

Колопроктология (ВО) Высшая 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. 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, гипопропротеинемия 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
- г) тенезмы, схваткообразные боли в животе, стул по типу малинового желе

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

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

4. Какие слабительные средства являются оптимальными при лечении долихоколон:

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

5. 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

6. 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

7. Осложнения остроконечных перианальных кондилом:

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

8. Дифференциальная диагностика остроконечных перианальных кондилом производится:

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

9. Этиология остроконечных перианальных кондилом:

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

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

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

г) фистулография

11. Не встречающееся осложнение остроконечных перианальных кондилом:

а) развитие плоскоклеточного рака

б) рецидивирование

в) кровотечение

г) некроз

12. 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

13. Термин «анальные полипы» является:

а) описательным клиническим термином

б) морфологический

в) инструментальный

г) все перечисленные варианты верны

14. Медикаментозная терапия остроконечных кондилом заключается:

а) коррекция иммунного статуса

б) антибактериальная терапия

в) гормональной терапии

г) не проводится

15. Медицинская профилактика рецидива кондилом проводится:

а) иммуномодулирующими препаратами

б) антибактериальными препаратами

в) препараты НПВС

г) ГКС

16. Причиной рецидива кондилом является:

а) неадекватность операции

- б) неадекватная антибактериальная терапия
- в) нарушение гигиены промежности
- г) отсутствие назначений гкс в послеоперационном периоде

17. Причиной рецидива кондилом является:

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

18. Идиопатический мегаколон это:

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

19. Что не относится к выделяемым формам мегаколона:

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

20. Какие клинические симптомы не характерны для идиопатического мегаколона:

- а) длительный анамнез запоров
- б) чередование поносов и запоров
- в) вздутие живота
- г) рвота

21. 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

22. Осложнения идиопатического мегаколона:

а) заворот

б) кишечное кровотечение

в) малигнизация

г) перфорация

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

а) истинные, неистинные, злокачественные

б) истинные, неистинные

в) пограничные, истинные, не злокачественные

г) доброкачественные и малигнизированные

24. Методы лечения идиопатического мегаколона:

а) консервативный

б) операция Лонго

в) лучевой

г) операция Кюммеля-Зеренина

25. 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

26. К объективным методам оценки степени анальной инконтиненции относятся:

а) профилометрия

б) ректороманоскопия

в) проктография

г) дефекография

27. 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

28. 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

29. Самая высокая степень риска развития недержания связана с:

а) операционной травмой

б) травмой во время родов

в) функциональными расстройствами

г) аномалиями развития

30. Нормальный мышечный тонус анального сфинктера:

а) 400-420 г

б) 130-300 г

в) 350-380 г

г) 100-130 г

31. 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

32. 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

33. 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

34. 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

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

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

36. 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

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

- а) фистулографии

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

38. Наиболее тяжелая форма острого парапроктита:

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

39. 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

40. 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
- г) вскрытие абсцесса, рассечение свищевого хода, сфинктеропластика

41. 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

42. 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

43. Исходом лечения острого парапроктита является:

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

44. Гипертрофированный анальный сосочек одна из форм:

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

45. В лечении острого парапроктита решающее значение имеет:

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

46. 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

47. Наиболее точный метод диагностики пресакральных кист:

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

г) аноскопия

48. Патогенез параректальных кист:

а) эмбриональное происхождение

б) следствие травм

в) перенесенные воспалительные процессы параректальной клетчатки

г) травма крестца

49. Не встречающееся осложнение пресакральных кист:

а) нагноение

б) малигнизация

в) формирование свищей

г) кровотечение

50. Пресакральные кисты чаще встречаются:

а) у мужчин

б) у женщин

в) не связана с полом

г) у пожилых пациентов

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

а) парасакральный

б) промежностный

в) трансвагинальный

г) трансректальный

52. 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

53. Не может являться осложнением пресакральной кисты:

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

54. Наиболее частое осложнение пресакральной кисты

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

55. Гипертрофированный анальный сосочек малигнизируется:

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

56. Данное осложнение не встречается при удалении пресакральной кисты:

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

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

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

58. 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

59. 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

60. Ректовагинальный свищ не может развиваться в результате:

- а) акушерской травмы
- б) острого парапроктита
- в) обострения геморроя
- г) длительно существующей анальной трещины

61. 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
- г) наличие недержания

