рак тонкой кишки;|
3. Рак шейки матки;|
4. Рак легкого.

234. Перечислите препараты для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекции в ЛПУ:

1. 70* этиловый спирт, спиртовой раствор йода, вода (водопроводная или стерильная), калетра (лопинавир/ритонавир), комбивир (зидовудин/ламивудин);|
2. хлоргексидин 20%, октисепт или октинеде, спирт этиловый 70*, 10% протаргол, водный раствор йода 5%;|
3. 6% перекись, спирт этиловый 70*, 5% раствор йода, 40% сульфацил, перманганат калия 0,05%, 10% протаргол.

235. Перечислите действующие в настоящее время коды для направлений при обследовании на антитела к ВИЧ:

1. 102,104,108,109,113,117,115,126,118,121,123,127,200,112.|
2. 102,103,104,108,109,112,113,115,118,120,200.|
3. 102,104,108,109,113,117,115,118,126,127,122,125,200.

236. Основной причиной полной потери зрения у больных СПИДом является:

1. ЦМВ-инфекция.|
2. длительное лихорадящее состояние;|
3. туберкулез.

237. Выберите правильное утверждение относительно ВИЧ-инфекции:

1. с каждым годом количество живущих ВИЧ-инфицированных увеличивается;|
2. отсутствует сезонность в заболевании;|

3. социальные факторы не являются ведущими в распространении ВИЧ-инфекции;|
4. большое количество нозокомиальных заражений;|
5. до настоящего времени болеют только лица, употребляющие наркотиков и работники коммерческого секса;|
6. ведущие пути: половой и наркотический;|
7. высокий риск заражения при анальном сексе.

238. Дотестовое консультирование по ВИЧ – инфекции предусматривает:

- 1.Получение информированного согласия на обследование;|
- 2.Оценка поведенческих рисков инфицирования;|
- 3.Обучение безопасному в плане заражения ВИЧ – инфекцией поведению;|
- 4.Оказание психологической поддержки.

239.Укажите препараты для лечения токсоплазмоза у больных с ВИЧ-инфекцией:

1. фолиевая кислота;|
2. ганцикловир;|
3. бисептол;|
4. фансидар;|
5. эритромицин;|
6. пиремитамин-сульфадиазин.

240. В направлении на обследование на антитела к ВИЧ персональные данные пациента (ФИО, адрес и т.д.) указываются:

1. При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность;|
2. Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего личность.

241. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

242. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

243. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- А). на срок не более 15 дней;

- Б) на срок не более 30 дней;
- В) на весь срок нетрудоспособности.

244. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

245. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- А) не чаще чем два раза в год;
- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

246. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

247. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

248. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

249. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

250. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;
- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- И) соблюдение врачебной тайны;
- К) всё вышеперечисленное.