

Green Test



Тест по
колопроктологии

Тест по колопроктологии (аккредитационный, ординатура)

Аккредитационный тест по колопроктологии для ординаторов: проверка знаний по диагностике, лечению и хирургическим методам. Подготовьтесь к экзамену онлайн.



Аккредитационные тесты по специальности Колопроктология

Тест по колопроктологии предназначен для ординаторов, которые готовятся к итоговой аттестации и подтверждению профессиональных компетенций. Задания охватывают ключевые темы: анатомию толстой и прямой кишки, современные методы диагностики, эндоскопические исследования, ведение пациентов с воспалительными и опухолевыми заболеваниями.

Тест также включает вопросы по выбору оптимальной тактики лечения, принципам подготовки пациентов к оперативным вмешательствам, послеоперационному ведению и профилактике осложнений. Прохождение теста помогает систематизировать знания, выявить пробелы и эффективно подготовиться к аккредитации.

Тема 1. Общественное здоровье и здравоохранение.

1. В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 23 НОЯБРЯ 2021 Г. N 1089Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УСЛОВИЙ И ПОРЯДКА ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА И ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ДОКУМЕНТА НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ В СЛУЧАЯХ, УСТАНОВЛЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», НАЧИНАЯ С 1 ЯНВАРЯ 2022 ГОДА, БЕЗРАБОТНЫМ ГРАЖДАНАМ ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ не производится, за исключением лиц, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности
- 2) производится только при условии, если безработный состоит на учёте в государственной службе занятости населения
- 3) производится при условии, если безработный получает дополнительное профессиональное образование по направлению службы занятости
- 4) производится в случаях ухода за ребенком в возрасте до 3 лет

2. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫДАЁТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) СРОКОМ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

- 1)+ 7
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 10

3. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ СФОРМИРОВАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, А ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА - НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 10; 12
- 2) 4; 6
- 3) 6; 8
- 4) 8; 10

4. ФОРМИРОВАНИЕ (ВЫДАЧА) ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ НЕЗАВИСИМО ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ (ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ), ИМЕЮЩИМИ ЛИЦЕНЗИЮ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО

- 1)+ экспертизе временной нетрудоспособности
- 2) профилактическим медицинским осмотром
- 3) профилю «терапия» и «педиатрия»
- 4) экспертизе стойкой нетрудоспособности

5. РАБОТНИКАМ ПРЕДПРИЯТИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ, ВОДОСНАБЖЕНИЯ, ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА

- 1)+ весь период дегельминтизации
- 2) 5 дней
- 3) 10 дней
- 4) 7 дней

6. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ ГРАЖДАНЕ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НЕ ПОЗДНЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ОТ ДАТЫ ЕЕ НАЧАЛА

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

7. БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЁМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО

- 1)+ продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
- 2) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления
- 3) продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима
- 4) оформить новый больничный лист

8. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)

- 1)+ в день признания его временно нетрудоспособным
- 2) при окончании лечения
- 3) с первого дня заболевания или травмы
- 4) по желанию пациента

9. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1)+ 15
- 2) 20
- 3) 21
- 4) 25

10. ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН В ПЕРИОД ИХ ПРЕБЫВАНИЯ ЗА ГРАНИЦЕЙ _____ НА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛЕННОГО В РФ ОБРАЗЦА

- 1)+ после легализованного перевода по решению врачебной комиссии могут быть заменены
- 2) по решению врачебной комиссии могут быть заменены
- 3) после легализованного перевода должны быть заменены
- 4) должны быть заменены

11. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

- определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или
- 1)+ постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу
- 2) определения потребностей гражданина в мерах социальной защиты, включая реабилитацию на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма
- 3) выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результат
- 4) установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью

12. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

- 1)+ лечащий врач
- 2) врач приёмного покоя больницы
- 3) судебно-медицинский эксперт
- 4) врач скорой помощи

13. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ не выдаётся
- 2) выдаётся только при ургентном заболевании
- 3) выдаётся в случае госпитализации
- 4) выдаётся при наличии у него документа о постановке на учёт по безработице

14. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МАКСИМАЛЬНО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- 1)+ 12
- 2) 3
- 3) 9
- 4) 6

15. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности
- 2) выдаётся справка произвольной формы
- 3) не выдаётся никакой документ
- 4) выдаётся справка установленного образца

16. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДДАНИНА НА ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ САНАТОРНО- КУРОРТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ВЕСЬ ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ, НО НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА (В ДНЯХ)

- 1)+ 24
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

17. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА _____ ДНЕЙ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 7
- 2) 15
- 3) 30
- 4) 45

18. МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 15
- 2) 5
- 3) 10
- 4) 20

19. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ вид медицинской экспертизы
- 2) этап медико-социальной экспертизы
- 3) разновидность экспертизы профессиональной пригодности
- 4) разновидность экспертизы связи заболевания с профессией

20. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ (ВЫДАЧИ) ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ хроническое заболевание в период ремиссии
- 2) острое заболевание
- 3) травма
- 4) обострение хронического заболевания

21. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ листок нетрудоспособности
- 2) медицинская карта стоматологического больного
- 3) страховой медицинский полис
- 4) листок ежедневного учёта врача-стоматолога

22. СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ вносятся в листок нетрудоспособности только по письменному заявлению гражданина
- 2) вносятся в листок нетрудоспособности в обязательном порядке
- 3) не вносятся в листок нетрудоспособности ни при каких условиях
- 4) вносятся в листок нетрудоспособности при условии направления пациента на медико-социальную экспертизу

23. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ страховой стаж
- 2) возраст работника
- 3) наличие наград у работника
- 4) уровень образования

24. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ не формируется (не выдается)
- 2) формируется (выдается) на 3 дня
- 3) формируется (выдается) на 7 дней
- 4) формируется (выдается) на 10 дней

25. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ гражданам, проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- 2) при бытовой травме
- 3) при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем
- 4) военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью

26. ВРАЧИ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ, ИМЕЮТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАЛИЧИИ ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, В Т.Ч. РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО

- 1)+ экспертизе временной нетрудоспособности
- 2) медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции
- 3) медицинской статистике
- 4) медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

27. ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРЕРЫВИСТОМУ МЕТОДУ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ (СЛОЖНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ПРОЦЕДУРЫ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЮ _____ НА ДНИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ (ПРОЦЕДУР)

- 1)+ врачебной комиссии
- 2) врача-специалиста
- 3) консилиума врачей
- 4) главного врача

28. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ РАЗДЕЛА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» СТРОКИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «МЕСТО РАБОТЫ - НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ», «ОСНОВНОЕ», «ПО СОВМЕСТИТЕЛЬСТВУ №»

- 1)+ не заполняются
- 2) заполняются на основании памятки, выданной работодателем, с указанием правильного названия организации
- 3) заполняются работодателем
- 4) заполняются со слов гражданина

29. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) ЛИЦАМ, У КОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ ТРАВМА НАСТУПИЛИ В ТЕЧЕНИЕ _____ СО ДНЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ

- 1)+ 30 дней
- 2) 40 дней
- 3) 2 месяцев
- 4) 3 месяцев

30. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ

- 1)+ непосредственно предшествующей дню регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- 2) регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- 3) открытия листка нетрудоспособности
- 4) закрытия листка нетрудоспособности

31. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ ____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

- 1)+ 15
- 2) 25
- 3) 30
- 4) 20

32. РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ЛИСТКУ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СТРАХОВОМ СТАЖЕ РАБОТНИКА БОЛЕЕ 8 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ % СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКА

- 1)+ 100
- 2) 80
- 3) 60
- 4) 40

33. ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ТРАВМ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ 10
- 2) 9
- 3) 8
- 4) 6

34. ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ (ДО ДНЯ ВЫПЛАТЫ НА ЕГО ОСНОВАНИИ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ), А ТАКЖЕ В СЛУЧАЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИЧИНЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1)+ дубликат листка нетрудоспособности
- 2) новый листок нетрудоспособности
- 3) выписка из протокола врачебной комиссии
- 4) выписка из медицинской карты пациента

35. ФИНАНСОВЫМ ИСТОЧНИКОМ ДЛЯ ВЫПЛАТ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА

- 1)+ Фонда социального страхования РФ
- 2) Федерального фонда обязательного медицинского страхования
- 3) Пенсионного фонда РФ
- 4) Фонда занятости

36. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ (В ДНЯХ)

- 1)+ 15
- 2) 7
- 3) 10
- 4) 14

37. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ (ВЫДАВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО НА СРОК ДО _____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1)+ 15
- 2) 20
- 3) 23
- 4) 30

38. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ)

- 1)+ врач травматологического пункта
- 2) врач скорой помощи
- 3) санитарный врач
- 4) врач станции переливания крови

39. СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩЕГО ИНВАЛИДА В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ могут указываться только по письменному заявлению инвалида
- 2) обязательно указываются
- 3) не указываются
- 4) указываются по решению врачебной комиссии

40. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТ (НЕ ВЫДАЕТ)

- 1)+ врач скорой медицинской помощи
- 2) лечащий врач поликлиники
- 3) лечащий врач медико-санитарной части
- 4) врач-стоматолог

41. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1)+ бюро медико-социальной экспертизы
- 2) территориальный фонд ОМС
- 3) Федеральное медико-биологическое агентство
- 4) министерство здравоохранения

42. ДЛЯ РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ОДНОГО СЛУЧАЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА 100 РАБОТАЮЩИХ (ОТЧЕТНАЯ ФОРМА № 16-ВН) НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЧИСЛО

- 1)+ дней временной нетрудоспособности
- 2) зарегистрированных лиц работоспособного возраста в районе обслуживания поликлиники
- 3) выданных листов нетрудоспособности
- 4) рабочих дней в году

43. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ (ВЫДАЕТСЯ) НА ОБЩИХ ОСНОВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НАСТУПЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА

- 1)+ ежегодного оплачиваемого
- 2) без сохранения заработной платы
- 3) по беременности и родам
- 4) по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет

44. ДОКУМЕНТОМ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЛИ ТРАВМЕ, НАСТУПИВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ листок нетрудоспособности с указанием кода 21
- 2) справка на все дни
- 3) листок нетрудоспособности на 3 дня
- 4) выписка из протокола решения врачебной комиссии

45. ВЫПЛАТУ РАБОТОДАТЕЛЕМ РАБОТНИКУ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ГАРАНТИРУЕТ

- 1)+ Трудовой кодекс Российской Федерации
- 2) Конституция Российской Федерации
- 3) Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 4) приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 года № 624н

46. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 7

47. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ временная утрата трудоспособности
- 2) прохождение профилактического осмотра
- 3) диспансеризация по поводу хронического заболевания
- 4) прохождение обследования по направлению военных комиссариатов

48. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 12
- 2) 10
- 3) 4
- 4) 6

49. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ (УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА), АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ В ПЕРИОД ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (ДО НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, НАПРАВИВШЕЙ ГРАЖДАНИНА НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1)+ на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно
- 2) весь период лечения
- 3) первые пять дней лечения
- 4) первые десять дней лечения

50. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- 1)+ врачебная комиссия
- 2) главный врач
- 3) заведующий отделением
- 4) комиссия по трудовым спорам

51. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, КОТОРЫЙ _____ ФОРМИРУЕТ (ВЫДАЕТ) ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ ДО ПЯТНАДЦАТИ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1)+** единолично
- 2) по согласованию с заведующим отделением
- 3) по решению врачебной комиссии
- 4) с учетом пожеланий пациента

52. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ГРАЖДАНИН НАПРАВЛЯЕТСЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1)+** четырех
- 2) двух
- 3) трех
- 4) шести

53. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И НЕ БОЛЕЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1)+** 10; 12
- 2) 6; 8
- 3) 12; 14
- 4) 4; 5

54. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ

- 1)+** документ, удостоверяющий личность
- 2) справку с места работы
- 3) документ о семейном положении
- 4) свидетельство государственного пенсионного страхования

55. К ДАННЫМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ ЧАСТОТЫ (УРОВНЯ) ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, ОТНОСЯТ

- 1)+** число поступивших в стационары, среднегодовая численность населения
- 2) число выбывших больных, среднегодовая численность населения
- 3) число плановых госпитализаций, среднегодовая численность населения
- 4) среднее число госпитализированных, число зарегистрированных больных за год

56. ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+** фактом оказания медицинских услуг
- 2) наступлением страхового случая
- 3) заключением договора
- 4) выставлением счета

57. ПОД СФЕРОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОНИМАЮТ КОМПЛЕКС ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ, КОТОРЫЙ

- 1)+** регулируется законодательством об охране здоровья
- 2) возникает по поводу охраны здоровья
- 3) возникает между субъектами правоотношений
- 4) содержится в законодательстве об охране здоровья

58. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ УГРОЗУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** экстренной
- 2) неотложной
- 3) плановой
- 4) реабилитационной

59. ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
- 2) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- 3) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
- 4) строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

60. ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ НАПРАВИЛ ЗАПРОС, В КОТОРОМ ПРОСИТ СООБЩИТЬ О ПРИЧИНЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕГО СОТРУДНИКА, ТО МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

- 1)+ не вправе предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина
- 2) игнорирует данный запрос
- 3) предоставляет информацию в полном объеме
- 4) сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней

61. ДОКУМЕНТОМ, БЕЗ КОТОРОГО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНО ПЛАНОВОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство
- 2) заключение по компьютерной томографии органов грудной, брюшной полости и полости малого таза
- 3) заключение врача-терапевта с результатами обязательного 24-часового ЭКГ-мониторинга о допуске пациента к операции
- 4) заключение ультразвукового исследования сосудов нижних конечностей

62. ОТЧЕТНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ, ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ДЛЯ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПОЛИКЛИНИКЕ, ЯВЛЯЮТСЯ СВЕДЕНИЯ О

- 1)+ числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения (форма № 12)
- 2) больных злокачественными новообразованиями (форма №35)
- 3) заболеваниях активным туберкулезом (форма №8)
- 4) медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (форма №31)

63. К ОТЧЕТНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ, ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ДЛЯ АНАЛИЗА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ сведения о деятельности стационара (форма №14);
- 2) листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара (форма №007/у-02)
- 3) сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин (форма №57)
- 4) сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (форма № 31)

64. ПО СВОЕЙ ФУНКЦИИ ПРАВОВЫЕ НОРМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ охранительными
- 2) регулятивными
- 3) специальными
- 4) императивными

65. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ среднее число посещений на 1 жителя в год
- 2) фактическая среднечасовая нагрузка врача в поликлинике
- 3) распределение посещений городских жителей
- 4) выполнение плана посещений

66. К УСЛОВИЯМ, ОГРАНИЧИВАЮЩИМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ вид медицинской помощи
- 2) объем медицинской помощи
- 3) размер тарифа на оплату медицинской помощи
- 4) лицензия на осуществление медицинской деятельности

67. ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+** клинические рекомендации
- 2) показатели фондооснащенности и фондовооруженности
- 3) правила внутреннего распорядка
- 4) требования техники безопасности

68. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** недопустимость отказа в оказании медицинской помощи
- 2) взаимодействие со средствами массовой информации
- 3) социальная защита граждан РФ
- 4) безусловное выполнение пожеланий пациента по выбору методов диагностики и лечения

Тема 2. Организация колопроктологической службы.

1. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ _____ ПОМОЩИ

- 1)+ специализированной
- 2) скорой
- 3) паллиативной
- 4) первичной медико-санитарной

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ОБСЛУЖИВАЕМОГО НАСЕЛЕНИЯ, С УЧЕТОМ РЕКОМЕНДУЕМЫХ ШТАТНЫХ НОРМАТИВОВ, НА ОДНОГО ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА СОСТАВЛЯЕТ 1 ДОЛЖНОСТЬ НА ____ НАСЕЛЕНИЯ

- 1)+ 100 000
- 2) 10 000
- 3) 50 000
- 4) 200 000

3. ОСНОВНЫМ ПРИКАЗОМ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИМ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКАЗ ОТ__№

- 1)+ 2 апреля 2010 года; 206н
- 2) 13 апреля 2007 года; 265
- 3) 7 июля 2009 года; 415н
- 4) 4 марта 2011 года; 167

4. ПРАВО ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ЛИЦАМ, ЗАНИМАЮЩИМСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ

- 1)+ при наличии лицензии на занятие медицинской деятельностью и проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- 2) при наличии сертификата специалиста
- 3) при наличии договора с муниципальными или государственными медицинскими учреждениями
- 4) в случаях оказания экстренной медицинской помощи

5. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

- 1)+ Министерством здравоохранения РФ
- 2) Правительством РФ
- 3) руководством медицинской организации
- 4) отделением медицинских наук РАН

6. ПЕРВИЧНЫМ СТАТИСТИЧЕСКИМ ДОКУМЕНТОМ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОГО ИЗУЧАЮТ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОТ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ медицинское свидетельство о смерти (форма №106/у-08)
- 2) статистический талон регистрации случая смерти (форма №213/у)
- 3) протокол (карта) патологоанатомического исследования (форма №013/у)
- 4) сведения о лечебно-профилактическом учреждении (форма №30)

7. К ДАННЫМ, НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ СРЕДНЕГО ЧИСЛА ДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ койки в ГОДУ, ОТНОСЯТ ЧИСЛО