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

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

63. При наличии воспалительного процесса у пациенток с ректовагинальными свищами возможно выполнение радикальной операции:

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

64. 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

65. Профилактика формирования ректовагинального свища заключается в:

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

66. Гипертрофированный анальный сосочек может быть диагностирован при:

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

67. Оперативное лечение по поводу ректовагинального свища показано:

- а) у лиц молодого возраста
- б) при существенном ухудшении качества жизни
- в) перенесшим акушерскую травму
- г) наличие ректовагинального свища является показанием к операции

68. 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

69. 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

г) 2,3

70. Дифференциальный диагноз ректоцеле необходимо проводить с:

а) цистоцеле

б) выпадением прямой кишки

в) недостаточностью анального сфинктера

г) хроническим геморроем iv ст

71. 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

72. В обязательный алгоритм предоперационного обследования при ректоцеле входит:

а) колоноскопия

б) дефекография

в) электромиография

г) сфинктерометрия

73. Наиболее частая причина развития синдрома опущения промежности:

а) повреждение связочномышечного аппарата промежности при осложненных родах

б) избыточный вес

в) гиподинамия

г) наследственная предрасположенность

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

а) 137 мм.рт.ст

б) 250 мм.рт.ст

в) 50 мм.рт.ст

г) 200 г

75. Риск развития ректоцеле не увеличивает:

а) тяжелые физические нагрузки

б) запоры

в) осложненное течение родов

г) кесарево сечение в анамнезе

76. 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

77. Нетипная клиническая картина для гипертрофированного анального сосочка:

а) каломазание

б) выпадение

в) кровотечение

г) необходимость ручного вправления после дефекации

78. Для хирургического лечения ректоцеле не используется:

а) трансвагинальный доступ

б) трансперинеальный

в) парасакральный

г) трансректальный

79. Операция Лонго это:

а) передняя сфинктеропластика

б) трансакральная резекция прямой кишки

в) ректокольпосакропексия сетчатым имплантом

г) фиксация стенки прямой кишки к мысу крестца

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

- а) уменьшение боли после дефекации
- б) сочетание с изменением частоты стула
- в) сочетание с изменением консистенции стула
- г) отсутствие болевого синдрома

81. СРК исключает следующее расстройство стула:

- а) запоры
- б) неустойчивый стул
- в) изменение формы стула
- г) необходимость ручного пособия при дефекации

82. Ведущим симптомом при СРК является:

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

83. Для СРК характерно:

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

84. 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

85. 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

86. В диагностике СРК не используют методы исследования:

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

87. 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

88. Базисная терапия СРК включает:

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

89. Для лечения СРК не используют:

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

90. 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

г) не выписывая из стационара выполняется восстановительная операция

91. Какие мероприятия при выполнении обструктивной резекции ухудшают 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

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

а) колоноскопия

б) проктография и ирригоскопия

в) обзорная рентгенография органов брюшной полости

г) УЗИ ОБП

93. 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) экстеризация

94. Цекостома относится к след виду стом:

а) петлевая

б) пристеночная

в) концевая

г) уобразная

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

а) правая подвздошная область

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

96. 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

97. Оперативное лечение при гипертрофированном анальном сосочке заключается в:

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

98. 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

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

- а) воспалительный осложнения
- б) ретракция
- в) некроз
- г) эвагинация

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

- а) сфинктерит
- б) геморрой

в) перенесенный острый гнойный парапроктит

г) перенесенная травма

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

а) интрасфинктерные

б) трансфинктерные

в) парасфинктерные

г) экстрасфинктерные

102. Параректальные свищи не бывают:

а) полные

б) неполные

в) слепые

г) задние

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

а) ультрасонография ректальным датчиком

б) пальпация перианальной области

в) зондовое исследование

г) пальцевое исследование

104. Для исследования свищей прямой кишки не используется:

а) аноскопия

б) ректороманоскопия

в) фистулография

г) копрограмма

105. 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

106. 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

107. 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

108. 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

109. 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

110. 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

111. 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

112. 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

113. 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

114. Дифференциальная диагностика эпителиального копчикового хода проводится:

- а) парапроктитом
- б) аднекситом
- в) острым геморроем
- г) остроконечными кондиломами

115. Содержимым эпителиального копчикового хода не является:

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

116. 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

117. 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

118. Осложнение не встречающееся при хронической анальной трещине:

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

119. 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

120. 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

121. 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

122. 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

123. 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

124. 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

125. 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

126. 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%

127. 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

128. 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

129. Анальный рефлекс у пациента с хронической анальной трещиной:

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

130. 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

131. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается:

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

132. 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)

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

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

134. 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
- г) 2,5,6

135. Стул обильный признак чаще встречающийся при:

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

136. Лечебные мероприятия при анальной трещине следует начинать с:

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

137. Ключевым моментом в лечении анальной трещины является:

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

138. Гипертрофированный анальный сосочек может осложниться:

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

139. 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

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

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

141. 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

142. 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
- г) показана в любом случае

143. 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

144. Причины развития приобретенной ангиодисплазии:

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

145. Наиболее эффективный метод диагностики приобретенной ангиодисплазии кишечника:

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

146. Приобретенная ангиодисплазия чаще возникает у лиц:

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

г) 30-40 лет

147. Врожденные ангиодисплазии чаще локализуются в:

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

148. 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 и сигмовидной кишки
- г) диффузное поражение ободочной кишки

149. 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
- г) диффузное поражение ободочной кишки

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

- а) расширенных полнокровных сосудов, выстланных эндотелием
- б) гладкой мускулатуры
- в) соединительная ткань
- г) гиперплазированная слизистая толстой кишки

151. 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
- г) тонкая кишка

152. 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
- г) субтотальная резекция ободочной кишки

153. 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

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

- а) правосторонняя гемиколэктомия
- б) брюшно-анальная резекция
- в) субтотальная резекция ободочной кишки
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

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

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

156. 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

157. В отношении болезни Гиршпрунга верны следующие положения:

- а) является широко распространенным
- б) чаще болеют дети
- в) чаще болеют девочки
- г) поражается тощая кишка

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

- а) генетическая предрасположенность
- б) гипоксия
- в) вирусные инфекции
- г) хеликобактерная инфекция

159. Наиболее часто аганглиоз захватывает:

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

160. Какие инструментальные исследования проводятся при болезни Гиршпрунга:

- а) обзорная рентгенография брюшной полости
- б) рентгеноскопия двенадцатиперстной кишки
- в) фгдс
- г) узи обп

161. Какой диагностический метод из перечисленных является вспомогательным при болезни Гиршпрунга:

- а) колоноскопия
- б) ректороманоскопия
- в) ирригоскопия
- г) обзорная рентгенография брюшной полости

162. 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

163. 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

164. 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 поведении мониторинге генетических тестирований
- г) при выявленном на колоноскопии полипе толстой кишки

165. 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

166. Болезнь Крона может локализоваться только:

- а) в тонкой и толстой кишке
- б) в толстой и тонкой кишке, желудке и пищеводе
- в) только в прямой кишке
- г) в любом отделе ЖКТ

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

- а) язвенного колита
- б) болезни уиппла
- в) болезни крона
- г) ишемического колита

168. К болезни Крона не относится данное осложнения:

- а) формирование фистул и свищей
- б) токсический мегаколон
- в) кандидоз
- г) рак толстой кишки

169. 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

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

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

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

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

172. 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

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

- а) все кровные родственники
- б) все кровные родственные, у которых выявлена мутация
- в) все живые родственники
- г) родственники у которых будут обнаружены полипы при выполнении фкс

174. Какие признаки характерны для хронического геморроя I стадии:

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

175. 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
- г) типичных мест локализации нет

176. Выберите наиболее типичные симптомы при хроническом геморрое:

1 выделение крови при дефекации, **2** – изменение формы стула, **3** – потеря в весе, **4** – зуд, дискомфорт в перианальной области, **5** – тенезмы, **6** выпадение геморроидальных узлов при дефекации.

