

Колопроктология (ВО) Первая категория

1. По клиническому течению аденоматоз толстой кишки делится:

- а) легкой, средней, тяжелой формы
- б) классическая, неклассическая форма
- в) классическая, тяжелая, ослабленная форма
- г) с кровотечениями и без

2. 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

3. Термин «анальные полипы» является:

- а) описательным клиническим термином
- б) морфологический
- в) инструментальный
- г) все перечисленные варианты верны

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

- а) истинные, неистинные, злокачественные
- б) истинные, неистинные
- в) пограничные, истинные, не злокачественные
- г) доброкачественные и малигнизированные

5. Гиперпластические полипы развиваются чаще:

- а) в результате малигнизации
- б) хронического воспалительного процесса
- в) при сочетании с геморроидальной болезнью
- г) как следствие других заболеваний анального канала

6. Гипертрофированный анальный сосочек одна из форм:

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

7. Гипертрофированный анальный сосочек малигнизируется:

- а) облигатный предрак
- б) не малигнизируется
- в) факультативный предрак
- г) в 15% случаев

8. Гипертрофированный анальный сосочек может быть диагностирован при:

- а) аноскопии
- б) УЗИ малого таза
- в) профилометрии
- г) МРТ малого таза

9. Нетипная клиническая картина для гипертрофированного анального сосочка:

- а) каломазание
- б) выпадение
- в) кровотечение
- г) необходимость ручного вправления после дефекации

10. Гипертрофированный анальный сосочек может осложниться:

- а) выпадением
- б) флегмоной фурнъе
- в) формированием неполного внутреннего свища
- г) малигнизацией

11. Оперативное лечение при гипертрофированном анальном сосочке показано при:

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

г) в зависимости от результатов морфологического исследования биоптата

12. Оперативное лечение при гипертрофированном анальном сосочке заключается в:

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

13. 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
- г) типичная локализация боковая стенка анального канала

14. Осложнение не встречающееся при хронической анальной трещине:

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

15. Анальный рефлекс у пациента с хронической анальной трещиной:

- а) остается нормальным
- б) снижен
- в) повышен
- г) не определяется

16. Выберите характерные клинические признаки анальной трещины: 1.

Стулобоязнь 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
- г) 2,5,6

17. Стулобоязнь признак чаще встречающийся при:

- а) остром парапроктите
- б) пресакральной кисте
- в) анальной трещине
- г) комбинированном геморрое II ст

18. Лечебные мероприятия при анальной трещине следует начинать с:

- а) новокаиновой блокады
- б) оперативного лечения
- в) консервативного лечения
- г) инъекции миорелаксантов периферического действия

19. Ключевым моментом в лечении анальной трещины является:

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

20. Консервативное лечение анальной трещины не эффективно при:

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

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

- а) 8 недель
- б) 4 недель
- в) ограничений нет
- г) 2 недель

22. 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
- г) не эффективность консервативного лечения в течение недели

23. Оперативное лечение хронической анальной трещины предусматривает:

- а) иссечение язвы
- б) иссечение с дозированной сфинктеротомией
- в) иссечение раны с пластикой раны сфинктера
- г) дивульсию анального сфинктера

24. Приобретенная ангиодисплазия чаще возникает у лиц:

- а) старше 50 лет
- б) 20-30 лет
- в) не зависит от возраста
- г) 30-40 лет

25. Врожденные ангиодисплазии чаще локализуются в:

- а) дистальных отделах толстой кишки
- б) подвздошной кишке
- в) слепой кишке
- г) могут локализоваться в любом отделе ободочной кишки

26. 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

27. В отношении болезни Гиршпрунга верны следующие положения:

- а) является широко распространенным
- б) чаще болеют дети
- в) чаще болеют девочки

г) поражается тощая кишка

28. 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

29. 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

30. 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

31. К внекишечным проявлениям болезни Крона не относится:

а) первичный склеозирующий холангит

б) иридоциклит

в) узловатая эритема

г) крапивница

32. 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

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

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

34. 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

35. Причина патологического увеличения геморроидальных узлов

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

36. Приводящий фактор увеличения геморроидальных узлов

- а) запоры
- б) гиперплазия кавернозной ткани
- в) проктит
- г) парапроктит

37. Оптимальным методом лечения хронического геморроя IV стадии является:

- а) инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов
- б) склеротерапия
- в) операция Лонго
- г) операция Миллигана-Моргана

38. Выполнение инфракрасной фотокоагуляции при хроническом геморрое

противопоказано при:

- а) парапроктите
- б) кровотечении
- в) отсутствии дифференциации между узлами
- г) хроническом геморрое iv ст

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

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

40. Операция Лонго это:

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

41. К малоинвазивным методам лечения геморроя относится:

- а) операция лонго
- б) склеротерапия
- в) миллигана моргана
- г) открытая геморроидэктомия

42. Осложнение не встречающееся при дивертикулярной болезни:

- а) паракишечный инфильтрат
- б) кишечная непроходимость
- в) кровотечение
- г) малигнизация

43. Какой метод исследования не используется 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

44. Фактор не являющийся ключевым в патогенезе дивертикулеза:

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

45. Какой отдел толстой кишки чаще поражается дивертикулами:

- а) сигмовидная кишка
- б) нисходящий отдел
- в) правые отделы ободочной кишки
- г) прямая кишка

46. Наиболее информативный метод выявления дивертикулеза:

- а) ирригоскопия
- б) УЗИ брюшной полости
- в) КТ органов брюшной полости
- г) селективная ангиография

47. Рентгенологическим признаком 3 типа морфофункциональных изменений кишки относится:

- а) «пилообразный» контур
- б) просвет кишки 3,5-4 см
- в) сохранение эластичности стенки
- г) сглаженность гаустр

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

- а) нормализация стула

- б) исключение физических нагрузок
- в) коррекция дисбактериоза
- г) коррекция нарушений процесса пищеварения

49. К абсолютным показаниям к оперативному лечению при дивертикулезе относится

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

50. Экстренное оперативное лечение воспалительных осложнений дивертикулярной болезни показано:

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

51. Объем вмешательств при перфорации дивертикула и перитоните:

- а) ушивание перфоративного отверстия
- б) ушивание перфоративного отверстия и наложение протекционной стомы
- в) операции гартмана
- г) формирование обходного анастомоза

52. Объем вмешательств при перфорации дивертикула и перитоните:

- а) ушивание перфоративного отверстия
- б) ушивание перфоративного отверстия и наложение протекционной стомы
- в) экстериоризация
- г) формирование обходного анастомоза

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

- а) хирургический
- б) эндоскопический

- в) консервативны
- г) комплексный поэтапный

54. Какие слабительные средства являются оптимальными при лечении долихоколон:

- а) ферментные препараты
- б) препараты полиэтиленгликоля
- в) стимулирующие слабительные
- г) осмотические слабительные

55. Что не является показанием к хирургическому вмешательству при долихоколон:

- а) неэффективность консервативной терапии, стойкие запоры
- б) запоры, болевой синдром, выраженное нарушение качества жизни
- в) осложнения долихоколон при неэффективности консервативной терапии
- г) отсутствие приверженности пациента к консервативному лечению

56. Хирургическое лечение перианальных кондилом показано при:

- а) наличие кондилом является показанием к оперативному лечению
- б) при невозможности удаления консервативными методами
- в) сочетании перианального расположения и поражения половых органов
- г) хирургическое лечение неприменяется

57. Осложнения остроконечных перианальных кондилом:

- а) малигнизация
- б) острый парапроктит
- в) язва анодермы
- г) свищ прямой кишки

58. Дифференциальная диагностика остроконечных перианальных кондилом производится:

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

г) гипертрофированным анальным сосочком

59. Этиология остроконечных перианальных кондилом:

а) вирусная

б) аутоиммунная

в) аллергическая

г) воспалительная

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

а) пальцевое исследование прямой кишки

б) проктография

в) профилометрия

г) фистулография

61. Не встречающееся осложнение остроконечных перианальных кондилом:

а) развитие плоскоклеточного рака

б) рецидивирование

в) кровотечение

г) некроз

62. При циркулярных разрастаниях перианальных кондилом показано:

а) этапное иссечение образования

б) иссечение опухоли с пластикой ран

в) этапная электро и лазерная коагуляция

г) местные аппликации р-ров кислот

63. Медикаментозная терапия остроконечных кондилом заключается:

а) коррекция иммунного статуса

б) антибактериальная терапия

в) гормональной терапии

г) не проводится

64. Медицинская профилактика рецидива кондилом проводится:

- а) иммуномодулирующими препаратами
- б) антибактериальными препаратами
- в) препараты НПВС
- г) ГКС

65. Причиной рецидива кондилом является:

- а) неадекватность операции
- б) неадекватная антибактериальная терапия
- в) нарушение гигиены промежности
- г) отсутствие назначений ГКС в послеоперационном периоде

66. Причиной рецидива кондилом является:

- а) отсутствие назначений ГКС в послеоперационном периоде
- б) не проведение медикаментозной профилактики
- в) нарушение гигиены промежности
- г) неадекватная антибактериальная терапия

67. 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

68. Что не относится к выделяемым формам мегаколона:

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

69. 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

70. Где должно осуществляться плановое хирургическое лечение идиопатического мегаколона:

- а) в хирургическом отделении ЦРБ
- б) в хирургическом отделении областных клинических больниц
- в) в специализированных колопроктологических отделениях
- г) в хирургическом отделении городских больниц

71. К объективным методам оценки степени анальной инконтиненции относится:

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

72. Клинические признаки недостаточности анального сфинктера относят: 1. Каломазание, 2. недержание газов, 3 выделение крови, 4 выпадение геморроидальных узлов при дефекации, 5 боли при дефекации, 6 выпадение прямой кишки при дефекации

- а) 1,4,5
- б) 3,4
- в) 1,2
- г) 1,2,6

73. Ко II степени недержания анального сфинктера относят:

- а) недержание газов и жидкого кала
- б) недержание газов
- в) недержание оформленного кишечного содержимого
- г) выпадение прямой кишки

74. Самая высокая степень риска развития недержания связана с:

- а) операционной травмой
- б) травмой во время родов

в) функциональными расстройствами

г) аномалиями развития

75. Нормальный мышечный тонус анального сфинктера:

а) 400-420 г

б) 130-300 г

в) 350-380 г

г) 100-130 г

76. 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

г) наличие инконтиненции является показанием к хирургическому лечению

77. Терапевтическое лечение анальной инконтиненции показано при:

а) адефекты сфинктера размером более $1/4$ окружности

б) недержание I степени, развившееся в связи с выпадением прямой кишки

в) нарушении нервно-рефлекторных связей

г) недержании как следствие операционной травмы

78. 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 обоих признаков

г) не применяется

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

а) гидроколонтерапия

б) электрофизиолечение

в) медикаментозная стимуляция

г) биофидбэк терапия

80. 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

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

а) фистулографии

б) пальцевое исследование

в) сфинктерометрия

г) определение кожно-анального рефлекса

82. Наиболее тяжелая форма острого парапроктита:

а) анаэробный

б) подслизистый

в) рецидивный

г) ретроректальный

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

а) невозможность определения пораженной крипты

б) пельвиоректальная локализация абсцесса

в) ишиоректальный парапроктит

г) сопутствующие проктологические заболевания

84. 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 абсцесс, иссечение пораженной крипты и гнойного хода

в) вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты, проведение

эластичной дренирующей лигатуры

г) вскрытие абсцесса, рассечение свищевого хода, сфинктеропластика

85. Какой доступ выполняется при пельвиоректальном парапроктите:

а) радиальный

б) полулунный отступя не менее 3 см от края ануса

в) комбинированный с пересечением анокопчиковой связки

г) трансректальный

86. Специфической профилактикой острого парапроктита является:

а) коррекция хронических заболеваний (атеросклероз, сахарный диабет)