- 1)+ койко-дней, проведенных больными в стационаре, среднегодовое число коек
- 2) койко-дней, проведенных больными в стационаре; число дней в году
- 3) койко-дней, проведенных больными в стационаре; число выбывших больных из стационара
- 4) переведенных из отделения больных, среднегодовое число коек

8. НОРМА НАГРУЗКИ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА НА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПОВТОРНЫЙ) СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 20
- 2) 12
- 3) 15
- 4) 25

9. ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ ПО ФОРМУЛЕ

- 1)+ $(\text{число умерших больных в стационаре} / \text{число выбывших больных}) \times 100$
- 2) $(\text{число умерших больных в стационаре} / \text{число выписанных больных}) \times 100$
- 3) $(\text{число умерших больных в стационаре} / \text{число поступивших}) \text{ больных} \times 100$
- 4) $(\text{число умерших больных в стационаре} / \text{число поступивших больных}) \times 100$

10. 1 СТАВКА ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА ВЫДЕЛЯЕТСЯ НА __ КОЕК КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

- 1)+ 15
- 2) 30
- 3) 45
- 4) 60

11. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ паллиативная
- 2) амбулаторная
- 3) санаторно-курортная
- 4) плановая

12. ЛОКАЛЬНЫМ (УЧРЕЖДЕНЧЕСКИМ) ДОКУМЕНТОМ, В КОТОРОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНА ИНФОРМАЦИЯ О ПРАВОВОМ СТАТУСЕ – ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ памятка пациента
- 2) этический кодекс
- 3) форма информированного добровольного согласия
- 4) устав медицинского учреждения

13. В КАБИНЕТЕ КОЛОПРОКТОЛОГА И КАБИНЕТЕ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ДОЛЖНОСТЬ КОЛОПРОКТОЛОГА РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ИЗ РАССЧЕТА 1 СТАВКА НА ____ НАСЕЛЕНИЯ

- 1)+ 100000
- 2) 50000
- 3) 10000
- 4) 500000

14. 1 СТАВКА ВРАЧА-ОНКОЛОГА ВЫДЕЛЯЕТСЯ НА __ КОЕК КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

- 1)+ 60
- 2) 30
- 3) 45
- 4) 15

15. ОПТИМАЛЬНАЯ МОЩНОСТЬ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ОТ __ ДО __ КОЕК

- 1)+ 40; 60
- 2) 20; 30
- 3) 30; 40
- 4) 60; 80

16. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ В

- 1)+** областных и городских многопрофильных больницах
- 2) больницах скорой помощи
- 3) участковых больницах
- 4) реабилитационных центрах

**17. НОРМАТИВ ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЕТ 1 СТАВКУ НА
____ ТЫСЯЧ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

- 1)+** 100
- 2) 150
- 3) 175
- 4) 200

Тема 3. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности.

1. К ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ВРОЖДЕННОГО РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА ОТНОСЯТ

- 1)+ узкий, прямой свищевой ход, выстланный эпителием
- 2) широкий дефект ректовагинальной перегородки
- 3) свищевой ход с отрогами и гнойными полостями по его ходу
- 4) облитерированный свищевой ход, открывающийся в заднем своде влагалища, представленный в виде тяжа

2. АГАНГЛИОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ В

- 1)+ прямой кишке
- 2) сигмовидной кишке
- 3) поперечной ободочной кишке
- 4) слепой кишке

3. ПРИ СУБТОТАЛЬНОМ МЕГАКОЛОН НАБЛЮДАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ

- 1)+ ободочной кишки до правого изгиба
- 2) прямой кишки
- 3) сигмовидной и нисходящей кишок
- 4) всей ободочной кишки

4. УРОВЕНЬ, НА КОТОРОМ, КАК ПРАВИЛО, ЛОКАЛИЗУЕТСЯ УЧАСТОК ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, -- ЭТО

- 1)+ зубчатая линия
- 2) дистальная часть анального канала
- 3) средняя часть анального канала
- 4) уровень перианальной кожи

5. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН

- 1)+ неизвестна
- 2) врожденное отсутствие ганглиев межмышечного и подслизистого сплетений
- 3) токсическое поражение собственного нервного аппарата кишки
- 4) паразитарная инвазия, приводящая к гибели нейронов нервных сплетений кишечной стенки

6. ЗУБЧАТАЯ ЛИНИЯ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА РАССТОЯНИИ _____ СМ ОТ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

- 1)+ 2,5-3,0
- 2) 2,0
- 3) 1,5-2,0
- 4) 1,0

7. СИМПТОМ КАЛОМАЗАНИЯ

- 1)+ более характерен для идиопатического мегаректум
- 2) более характерен для болезни Гиршпрунга
- 3) характерен и для болезни Гиршпрунга, и для идиопатического мегаректум
- 4) не характерен ни для болезни Гиршпрунга, ни для идиопатического мегаректум

8. ЕСЛИ РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ, ТО ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ ирригографию с бариевой взвесью
- 2) обзорную рентгенографию брюшной полости
- 3) ирригографию с воздухом
- 4) дачу бариевой взвеси через рот

9. ПРИ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА НАРУЖНЫЙ АНАЛЬНЫЙ СФИНКТЕР

- 1)+ может быть функционально и анатомически недоразвитым
- 2) может быть недоразвита только глубокая порция наружного анального сфинктера
- 3) всегда полностью отсутствует
- 4) всегда имеет нормальную функцию и структуру

10. ПОД СИНДРОМОМ ОГИЛВИ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

- 1)+ остро развивающуюся дилатацию толстой кишки при отсутствии механического препятствия для пассажа кишечного содержимого или воспаления
- 2) хроническое расширение толстой кишки, развивающееся по неизвестным причинам
- 3) хроническое расширение толстой кишки, развивающееся вследствие поражения собственного нервного аппарата кишки инвазией *tyrpanosoma cruzi*
- 4) остро развивающуюся дилатацию толстой кишки вследствие обструкции просвета толстой кишки каловым камнем

11. ТЕРАТОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ

- 1)+ имеют эмбриональное происхождение
- 2) являются истинными опухолями
- 3) представляют собой ретенционные кисты
- 4) являются следствием хронического парапроктита

12. ПРИ БИОПСИИ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ИССЕЧЕНИЕ

- 1)+ полнослойного участка стенки прямой кишки для оценки интрамурального нервного аппарата
- 2) участка слизистой прямой кишки для оценки активности ацетилхолинэстеразы
- 3) слизистой ободочной кишки для оценки активности ацетилхолинэстеразы
- 4) полнослойного участка стенки ободочной кишки для оценки интрамурального нервного аппарата

13. ОТСУТСТВИЕ ГАНГЛИЕВ ИНТРАМУРАЛЬНОГО НЕРВНОГО СПЛЕТЕНИЯ НА 1 СМ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ ПО ДАННЫМ БИОПСИИ ПО СВЕНСОНУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ нормальном состоянии
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) идиопатическом мегаколоне
- 4) болезни Чагаса

14. ЧАСТОТА АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 3-5
- 2) 7-9
- 3) 2-3
- 4) 10-13

15. ОТСУТСТВИЕ РЕКТОАНАЛЬНОГО ИНГИБИТОРНОГО РЕФЛЕКСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1)+ манометрических признаков болезни Гиршпрунга
- 2) манометрических признаков мегаректума
- 3) нарушений нервно-рефлекторной деятельности анального сфинктера
- 4) изменений тонуса и сократительной способности анального сфинктера

16. К ЖАЛОБАМ, С КОТОРЫМИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НА ПРИЕМ ПРИХОДЯТ ПАЦИЕНТЫ, ОПЕРИРОВАННЫЕ В ДЕТСТВЕ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ недержание компонентов кишечного содержимого
- 2) периодически возникающие парапроктиты
- 3) затруднение опорожнения кишки
- 4) боли в области заднего прохода

17. ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ отсутствие грубых изменений эндоскопической картины
- 2) усиление сосудистого рисунка, образование язв в расширенных отделах
- 3) усиление сосудистого рисунка, образование язв в отделах толстой кишки, проксимальнее расширенных отделов
- 4) образование воспалительных стриктур дистальнее расширенных отделов

18. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «МЕГАКОЛОН (МЕГАСИГМЫ)» ШИРИНА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ ИРРИГОСКОПИИ ДОЛЖНА БЫТЬ (В СМ)

- 1)+ не менее 6,5
- 2) не более 6,5
- 3) не более 4
- 4) не менее 10

19. ПОД ТОТАЛЬНЫМ МЕГАКОЛОНОМ ПОНИМАЮТ РАСШИРЕНИЕ

- 1)+ всей ободочной кишки
- 2) прямой кишки
- 3) сигмовидной и нисходящей кишок
- 4) ободочной кишки до правого изгиба

20. ОПЕРАЦИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ, КАК ПРАВИЛО, ВЫПОЛНЯЕТСЯ В