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

177. 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
- г) геморроидальные узлы не вправляются

178. Причина патологического увеличения геморроидальных узлов

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

179. Приводящий фактор увеличения геморроидальных узлов

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

180. Оптимальным методом лечения хронического геморроя IV стадии является:

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

181. Выполнение инфракрасной фотокоагуляции при хроническом геморрое противопоказано при:

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

182. 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

183. 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

г) нуждается с интервалом 5 лет

184. Операция Лонго это:

а) лигирование геморроидальных узлов

б) степлерная геморроидэктомия

в) коагуляция ножки геморроидального узла под действием теплового потока

г) дезартеризация

185. К малоинвазивным методам лечения геморроя относится:

а) операция лонго

б) склеротерапия

в) миллигана моргана

г) открытая геморроидэктомия

186. Осложнение не встречающееся при дивертикулярной болезни:

а) паракишечный инфильтрат

б) кишечная непроходимость

в) кровотечение

г) малигнизация

187. 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

188. Фактор не являющийся ключевым в патогенезе дивертикулеза:

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

189. Какой отдел толстой кишки чаще поражается дивертикулами:

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

190. Наиболее информативный метод выявления дивертикулеза:

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

191. 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

192. 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

193. К абсолютным показаниям к оперативному лечению при дивертикулезе относится

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

194. 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

195. Экстренное оперативное лечение воспалительных осложнений дивертикулярной болезни показано:

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

196. 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

197. 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

198. 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

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

- а) долихосигма
- б) тотальный долихоколон
- в) долиходуоденум
- г) долихотрансверзум

200. 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

201. В чем причина хронического колостаза при долихосигме:

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

202. Какие клинические симптомы характерны для долихоколон:

- а) запоры
- б) тошнота
- в) рвота

г) повышение температуры

203. 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

204. Что является рентгенологическим симптомом долихоколон:

а) наличие зоны сужения с супрастенотическим расширением над ним

б) чаши Клойбера

в) симптом ниши

г) значительное увеличение длины и объема сигмы

205. Синдром Пейтца-Егерса 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

г) малигнизация колоректального полипа

206. Методика проктографии с натуживанием позволяют определить наличие:

а) долихоколон

б) болезнь Гиршпрунга

в) проктогенные запоры

г) синдром раздраженного кишечника

207. Для стадии 4А (вторичных заболеваний) ВИЧ-инфекции характерно:

а) Поверхностные бактериальные, вирусные и грибковые поражения кожи

б) Поражение кожи слизистых, сопровождающиеся глубокими изъязвлениями

в) Диссеминированный опоясывающий лишай

г) Обязательное присоединение легочного и внелегочного туберкулеза

208. Как долго ВИЧ сохраняет свои свойства в высушенной капле крови:

- а) 1 сутки
- б) 3-4 дня
- в) До 7 суток
- г) Более 10 суток

209. 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

210. 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

211. 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)

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

- а) 112
- б) 113

в) 109

г) 118

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

а) 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата

б) 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата

в) Промыть водой

г) Не производить никаких действий и начать прием профилактического лечения

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

а) Определение CD-4 клеток

б) Определение уровня иммуноглобулина

в) Наличие полового контакта с ВИЧ-инфицированным

г) Обнаружение в крови антител к ВИЧ методом иммунного блотинга

215. Генный материал ВИЧ обнаруживается после заражения:

а) На 7 сутки

б) Через 3 месяца

в) На 15 сутки

г) Через 6 месяцев

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

а) Максимальное подавление репликации ВИЧ

б) Полная элиминация вируса из организма

в) Стимуляция иммунной системы

г) Эффективность не доказана

217. Выберите признаки, характерные для ВИЧ-инфекции:

а) Заразность на протяжении всего заболевания

б) Заразность в манифестной стадии заболевания

в) Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний

г) Лечение избавляет от вируса

218. 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

219. Показанием к антиретровирусной терапии является:

а) CD4 менее 350 клеток

б) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл

в) Наличие клинических показаний

г) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

220. 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

221. Препаратом выбора для лечения и профилактики пневмоцистной пневмонии является:

а) Амоксицилин

б) Рифампицин

в) Амфотерицин – В

г) Бисептол

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

а) ЦМВ-инфекция

б) Длительное лихорадящее состояние|

в) Туберкулез

г) Токсоплазмоз

223. В какие сроки рекомендуется назначать постконтактную профилактику после травмы инструментом, контаминированным ВИЧ:

- а) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 48 часов после травмы|
- б) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 24 часов после травмы|
- в) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 72 часов после травмы
- г) назначение профилактического лечения не снижает риск инфицирования

224. 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

225. 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

226. Забор крови на антитела к ВИЧ в процедурном кабинете допускается:

- а) При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность, и направления на исследование
- б) Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего личность
- в) При предъявлении направления на исследование
- г) При предъявлении полиса ОМС

227. 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 (СД 4/СД 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