

Колопроктология (ВО) Вторая категория

1. Медицинская профилактика рецидива кондилом проводится:

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

2. Причиной рецидива кондилом является:

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

3. Причиной рецидива кондилом является:

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

4. 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

5. Что не относится к выделяемым формам мегаколона:

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

6. 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

7. 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

8. К объективным методам оценки степени анальной инконтиненции относится:

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

9. 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

10. 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

11. Самая высокая степень риска развития недержания связана с:

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

12. Нормальный мышечный тонус анального сфинктера:

- а) 400-420 г
- б) 130-300 г
- в) 350-380 г
- г) 100-130 г

13. 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

14. 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

15. 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

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

- а) гидроколонтерапия

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

17. 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

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

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

19. Наиболее тяжелая форма острого парапроктита:

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

20. 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

21. 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

22. 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

23. 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

24. Исходом лечения острого парапроктита является:

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

25. В лечении острого парапроктита решающее значение имеет:

- а) адекватное дренирование абсцесса
- б) объем антибактериальной терапии
- в) физиолечение
- г) иссечение пораженной крипты

26. 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

27. Наиболее точный метод диагностики пресакральных кист:

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

28. Патогенез параректальных кист:

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

29. Не встречающееся осложнение пресакральных кист:

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

30. Пресакральные кисты чаще встречаются:

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

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

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

32. 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

33. Не может являться осложнением пресакральной кисты:

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

34. Наиболее частое осложнение пресакральной кисты

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

35. Данное осложнение не встречается при удалении пресакральной кисты:

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

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

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

37. 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

38. 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

39. 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

40. 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

41. В обязательный алгоритм предоперационного обследования при ректоцеле входит:

а) колоноскопия

б) дефекография

в) электромиография

г) сфинктерометрия

42. Наиболее частая причина развития синдрома опущения промежности:

а) повреждение связочно-мышечного аппарата промежности при осложненных родах

б) избыточный вес

в) гиподинамия

г) наследственная предрасположенность

43. Риск развития ректоцеле не увеличивает:

- а) тяжелые физические нагрузки
- б) запоры
- в) осложненное течение родов
- г) кесарево сечение в анамнезе

44. 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

45. Для хирургического лечения ректоцеле не используется:

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

46. Ведущим симптомом при СРК является:

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

47. Для СРК характерно:

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

48. 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

49. В диагностике СРК не используют методы исследования:

- а) аноректальную манометрию
- б) ректороманоскопию
- в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- г) ирригоскопию

50. Базисная терапия СРК включает:

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

51. Для лечения СРК не используют:

- а) диетотерапию
- б) лфк
- в) санаторно -курортное лечение
- г) хирургическое лечение

52. 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

53. Цекостома относится к след виду стом:

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

г) у образная

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

а) правая подвздошная область

б) подреберная область

в) левая подвздошная область

г) мезогастрий

55. 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

56. 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

57. Параректальные свищи бывают:

а) задние

б) неполные внутренние

в) латеральные

г) все перечисленные варианты возможны

58. 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

59. 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

60. Термин «анальные полипы» является:

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

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

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

62. 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

63. Гипертрофированный анальный сосочек одна из форм:

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

64. Гипертрофированный анальный сосочек малигнизируется:

- а) облигатный предрак
- б) не малигнизируется

в) факультативный предрак

г) в 15% случаев

65. Гипертрофированный анальный сосочек может быть диагностирован при:

а) аноскопии

б) УЗИ малого таза

в) профилометрии

г) МРТ малого таза

66. Нетипная клиническая картина для гипертрофированного анального сосочка:

а) каломазание

б) выпадение

в) кровотечение

г) необходимость ручного вправления после дефекации

67. Гипертрофированный анальный сосочек может осложниться:

а) выпадением

б) флегмоной фурнью

в) формированием неполного внутреннего свища

г) малигнизацией

68. 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

69. Оперативное лечение при гипертрофированном анальном сосочке заключается в:

а) его иссечении

б) перевязке сосудистой ножки

в) лигировании

г) дезартеризации

70. 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

71. Осложнение не встречающееся при хронической анальной трещине:

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

72. Анальный рефлекс у пациента с хронической анальной трещиной:

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

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

74. Стулбоязнь признак чаще встречающийся при:

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

75. Лечебные мероприятия при анальной трещине следует начинать с:

- а) новокаиновой блокады

- б) оперативного лечения
- в) консервативного лечение
- г) инъекции миорелаксантов периферического действия

76. Ключевым моментом в лечении анальной трещины является:

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

77. 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

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

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

79. 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

80. 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

81. Приобретенная ангиодисплазия чаще возникает у лиц:

а) старше 50 лет

б) 20-30 лет

в) не зависит от возраста

г) 30-40 лет

82. Врожденные ангиодисплазии чаще локализуются в:

а) дистальных отделах толстой кишки

б) подвздошной кишке

в) слепой кишке

г) могут локализоваться в любом отделе ободочной кишки

83. 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

84. В отношении болезни Гиршпрунга верны следующие положения:

а) является широко распространенным

б) чаще болеют дети

в) чаще болеют девочки

г) поражается тощая кишка

85. 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

86. Оптимальный оперативный метод лечения болезни Гиршпрунга:

- а) операция дьюамеля в модификации гнцк
- б) операция по бильрот 2
- в) операция гартмана
- г) операция формирования илео-анального резервуарного анастомоза

87. 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

88. К внекишечным проявлениям болезни Крона не относится:

- а) первичный склеозирующий холангит
- б) иридоциклит
- в) узловатая эритема
- г) крапивница

89. 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

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

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

91. 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

92. Причина патологического увеличения геморроидальных узлов

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

93. Приводящий фактор увеличения геморроидальных узлов

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

94. Оптимальным методом лечения хронического геморроя IV стадии является:

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

95. Выполнение инфракрасной фотокоагуляции при хроническом геморрое противопоказано при:

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

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

- а) стриктура анального канала

- б) формирование свища прямой кишки
- в) рефлекторная задержка мочи
- г) рецидив заболевания

97. Операция Лонго это:

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

98. К малоинвазивным методам лечения геморроя относится:

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

99. Осложнение не встречающееся при дивертикулярной болезни:

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

100. 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

101. Фактор не являющийся ключевым в патогенезе дивертикулеза:

- а) пожилой возраст
- б) наследственность

в) диетологический

г) пол

102. Какой отдел толстой кишки чаще поражается дивертикулами:

а) сигмовидная кишка

б) нисходящий отдел

в) правые отделы ободочной кишки

г) прямая кишка

103. Наиболее информативный метод выявления дивертикулеза:

а) ирригоскопия

б) УЗИ брюшной полости

в) КТ органов брюшной полости

г) селективная ангиография

104. 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

105. 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

106. К абсолютным показаниям к оперативному лечению при дивертикулезе относится

а) кишечная непроходимость

б) периодически возникающие рецидивирующие кровотечения

в) паракишечный инфильтрат

г) паракишечная флегмона

107. Экстренное оперативное лечение воспалительных осложнений дивертикулярной болезни показано:

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

108. 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

109. 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

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

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

111. Какие слабительные средства являются оптимальными при лечении долихоколон:

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

112. 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

113. 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

114. Осложнения остроконечных перианальных кондилом:

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

115. Дифференциальная диагностика остроконечных перианальных кондилом производится:

- а) раком анального канала
- б) актиномикозом
- в) свищами прямой кишки
- г) гипертрофированным анальным сосочком

116. Этиология остроконечных перианальных кондилом:

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

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

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) проктография
- в) профилометрия
- г) фистулография

118. Не встречающееся осложнение остроконечных перианальных кондилом:

- а) развитие плоскоклеточного рака
- б) рецидивирование
- в) кровотечение
- г) некроз

119. 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

120. Медикаментозная терапия остроконечных кондилом заключается:

- а) коррекция иммунного статуса
- б) антибактериальная терапия
- в) гормональной терапии
- г) не проводится

121. 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

122. 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

123. 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

124. 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

125. 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)

126. 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

127. 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

128. 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

129. 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

130. 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