- 1)+ период новорожденности
- 2) подростковом возрасте
- 3) период с 17 до 20 лет
- 4) возрасте после 20 лет

21. ФОРМАМИ УДВОЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ сферические и трубчатые
- 2) конусовидные и веретенообразные
- 3) шарообразные и конусовидные
- 4) шарообразные и веретенообразные

22. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) КТ-колонография
- 3) пассаж бариевой взвеси по толстой кишке
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости

23. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С УДВОЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ кокцигодинией
- 2) дермоидной кистой
- 3) менингоцеле
- 4) тератомой

24. РАСШИРЕНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ РАЗМЕРЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома Огилви
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) идиопатического мегаколон
- 4) болезни Чагаса

25. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИРРИГОСКОПИИ АГАНГЛИОНАРНАЯ ЗОНА ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЫШЕРАСПОЛОЖЕННЫМ ОТДЕЛАМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫГЛЯДИТ

- 1)+ относительно суженной
- 2) относительно расширенной
- 3) неизменной или слегка расширенной
- 4) резко баллонообразно расширенной

26. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАМЫКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПАТОГНОМОНИЧНО

- 1)+ отсутствие ректоанального рефлекса внутреннего сфинктера
- 2) увеличение тонической активности внутреннего сфинктера
- 3) отсутствие ректоанального рефлекса наружного сфинктера
- 4) снижение сократительной способности наружного сфинктера

27. БОЛЕЗНЬ ЧАГАСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ хроническим расширением толстой кишки, развивающимся вследствие поражения собственного нервного аппарата кишки инвазией *Trypanosoma cruzi*
- 2) остро развивающейся дилатацией толстой кишки при отсутствии механического препятствия для пассажа кишечного содержимого или воспаления
- 3) хроническим расширением толстой кишки, развивающееся по неизвестным причинам
- 4) остро развивающейся дилатацией толстой кишки вследствие обструкции просвета толстой кишки каловым камнем

28. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) физиологический
- 4) лабораторный

29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атрезия заднего прохода и прямой кишки
- 2) сужение заднего прохода и прямой кишки
- 3) удвоение прямой кишки
- 4) эктопия заднепроходного отверстия

30. ВЫДЕЛЯЮТ 2 ФОРМЫ ЭКТОПИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

- 1)+ промежностная и вестибулярная
- 2) ягодичная и мочепузырная
- 3) ягодичная и крестцовая
- 4) абдоминальная и крестцовая

31. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ _____ КИШКИ

- 1)+ врожденный аганглиоз участка толстой
- 2) гипертрофия мышечного слоя
- 3) поражение подслизистого и слизистого слоев
- 4) токсическая дилатация толстой

32. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ О БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ отсутствие ректо-анального ингибиторного рефлекса
- 2) уменьшение латентного периода проведения по половому нерву
- 3) снижение максимального давления при натуживании относительно нормы
- 4) увеличение чувствительности и снижение адаптивной способности

33. ТОТАЛЬНЫЙ МЕГАКОЛОН ЭТО РАСШИРЕНИЕ

- 1)+ всей ободочной кишки
- 2) прямой кишки
- 3) сигмовидной и нисходящей кишок
- 4) ободочной кишки до правого изгиба

34. У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- 1)+ ректальная
- 2) ректосигмоидная
- 3) субтотальная
- 4) сегментарная

35. НАЛИЧИЕ РЕКТОАНАЛЬНОГО ИНГИБИТОРНОГО РЕФЛЕКСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ОТСУТСТВИИ

- 1)+ манометрических признаков болезни Гиршпрунга
- 2) манометрических признаков мегаректум
- 3) нарушений нервно-рефлекторной деятельности анального сфинктера
- 4) изменений тонуса и сократительной способности анального сфинктера

36. АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

- 1)+ могут сочетаться с другими пороками развития
- 2) всегда сочетаются с другими пороками развития
- 3) никогда не сочетаются с другими пороками развития
- 4) сочетаются только с пороками мочевыделительной системы

37. БИОПСИЯ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ исключения аганглиоза как причины развития мегаколон
- 2) исключения малигнизации в прямой кишке
- 3) оценки степени воспалительных изменений в стенке прямой кишки
- 4) оценки степени дистрофических изменений в стенке прямой кишки

38. МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ КОТОРЫХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ДЕРЖАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ функциональные
- 2) ультразвуковые
- 3) рентгенологические
- 4) эндоскопические

39. ПОД РЕКТОАНАЛЬНЫМ ИНГИБИТОРНЫМ РЕФЛЕКСОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ РЕФЛЕКТОРНОЕ

- 1)+ расслабление внутреннего сфинктера в ответ на наполнение прямой кишки
- 2) расслабление наружного сфинктера в ответ на наполнение прямой кишки
- 3) сокращение наружного сфинктера в ответ на наполнение прямой кишки
- 4) расслабление внутреннего сфинктера в ответ на раздражение наружного сфинктера

40. ДЛЯ ЛЕВОСТОРОННЕГО МЕГАКОЛОН ХАРАКТЕРНО РАСШИРЕНИЕ

- 1)+ сигмовидной и нисходящей кишок
- 2) прямой и сигмовидной кишок
- 3) ободочной кишки до правого изгиба
- 4) всей ободочной кишки

41. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

- 1)+ оканчивается слепо в подкожной жировой клетчатке в межъягодичной области
- 2) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
- 3) сообщается с просветом прямой кишки
- 4) сообщается с крестцовым каналом

42. СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ ЕГО АНАТОМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ врожденным недоразвитием нервно-рефлекторного аппарата
- 2) врожденным нарушением строения миоцитов
- 3) врожденным соединительнотканым замещением мышечных волокон
- 4) гибелью миоцитов сфинктера после рождения в связи с аутоиммунным процессом

43. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ОТ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ постепенный переход нормальной или расширенной прямой кишки в расширенную сигмовидную
- 2) резкий переход относительно суженной дистальной части кишки в расширенную проксимальную
- 3) рентгенологическая картина не различается
- 4) прямая кишка всегда расширена

44. ВРОЖДЕННУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ

- 1)+ эктопия заднепроходного отверстия
- 2) криптогенный свищ прямой кишки
- 3) анальная трещина
- 4) ректоцеле

45. ПРЕСАКРАЛЬНАЯ КИСТА ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ врожденной аномалии
- 2) приобретенной аномалии
- 3) генетически обусловленной патологии
- 4) посттравматической патологии

46. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ ИДИОПАТИЧЕСКИМ МЕГАКОЛОНОМ И БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА БАЗОВЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) пассаж бариевой взвеси по толстой кишке
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) КТ-колонография

47. ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

48. НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ СНИМКАХ МЕГАРЕКТУМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ ширине прямой кишки в прямой или боковой проекции более 8,5 см
- 2) ширине прямой кишки в прямой или боковой проекции более 4 см
- 3) превышении диаметра прямой кишки диаметра сигмовидной более, чем в 2 раза
- 4) ширине прямой кишки равной ширине сигмовидной кишки

49. БИОПСИЯ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ _____ ДОСТУПОМ

- 1)+ трансанальным
- 2) трансабдоминальным
- 3) парасакральным
- 4) промежностным

50. ДИЕТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРОМЕЖНОСТИ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПОТРЕБЛЕНИИ ПОВЫШЕННОГО КОЛИЧЕСТВА

- 1)+ растительной клетчатки
- 2) белковых продуктов
- 3) углеводной пищи
- 4) растительных жиров

51. ТКАНЬЮ, ПОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ В РАНЕ ВО 2 ФАЗУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ грануляционная
- 2) соединительная
- 3) жировая
- 4) мышечная

52. МЕГАКОЛОН ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ следствием наличия аганглиоза в дистальнее расположенных отделах кишки
- 2) причиной развития аганглиоза в дистальнее расположенных отделах кишки
- 3) рентгенологической и клинической характеристикой зоны аганглиоза
- 4) свидетельством приобретенного характера аганглиоза

53. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двухэтапная операция: сначала колостомы, вторым этапом – по Дюамелю
- 2) илеостомия, в последующем операция Соаве
- 3) операция Дюамеля
- 4) операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы

54. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕВОСТОРОННЕГО МЕГАКОЛОН ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колэктомия с формированием илеоректального анастомоза конец в конец
- 2) левосторонняя гемиколэктомия с резекцией прямой кишки и формированием трансверзоректального анастомоза по дюамелю
- 3) левосторонняя гемиколэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием колоанального анастомоза
- 4) колпроктэктомия с формированием тазового тонкокишечного резервуара, илеоректального анастомоза

55. ПРИ НАЛИЧИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ НЕОБХОДИМО

- 1)+ взять материал для микробиологического исследования из раны
- 2) выполнить колоноскопию
- 3) продолжить прежнее лечение
- 4) выполнить иссечение тканей в области раны