б) укрепление местного и гуморального иммунитета

в) специфической профилактики нет

г) лечение сопутствующих проктологических заболеваний

87. Исходом лечения острого парапроктита является:

а) формирования свища

б) рубцовая стриктура анального канала

в) анальное недержание

г) параректальная киста

88. В лечении острого парапроктита решающее значение имеет:

а) адекватное дренирование абсцесса

б) объем антибактериальной терапии

в) физиолечение

г) иссечение пораженной крипты

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

а) по депажу

б) лежа на боку

в) лежа на животе

г) на кресле с приведенными к животу коленями

90. Наиболее точный метод диагностики пресакральных кист:

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

91. Патогенез параректальных кист:

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

92. Не встречающееся осложнение пресакральных кист:

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

93. Пресакральные кисты чаще встречаются:

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

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

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

95. 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

96. Не может являться осложнением пресакральной кисты:

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

97. Наиболее частое осложнение пресакральной кисты

- а) нагноение
- б) кровотечение
- в) малигнизация
- г) образование свища

98. Данное осложнение не встречается при удалении пресакральной кисты:

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

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

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

100. 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

101. Основные клинические проявления ректовагинального свища:

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

102. Консервативное лечение при ректовагинальном свище допустимо при:

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

103. 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
- г) чувство недоопорожнения при дефекации

104. В обязательный алгоритм предоперационного обследования при ректоцеле входит:

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

105. Наиболее частая причина развития синдрома опущения промежности:

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

106. Риск развития ректоцеле не увеличивает:

- а) тяжелые физические нагрузки

- б) запоры
- в) осложненное течение родов
- г) кесарево сечение в анамнезе

107. 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
- г) желание пациентки

108. Для хирургического лечения ректоцеле не используется:

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

109. Ведущим симптомом при СРК является:

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

110. Для СРК характерно:

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

111. Какие нарушения психического состояния не встречаются при СРК:

- а) тревога, стрессовое состояние
- б) усталость, депрессия
- в) головокружение, головные боли

г) нарушение ориентации в месте нахождения

112. В диагностике СРК не используют методы исследования:

а) аноректальную манометрию

б) ректороманоскопию

в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

г) ирригоскопию

113. Базисная терапия СРК включает:

а) спазмолитики

б) глюкокортикостероиды

в) иммуносупрессоры

г) биологическая (антицитокиновая) терапия

114. Для лечения СРК не используют:

а) диетотерапию

б) лфк

в) санаторно -курортное лечение

г) хирургическое лечение

115. 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

г) экстериоризация

116. Цекостома относится к след виду стом:

а) петлевая

б) пристеночная

в) концевая

г) у образная

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

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

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

- а) к коже
- б) только к брюшине
- в) к брюшине и коже
- г) к апоневрозу

119. Частота встречаемости стом по данным ВОЗ:

- а) 1 пациент на 1000 населения
- б) 1 пациент на 10000 населения
- в) 1 пациент 100000 населения
- г) 10 пациентов на 1000 населения

120. Параректальные свищи бывают:

- а) задние
- б) неполные внутренние
- в) латеральные
- г) все перечисленные варианты возможны

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

- а) ультрасонография ректальным датчиком
- б) пальпация перианальной области
- в) зондовое исследование
- г) пальцевое исследование

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

- а) ультрасонография ректальным датчиком

- б) пальпация перианальной области
- в) зондовое исследование
- г) пальцевое исследование

123. Для исследования свищей прямой кишки не используется:

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

124. 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
- г) рубцовая деформация

125. 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
- г) задние свищи

126. 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
- г) антибактериальная терапия

127. 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

г) физиотерапия после вскрытия абсцесса

128. 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

129. Этиология возникновения эпителиального копчикового хода:

а) бактериальная

б) неправильный рост волос

в) дефект развития каудального конца эмбриона

г) однозначного взгляда на этиологию этого заболевания нет

130. Клинические проявления ЭКХ появляются как правило в возрасте:

а) в детском возрасте

б) с наступлением полового созревания

в) в среднем возрасте

г) в следствии травмы, от возраста не зависит

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

а) в равной степени болеют мужчины и женщины

б) чаще мужчины

в) чаще женщины

г) женщины чаще в соотношении 2 к 1

132. Дифференциальная диагностика эпителиального копчикового хода проводится:

а) парапроктитом

б) аднекситом

- в) острым геморроем
- г) остроконечными кондиломами

133. Содержимым эпителиального копчикового хода не является:

- а) волосяные луковицы
- б) сальные железы
- в) ликвор
- г) лизированная кровь

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

- а) к излечению
- б) развитию хроническое воспаление эпителиального копчикового хода
- в) формированию свищевого хода
- г) повторному абсцедированию в последующем

135. Вскрытие очага при остром воспалении эпителиального копчикового хода приводит:

- а) к излечению
- б) развитию хронического воспаления эпителиального копчикового хода
- в) формированию хронического парапроктита
- г) анальному недержанию

136. Объём лечения в стадии хронического воспаления эпителиального копчикового хода:

- а) радикальная операция с иссечением хода и ушиванием раны
- б) физиотерапия
- в) санация гнойных свищей
- г) антибактериальная терапия

137. Наиболее часто встречающееся осложнение в раннем послеоперационном периоде после иссечения эпителиального копчикового хода:

- а) инфицирование раны
- б) кровотечение из раны

в) остеомиелит крестца

г) рецидив экз

138. 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

г) коррекция антибактериальной терапии

139. Термин ректальный пролапс обозначает:

а) низкий тонус мышц промежности, тазовой диафрагмы

б) низкий тонус, атонию сфинктеров прямой кишки

в) выпадение прямой кишки

г) тоже самое что и колоптоз

140. Кто наиболее часто страдает наружным выпадением прямой кишки:

а) мужчины

б) женщины

в) мужчины и женщины страдают одинаково

г) мужчины чаще в соотношении 2 к 1

141. 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

г) выпадение сопровождается недержанием

142. 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

г) задне петлевая ректопексия

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

а) рецидивы бывают очень редко

б) рецидивы составляют 10%

в) количество рецидивов доходит до 30%

г) 50%

144. Под консервативным лечением выпадения прямой кишки подразумевают:

а) выполнение склерозирование параректальной клетчатки (веерные 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

г) физиотерапия

145. 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) заболевании двенадцатиперстной кишки, обусловленное синдромом избыточного бактериального роста

146. 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

147. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

а) слизистая оболочка

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

148. 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) повышение уровня острофазных белков (срб, фибриноген, серомукоид)

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

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

150. Для подготовки к проведению ирригоскопии и колоноскопии в настоящее время не используют:

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

151. Использование 2-х перчаток в случае прокола контаминированной иглой уменьшает риск заражения в:

- а) В 6 раз
- б) В 2 раза
- в) В 15 раз
- г) Не уменьшает

152. В высушенных клетках крови при комнатной температуре активность вируса может сохраняться:

- а) До 7 суток

б) До 5 суток

в) До 3 суток

г) До 2 суток

153. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

а) 124

б) 120

в) 125

г) 118

154. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА

б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции

в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию|

г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

155. Рекомендуется в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ

б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля

в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности|

г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

156. Ведущим признаком пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных лиц является:

а) Одышка

б) Острое начало лихорадки

в) Продуктивный кашель

г) Боли в грудной клетке при дыхании

157. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:

- а) Клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- б) Давности установленного диагноза
- в) Уровня CD4
- г) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

158. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

- а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования
- б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД
- в) Довести информацию до руководителя подразделения
- г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

159. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

- а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО
- г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД

160. Для оценки активности репликации ВИЧ в организме инфицированного человека определяют:

- а) Спектр антител к антигенам (белкам) ВИЧ 1, 2 типов методом иммунного блота
- б) Показатели иммунного статуса (CD 4/CD 8 лимфоциты, иммунорегуляторный индекс) методом проточной цитометрии
- в) Комплементарную ДНК ВИЧ (к ДНК) в лимфоцитах методом ПЦР
- г) Определяют концентрацию РНК ВИЧ (вирусную нагрузку) методом ПЦР