56. В СВЯЗИ С ОПАСНОСТЬЮ РАСХОЖДЕНИЯ ШВОВ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА АНАЛЬНОМ СФИНКТЕРЕ, ПАЦИЕНТАМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1)+ занятие физической активностью, принятие сидячего положения
- 2) употребление жидкости per os
- 3) питание белковыми продуктами
- 4) принятие вертикального положения

57. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преимущественно консервативное, хирургическое в случае осложненного течения или высокого риска развития осложнений
- 2) только хирургическое
- 3) только консервативное
- 4) преимущественно хирургическое, консервативное в случае невозможности хирургического лечения

58. В СЛУЧАЕ НАГНОЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С УШИВАНИЕМ РАНЫ НАГЛУХО НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩЕЙ ТАКТИКОЙ БУДЕТ

- 1)+ снять швы с раны с дальнейшим ее ведением открытым способом
- 2) установить в рану под линией швов дренажи для ее промывания растворами антисептиков
- 3) промывать рану растворами антисептиков между швами без их снятия
- 4) каждые 2-3 часа производить смену салфеток с мазью на водорастворимой основе на наружной поверхности раны, без снятия швов

59. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ (МЕГАРЕКТУМ + МЕГАСИГМА) ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проктэктомия с резекцией сигмовидной кишки и формированием колоанального анастомоза
- 2) резекция прямой и сигмовидной кишок с формированием анастомоза по дюамелю в модификации гнцк
- 3) колэктомия с формированием илеоректального анастомоза
- 4) колпроктэктомия с формированием тазового тонкокишечного резервуара, низкого илеоректального анастомоза

60. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОГИЛВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цекостомия
- 2) сигмостомия
- 3) трансверзостомия
- 4) илеостомия

61. БИОПСИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ при наличии мегаколон и противоречиях в результатах рентгенологических и физиологических методов исследования
- 2) всегда при наличии мегаколон у взрослых
- 3) всегда при отсутствии ректоанального ингибиторного рефлекса
- 4) всегда при подозрении на болезнь Гиршпрунга у взрослых

62. ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

- 1)+ выполняется в сроки от 2 до 5 дней после вмешательства
- 2) выполняется в сроки от 14 до 30 дней после вмешательства
- 3) выполняется после полного заживления ран
- 4) противопоказано

63. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННОГО МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию функции толстой кишки
- 2) консервативное, направленное на нормализацию диаметра толстой кишки
- 3) только хирургическое
- 4) хирургическое при неэффективности консервативного

64. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «выключение» из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны
- 2) ликвидация спазма аганглионарной зоны
- 3) ликвидация спазма внутреннего сфинктера
- 4) сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки

65. ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

- 1)+ не требуется
- 2) требуется на 3 дня после вмешательства
- 3) требуется на 5 дней после вмешательства
- 4) требуется на 7 дней после вмешательства

66. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ Дюамеля в модификации государственного научного центра колопроктологии
- 2) по Бильрот 2
- 3) Гартмана
- 4) с формированием илео-анального резервуарного анастомоза

67. ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ «выключении» из пассажа или резекции аганглионарной зоны
- 2) стойкой ликвидации спазма внутреннего сфинктера
- 3) сохранении функционально пригодных отделов толстой кишки
- 4) резекции расширенной части толстой кишки

68. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ назначение бесшлаковой диеты
- 2) симптоматическую коррекцию болевого синдрома
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) ежедневные перевязки с растворами антисептиков

69. ОПЕРАЦИЮ ДЮАМЕЛЯ В МОДИФИКАЦИИ ГНЦК ПРОВОДЯТ В

- 1)+ 2 этапа
- 2) 3 этапа
- 3) 4 этапа
- 4) 1 этап

70. НЕТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- 2) кровотечение из ран в анальном канале
- 3) дизурия
- 4) выраженный болевой синдром

71. НАКЛАДЫВАТЬ СТОМУ У ОСЛАБЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ МНОГОЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СЛЕДУЕТ НА

- 1)+ границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки
- 2) границе нисходящей и сигмовидной ободочных кишок
- 3) границе поперечной и нисходящей ободочных кишок
- 4) границе восходящей и поперечной ободочных кишок

72. РАНУ МОЖНО СЧИТАТЬ ЗАЖИВШЕЙ ПРИ УСЛОВИИ, КОГДА РАНЕВОЙ ДЕФЕКТ

- 1)+ полностью заместился соединительной тканью
- 2) полностью эпителизировался
- 3) частично эпителизировался, остальная его часть заместила соединительной тканью
- 4) полностью заместился грануляционной тканью

73. МОДИФИКАЦИЯ ГНЦК ОПЕРАЦИИ ДЮАМЕЛЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ формирование «бесшовного» колоректального анастомоза путем низведения ободочной кишки с избытком
- 2) формирование колоректального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата
- 3) использование линейного сшивающе-режущего аппарата для рассечения «шпоры»
- 4) формирование концебокового колоректального анастомоза по задней, а не передней стенке прямой кишки

74. ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СТУЛА НА 4 СУТКИ ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НАПРАВЛЕНА НА

- 1)+ применение очистительной клизмы только после пальцевого исследования при выявлении кала в ампуле прямой кишки
- 2) динамическое наблюдение
- 3) применение препаратов для очистки кишечника (макрогол и т.д.)
- 4) применение очистительной клизмы до осмотра пациента

75. В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ КИШКИ, ПЕРФОРАЦИИ, ПЕРИТОНИТА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деторсия заворота и декомпрессия кишки с помощью колоноскопа
- 2) консервативное лечение (сифонные клизмы, инфузионная терапия)
- 3) хирургическое лечение – деторсия заворота, сигмопликация
- 4) хирургическое лечение – резекция сигмовидной кишки

76. ЦЕЛЬЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подбор эффективного и удобного для пациента режима опорожнения кишечника и купирование или облегчение симптомов абдоминального дискомфорта
- 2) нормализация диаметра толстой кишки
- 3) подготовка к хирургическому лечению
- 4) профилактика осложненного течения мегаколон

77. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ, ТО ЭТО СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК

- 1)+ 1 степень недостаточности анального жома
- 2) нормальное явление после операции
- 3) 3 степень недостаточности анального жома
- 4) 2 степень недостаточности анального жома

78. КОНТРОЛЬ ПОЛНОЦЕННОГО ОПОРОЖНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ОСУЩЕСТВИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ пальцевого исследования прямой кишки
- 2) аноскопии
- 3) ТРУЗИ
- 4) дефекографии

79. К НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С ЛИКВИДАЦИЕЙ СПАЗМА СФИНКТЕРА ОДНИМ ИЗ СТАНДАРТНЫХ СПОСОБОВ (СФИНКТЕРОТОМИЯ, ДИВУЛЬСИЯ) ОТНОСЯТ

- 1)+ недостаточность анального сфинктера
- 2) диарею
- 3) ложные позывы на дефекацию
- 4) многомоментную дефекацию

80. РЕЗЕКЦИЯ АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНЫ И РАСШИРЕННОЙ ЧАСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ЭВАГИНАЦИОННОГО АНАСТОМОЗА «КОНЕЦ В КОНЕЦ» НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ операция Свенсона
- 2) операция Дюамеля
- 3) операция Ребейна
- 4) операция Соаве

81. МАЗЕВЫМИ ОСНОВАМИ, НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (2-7 ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ) ЯВЛЯЮТСЯ МАЗИ

- 1)+ водорастворимые
- 2) жирорастворимые
- 3) содержащие НПВС
- 4) содержащие кортикостероиды

82. В СЛУЧАЕ ЗАТРУДНЕНИЯ ОПОРОЖНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ПОСТОЯННЫХ ПОЗЫВОВ НА ДЕФЕКАЦИЮ И НАЛИЧИЯ СТУЛА В АМПУЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ БУДЕТ

- 1)+ выполнить очистительную клизму (клизмы) до полноценного опорожнения прямой кишки
- 2) назначить слабительные препараты на основе сенны до самостоятельного опорожнения прямой кишки
- 3) назначить препараты на основе макрогола с целью очищения всей толстой кишки
- 4) ожидать самостоятельного опорожнения прямой кишки

83. ОПЕРАЦИЯ СОАВЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- 2) резекцию аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с низведением ободочной кишки позади культи прямой кишки и формированием колоректального анастомоза «конец в бок»
- 3) удаление аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного колоанального анастомоза «конец в конец»
- 4) формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

84. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ГЕМОРРОДИЭКТОМИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) болевой синдром
- 3) нагноение послеоперационных ран
- 4) расхождение швов на ранах

85. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ГОДАХ)

- 1)+ 3
- 2) 5
- 3) 1
- 4) 10

86. В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ КИШКИ, ПЕРФОРАЦИИ, ПЕРИТОНИТА К МЕТОДАМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ деторсию заворота и декомпрессию кишки с помощью колоноскопа
- 2) консервативное лечение (сифонные клизмы, инфузионная терапия)
- 3) хирургическое лечение – деторсия заворота, сигмопликация
- 4) хирургическое лечение – резекция сигмовидной кишки

87. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВОЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ двухэтапная операция: резекция расширенной ободочной кишки с формированием одноствольной колостомы, затем резекция прямой кишки с формированием анастомоза по Дюамелю
- 2) двухэтапная операция: резекция прямой и расширенной ободочной кишок по Свенсону с формированием проксимальной петлевой колостомы; затем закрытие колостомы
- 3) одноэтапная резекция прямой и расширенной ободочной кишок с формированием анастомоза по Соаве
- 4) одноэтапная резекция прямой и расширенной ободочной кишок с формированием колоректального анастомоза по Дюамелю

88. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО В ДЕТСТВЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНУЮ ПРОКТОПЛАСТИКУ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ, АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ В ВИДЕ РЕДКОГО КАЛОМАЗАНИЯ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ регуляции стула с помощью диеты, выполнения очистительных клизм перед дальними поездками
- 2) выполнении пластики анального сфинктера нежной мышцей бедра
- 3) формировании постоянной колостомы
- 4) установке магнитного запирающего устройства

89. ПОКАЗАНИЕМ К НЕОТЛОЖНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ И ЗАДНЕГО ПРОХОДА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бессвищевая форма атрезии
- 2) свищ в мочевого пузыря
- 3) уретральный свищ
- 4) узкий и длинный промежностный свищ

90. ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН

- 1)+ преимущественно консервативное, хирургическое в случае осложненного течения или высокого риска развития осложнений
- 2) только хирургическое
- 3) только консервативное
- 4) преимущественно хирургическое, консервативное в случае невозможности хирургического лечения

91. ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1)+ резекцию аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с низведением ободочной кишки позади культи прямой кишки и формированием колоректального анастомоза «конец в бок»
- 2) удаление аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного колоанального анастомоза «конец в конец»
- 3) низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- 4) формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

92. КАЛОВЫЕ КАМНИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ОБЫЧНО ОБРАЗУЮТСЯ

- 1)+ проксимальнее зоны аганглиоза
- 2) в зоне аганглиоза
- 3) дистальнее зоны аганглиоза
- 4) вне зависимости от зоны аганглиоза

93. ПРАВИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический при любой протяженности аганглионарной зоны
- 2) консервативный при любой протяженности аганглионарной зоны
- 3) консервативный при протяженности аганглионарной зоны 3-4 см
- 4) хирургический при протяженности аганглионарной зоны 3-4 см

94. К ЦЕЛЯМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ОТНОСЯТ

- 1)+ подбор эффективного и удобного для пациента режима опорожнения кишечника и купирование или облегчение симптомов абдоминального дискомфорта
- 2) нормализацию диаметра толстой кишки
- 3) подготовку к хирургическому лечению
- 4) профилактику осложненного течения мегаколон

Тема 4. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ хроническое неспецифическое воспаление
- 2) саркоидная гранулема
- 3) гранулема с казеозным некрозом в центре
- 4) наличие атипичных клеток

2. ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ

- 1)+ является следствием нарушения работы иммунной системы
- 2) связана с системными заболеваниями
- 3) является одной из форм язвенного колита
- 4) связана с микобактериальной инфекцией

3. БОЛЕЗНЬ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1)+ неизлечимым
- 2) моногенным
- 3) инфекционным
- 4) онкологическим

4. СКОРОСТЬ КРОВОПОТЕРИ ПО ДАННЫМ ОБЪЕКТИВНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ КОТОРОМ КОНСТАТИРУЮТ КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ _____ МЛ КРОВИ/СУТКИ

- 1)+ 100
- 2) 200
- 3) 300
- 4) 400

5. БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1)+ необходима при сомнениях в правильности установленного диагноза
- 2) не нужна
- 3) нужна при проведении любой колоноскопии
- 4) необходима если язвенный колит сопровождается внекишечными проявлениями

6. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ сочетания факторов
- 2) дефектов врождённого и приобретенного иммунитета
- 3) дефектов кишечной микрофлоры
- 4) генетической предрасположенности

7. ВОЗМОЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) ЭРХПГ
- 3) дефекография
- 4) ЭГДС

8. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие на гиперимированной слизистой оболочки, эрозий, микроабсцессов, контактной и спонтанной кровоточивости
- 2) экзофитное образование на неизменной слизистой
- 3) продольные язвы трещины, дискретность поражения
- 4) множественные вдавления

9. ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

- 1)+ месалазина 1,2-2,4 г/сутки перорально и микроклизм с месалазином 2 г 2 раза в неделю
- 2) месалазина 3-4 г/сутки перорально
- 3) месалазина 1,2-2,4 г/сутки перорально и микроклизм с гидрокортизоном в виде терапии «выходного дня»
- 4) сульфасалазина 4 г/сутки перорально

10. ПОД ДИСФУНКЦИЕЙ ИЛЕОСТОМЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОНИМАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА КИШЕЧНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПО ИЛЕОСТОМЕ БОЛЕЕ _____ МЛ В СУТКИ

- 1)+ 1000
- 2) 400
- 3) 700
- 4) 1500

11. С КАКОЙ ГРУППОЙ БОЛЕЗНЕЙ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ?

- 1)+ инфекционные болезни
- 2) болезни верхних отделов ЖКТ
- 3) болезни тонкой кишки
- 4) болезни эндокринной системы

12. НЕОБХОДИМЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия
- 2) дефекография
- 3) профилометрия
- 4) мезентерикография

13. В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА УЧАСТВУЮТ

- 1)+ иммунологические нарушения
- 2) бактериальные инфекции
- 3) аллергические реакции
- 4) сосудистые нарушения

14. ДИАГНОЗ «БОЛЕЗНЬ КРОНА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ совокупности признаков
- 2) эндоскопической картины
- 3) критериев Lennard-Jones
- 4) клинической картины

15. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПРИ

- 1)+ язвенном колите
- 2) болезни Крона
- 3) дивертикулярной болезни
- 4) ишемическом колите

16. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ НЕОБХОДИМО С

- 1)+ шигеллезом
- 2) язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки
- 3) острым аппендицитом
- 4) хроническим рецидивирующим панкреатитом

17. К БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ 5-АСК
- 2) антибиотики группы тетрациклина
- 3) фторхинолоны
- 4) цефалоспорины III поколения

18. МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ воспалительным инфильтратом, локализующимся только в слизистой
- 2) воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки
- 3) преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания
- 4) развитием склероза мышечного слоя

19. ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЙ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6-12
- 2) 2-3
- 3) 4-6
- 4) 12-18

20. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ТОТАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

- 1)+ месалазина 3-4,8 г/сут перорально и микроклизм с месалазином 2-4 г/сут
- 2) месалазина 2 г/сут перорально
- 3) инфликсимаба 5 мг/кг внутривенно
- 4) азатиоприна 1,5 мг/кг перорально

21. НА ПРЕДСТАВЛЕННОМ КТ СНИМКЕ УЧАСТОК СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ДИВЕРТИКУЛАМИ; СТЕНКИ УТОЛЩЕНЫ; В ПАРАКОЛИЧЕСКОЙ КЛЕТЧАТКЕ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ЖИДКОСТНОЕ ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИАМЕТРОМ 2,5 СМ С ТОЛСТЫМИ СТЕНКАМИ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ СООТВЕТСТВУЕТ КАРТИНЕ 

- 1)+ перфоративного дивертикулита с абсцессом
- 2) острого дивертикулита с перидивертикулитом
- 3) острого паракишечного инфильтрата
- 4) периколической флегмоны

22. ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками здоровой слизистой оболочкой)
- 2) протяженное непрерывное поражение слизистой оболочки
- 3) диффузное поражение толстой кишки
- 4) обширный язвенный дефект, окруженный воспаленной слизистой оболочкой

23. НЕОБХОДИМЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия
- 2) ЭКГ
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) мезентерикография

24. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ТОНКОЙ КИШКЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная энтерография
- 2) компьютерно-томографическая энтерография
- 3) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- 4) сцинтиграфия тонкой кишки

25. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ ДИВЕРТИКУЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КТ-ИССЛЕДОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ без ретроградного заполнения толстой кишки
- 2) с ретроградным заполнением толстой кишки водорастворимым контрастным веществом
- 3) с ретроградным контрастированием толстой кишки водой
- 4) с антеградным заполнением толстой кишки водорастворимым контрастным веществом

26. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ крипт-абсцессы
- 2) глубокие язвенные дефекты
- 3) картину «булыжной мостовой»
- 4) язвы-трещины

27. ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В СВЯЗИ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ И/ИЛИ НЕЭФФЕКТИВНОСТЬЮ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ С МОМЕНТА УСТАНОВКИ ДИАГНОЗА, СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 80
- 3) 10
- 4) 30

28. ДОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, У КОТОРЫХ РАЗВИВАЕТСЯ РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ С МОМЕНТА ОПЕРАЦИИ, СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 36-61
- 2) 0-10
- 3) 62-90
- 4) 11-35

29. ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечное кровотечение
- 2) стриктура подвздошной кишки
- 3) гипоальбуминемия
- 4) инфильтрат брюшной полости

30. В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИЮ/СТАДИИ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 4

31. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ брюшной полости
- 2) КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 3) КТ брюшной полости без внутривенного контрастирования
- 4) ирригоскопия с водорастворимым контрастным веществом

32. ОБЪЕМ КАЛОВЫХ МАСС С ВИЗУАЛЬНО ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ ПРИМЕСЬЮ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ КОТОРОМ КОНСТАТИРУЮТ КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/СУТКИ

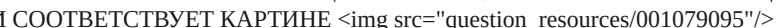
- 1)+ 800
- 2) 600
- 3) 1000
- 4) 1200

33. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОГРАНИЧИВАЮЩИМ ПРИМЕНЕНИЕ КТ-ЭНТЕРОГРАФИИ ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ионизирующее излучение
- 2) внутривенное введение контрастного препарата
- 3) высокая стоимость
- 4) труднодоступность исследования

34. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛУЖИТ

- 1)+ саркоидная гранулема
- 2) неоплазия слизистой оболочки
- 3) воспалительная инфильтрация слизистой оболочки
- 4) гипертрофия мышечного слоя стенки кишки

35. НА ПРЕДСТАВЛЕННОМ КТ СНИМКЕ ФРАГМЕНТ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ; ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛ С УТОЛЩЕННЫМИ СТЕНКАМИ И ЛОКАЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ ВОКРУГ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ СООТВЕТСТВУЕТ КАРТИНЕ 

- 1)+ острого дивертикулита
- 2) хронического дивертикулита
- 3) острого паракишечного инфильтрата
- 4) хронического паракишечного инфильтрата

36. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ВИДЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ИЛИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НИХ, ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ магнитно-резонансной томографии малого таза с внутривенным контрастированием
- 2) ультразвукового исследования малого таза
- 3) компьютерной томографии малого таза
- 4) проктографии

37. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стриктура тонкой кишки
- 2) нутритивный статус пациента
- 3) тяжелая атака
- 4) межкишечный свищ

38. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КТ ИЛИ МРТ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ, МЕЖОРГАННЫХ СВИЩЕЙ, СТРИКТУР РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ рентгеновского исследования с пассажем бария
- 2) ультразвукового исследования кишечника
- 3) колоноскопии и илеоскопии
- 4) диагностической лапароскопии

39. ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПЕРЕНЕСШИХ ИЛЕОЦЕКАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ КИШЕЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 25
- 2) 50
- 3) 75
- 4) 10

40. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИСФУНКЦИИ ИЛЕОСТОМЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Clostridium difficile
- 2) Escherichia coli
- 3) Staphylococcus aureus
- 4) Pseudomonas aeruginosa

41. РАСШИРЕНИЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, НЕ СВЯЗАННОЕ С ОБСТРУКЦИЕЙ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 4

42. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КТ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕТРОГРАДНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА

- 1)+ перфорацию дивертикула
- 2) сигмо-везикальный свищ
- 3) хронический паракишечный инфильтрат
- 4) хронический дивертикулит

43. ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическая дилатация ободочной кишки
- 2) спаечная болезнь брюшной полости
- 3) гормональная резистентность
- 4) гангренозная пиодермия

44. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) УЗИ органов брюшной полости
- 3) КТ органов брюшной полости
- 4) МРТ органов брюшной полости

45. ЧАСТОТА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПЕРЕНЕСШИХ ИЛЕОЦЕКАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ КИШЕЧНИКА, СОСТАВЛЯЕТ ДО (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 75
- 2) 50
- 3) 25
- 4) 10

46. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ПРОТЯЖЕННОСТИ, СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, СТРИКТУР У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография с контрастированием кишечника
- 2) ультразвуковое исследование кишечника
- 3) рентгенография тонкой кишки
- 4) колоноскопия с илеоскопией

47. ХРОНИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стриктуры кишечника
- 2) инфильтрат брюшной полости
- 3) гормональная зависимость
- 4) абсцесс брюшной полости

48. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, МЕЖКИШЕЧНЫХ, МЕЖОРГАНЫХ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография с контрастированием кишечника
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости и кишечника
- 3) рентгенография тонкой кишки
- 4) компьютерная томография без контрастного усиления

49. НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ КТ ТОМОГРАММЕ УЧАСТОК СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ДИВЕРТИКУЛАМИ, УТОЛЩЕННЫМИ СТЕНАМИ; В ПАРАКОЛИЧЕСКОЙ КЛЕТЧАТКЕ ВЫРАЖЕННАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ БЕЗ ЧЕТКИХ ГРАНИЦ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ СООТВЕТСТВУЕТ КАРТИНЕ

- 1)+ острого паракишечного инфильтрата
- 2) перфоративного дивертикулита с перитонитом
- 3) острого дивертикулита с перидивертикулитом
- 4) хронического паракишечного инфильтрата

50. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ИНДЕКС MaRIA, РАССЧИТЫВАЕМЫЙ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ЭНТЕРОГРАФИИ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1)+ активности воспалительного процесса
- 2) выраженности фиброзных изменений
- 3) степени нарушения кишечной проходимости
- 4) протяженности воспалительных изменений

51. НАЗНАЧЕНИЕ КТ-ЭНТЕРОГРАФИИ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ

- 1)+ язвенным колитом и псевдомембранозным колитом
- 2) язвенным колитом и болезнью Крона
- 3) болезнью Крона и туберкулезом тонкой кишки
- 4) болезнью Крона и лимфомой тонкой кишки

52. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ

- 1)+ стихающие после дефекации
- 2) постоянного характера
- 3) стихающие после еды
- 4) при ходьбе и физической нагрузке

53. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ВИДЕ ЭРОЗИЙ НА ФОНЕ ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ

- 1)+ любом воспалительном процессе в кишке
- 2) язвенном колите
- 3) ЦМВ-колите
- 4) шигеллезе

54. ПЕРЕСТРОЕННЫЙ СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ перенесенном воспалении слизистой
- 2) язвенном колите минимальной активности
- 3) язвенном колите умеренной активности
- 4) сальмонеллезе

55. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ 5-АСК ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ назначении преднизолона 1 мг/кг и азатиоприна 2-2,5 мг/кг
- 2) продолжении терапии месалазином 2 г/сутки
- 3) назначении инфликсимаба 5 мг/кг
- 4) назначении азатиоприна 1,5 мг/кг

56. К МЕТОДАМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ лучевые методы
- 2) лапароскопию
- 3) ангиографию
- 4) ультразвуковое исследование

57. К АНАТОМИЧЕСКИМ ПРЕДПОСЫЛКАМ К РАЗВИТИЮ ДИВЕРТИКУЛОВ В ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ формирование наружного мышечного слоя ободочной кишки в виде полос
- 2) наличие артерий и вен, перфорирующих мышечный каркас кишечной стенки
- 3) наличие гаустр, в которых может генерироваться повышенное внутрикишечное давление
- 4) астенический тип сложения

58. ОТДАЛЕННЫЙ АБСЦЕСС, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием околокишечной полости на расстоянии от воспаленного дивертикула, не деформирующей кишечную стенку
- 2) воспалением дивертикула с распространением на окружающие органы и ткани
- 3) наличием околокишечной полости, деформирующей стенку кишки
- 4) наличием стойкого сужения ободочной кишки

59. ЗА КАКОЙ МЕХАНИЗМ ОТВЕЧАЕТ ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ?

- 1)+ выработку цитокинов, регуляцию воспаления
- 2) активацию NF-kB-регулятора воспаления, барьерную функцию эпителия
- 3) регуляцию переноса органических катионов
- 4) регуляцию проницаемости эпителиального барьера

60. ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ любого инфекционного, воспалительного или функционального заболевания кишечника
- 2) синдрома раздраженного кишечника
- 3) только инфекционного заболевания
- 4) только болезни Крона

61. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БОЛЕЗНИ КРОНА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТ С

- 1)+ туберкулезом кишечника
- 2) раком толстой кишки
- 3) саркоидозом
- 4) ишемическим колитом

62. ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ поражение только слизистой оболочки кишки
- 2) длительное течение заболевания
- 3) развитие наружных и внутренних свищей
- 4) развитие параректальных свищей

63. К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ гигантские клетки Пирогова – Лангханса
- 2) волчаночные клетки
- 3) веретенообразные клетки
- 4) эозинофильную инфильтрацию

64. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ штампованные язвенные дефекты
- 2) эрозии и микроабсцессы
- 3) контактную и спонтанную кровоточивость
- 4) сглаженную гаустрацию

65. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ хроническим ишемическим колитом
- 2) застойной сердечной недостаточностью
- 3) инфарктом кишки
- 4) острым коронарным синдромом

66. ПРИСУТСТВИЕ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК ПИРОГОВА – ЛАНГХАНСА В БИОПТАТАХ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ болезни Крона
- 2) синдрома раздраженного кишечника
- 3) язвенного колита
- 4) болезни Гиршпрунга

67. БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1)+ необходима при установлении диагноза
- 2) необходима при проведении любой колоноскопии
- 3) не нужна
- 4) берется на усмотрение врача-эндоскописта

68. ЭТИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

- 1)+ до конца не изучена
- 2) обусловлена бактериальной инфекцией
- 3) обусловлена нарушением кровообращения кишечной стенки
- 4) обусловлена вирусной инфекцией

69. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ дистальный отдел тонкой кишки
- 2) слепая кишка
- 3) нисходящий отдел толстой кишки
- 4) проксимальный отдел тонкой кишки

70. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕМ

- 1)+ прямой кишки
- 2) всех отделов толстой кишки
- 3) левых отделов толстой кишки
- 4) слепой кишки

71. ПРОБА ШВАЙБОЛЬДА ПРИМЕНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ с сигмовезикальным свищом
- 2) с наружными свищами
- 3) при стенозе ободочной кишки
- 4) при толстокишечных кровотечениях

72. К ОТКЛОНЕНИЯМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ эозинофилию
- 2) гипохромную анемию
- 3) нейтрофильный лейкоцитоз
- 4) увеличенную СОЭ

73. К ВОЗМОЖНЫМ СИСТЕМНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ОТНОСЯТСЯ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ нервной системы
- 2) глаз
- 3) суставов
- 4) кожи

74. К МЕТОДАМ, КОТОРЫЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ иммунологический анализ: ЦИК, иммуноглобулины
- 2) биохимический анализ крови
- 3) общий анализ крови
- 4) эндоскопическое исследование

75. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ НЕОБХОДИМО С

- 1)+ лямблиозом
- 2) острым аппендицитом
- 3) вивомой
- 4) холерой

76. БОЛЕЗНЬ КРОНА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕНЕТИКИ

- 1)+ недостаточно изучена
- 2) является моногенным заболеванием с аутосомно-рецессивным типом наследования
- 3) является полигенным заболеванием
- 4) является моногенным заболеванием с аутосомно-доминантным типом наследования

77. К ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение иммунного ответа
- 2) сосудистые нарушения
- 3) аллергическую реакцию
- 4) бактериальную инфекцию

78. БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ любым инфекционным, воспалительным, онкологическим или функциональным заболеванием кишечника
- 2) дивертикулезом
- 3) лимфопролиферативными заболеваниями
- 4) раком толстой кишки

79. К ДОСТОВЕРНЫМ МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- 1)+ саркоидные гранулемы
- 2) гистолимфоцитарную инфильтрацию
- 3) эозинофильную инфильтрацию
- 4) веретенообразные клетки

80. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ глубокие продольные язвы
- 2) поверхностные эрозии
- 3) гиперемия слизистой оболочки осмотренных отделов кишечника
- 4) высыпания по типу «манной крупы»

81. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА НЕОБХОДИМО С

- 1)+ любым инфекционным, воспалительным или функциональным заболеванием кишечника
- 2) язвенным колитом
- 3) туберкулезом кишечника
- 4) раком толстой кишки

82. БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1)+ необходима при длительном анамнезе язвенного колита
- 2) необходима при проведении любой колоноскопии
- 3) не нужна
- 4) необходима, если язвенный колит сопровождается системными проявлениями

83. МЕТОДОМ, ОБЛАДАЮЩИМ МАКСИМАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия с хромоэндоскопией
- 2) УЗИ кишечника
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) МРТ малого таза

84. К МЕТОДАМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ илеоколоноскопию с биопсией
- 2) лапароскопию
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) лучевые методы

85. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНИ КРОНА?

- 1)+ между 20 и 30 годами жизни, второй пик заболеваемости в возрасте 60-70 лет
- 2) между 20 и 30 годами жизни
- 3) между 0 и 10 годами жизни, второй пик заболеваемости в возрасте 20-30 лет
- 4) между 0 и 10 годами жизни

86. ДАННЫЕ ИРРИГОСКОПИИ: УКОРОЧЕНИЕ, СУЖЕНИЕ, ОТСУТСТВИЕ ГАУСТАРЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ язвенного колита
- 2) брюшного тифа
- 3) рака толстой кишки
- 4) болезни Крона

87. К ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКАМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженность и распространенность воспалительного процесса
- 2) размер дивертикулов
- 3) плотность расположения дивертикулов
- 4) число дивертикулов

88. ДЛЯ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ постепенное начало
- 2) наличие выраженной воспалительной эндоскопической активности
- 3) относительно невыраженное поражение прямой кишки
- 4) быстрое развитие метаболических нарушений

89. ПРЕОБЛАДАНИЕ В РАЦИОНЕ СОДЕРЖАНИЯ КРАСНОГО МЯСА И ЖИРОВ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1)+ незначительно увеличивает риск развития осложнений
- 2) значительно увеличивает риск развития осложнений
- 3) не влияет на риск возникновения осложнений
- 4) в 100% случаев ведет к осложнениям

90. ПРИЧИНА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- 1)+ неизвестна
- 2) заключается в физической травме
- 3) заключается в перенесённой кишечной инфекции
- 4) заключается в психической травме

91. ОСТРЫЙ ПАРАКИШЕЧНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ воспалением дивертикула с распространением на окружающие органы и ткани
- 2) воспалением, локализующимся преимущественно в дивертикуле
- 3) наличием околокишечной полости, деформирующей стенку кишки
- 4) наличием стойкого сужения ободочной кишки

92. К КРИТЕРИЯМ LENNARD-JONES НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ обязательное поражение прямой кишки
- 2) прерывистый характер поражения
- 3) наличие саркоидных гранул при гистологическом исследовании биоптатов кишки
- 4) трансмуральный характер поражения

93. НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА КАКОГО СЕКРЕТИРУЕМОГО МУЦИНА ЛЕЖИТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА?

- 1)+ MUC 2
- 2) MUC 5 AC
- 3) MUC 5B
- 4) MUC 6

94. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ КРОВИ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНОГО ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ?

- 1)+ увеличение ЛДГ
- 2) гипоальбуминемия
- 3) нейтрофильный лейкоцитоз
- 4) гипохромная анемия

95. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
- 2) «бульжную мостовую»
- 3) дефекты наполнения
- 4) множественные мешковидные выпячивания по контуру кишки

96. ДЛЯ УСТАНОВКИ МАНИПУЛЯЦИОННОГО ЗАЖИМА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДИАМЕТР ТРОАКАРА (В ММ)

- 1)+ 5
- 2) 10
- 3) 11
- 4) 12

97. У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НЕПРОТЯЖЕННОЙ (ДО 3 СМ) СТРИКТУРЫ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ выполнение эндоскопической баллонной дилатации
- 2) выполнение стриктуропластики
- 3) формирование обходного анастомоза
- 4) формирование временной двустольной илеостомии

98. У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ ИЛЕИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СВИЩА, РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ резекция подвздошной кишки с разобщением свища и проверкой мочевого пузыря на герметичность
- 2) илеостомия в качестве первого этапа с катетеризацией мочевого пузыря
- 3) консервативная терапия с назначением биологической терапии
- 4) ликвидация илеовезикального свища с ушиванием дефектов на тонкой кишке и на мочевом пузыре

99. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ИЛИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция илеоцекального отдела кишечника
- 2) формирование обходного анастомоза
- 3) эндоскопическое бужирование
- 4) стриктуропластика

100. ОСЛОЖНЕНИЕМ, К КОТОРОМУ МОГУТ ПРИВЕСТИ МНОГОКРАТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром короткой кишки
- 2) синдром раздраженного кишечника
- 3) медленно-транзитные запоры
- 4) синдром мальабсорбции

101. ПАЦИЕНТАМ С ОГРАНИЧЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ правосторонней гемиколэктомии
- 2) субтотальной колэктомии
- 3) илеостомии по Торнболлу
- 4) колпроктэктомии

102. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ вмешательство по установке латексных дренажей-сетонов
- 2) выполнение брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки
- 3) низведение слизисто-мышечного лоскута прямой кишки с пластикой внутреннего свищевого отверстия
- 4) проведение биологической терапии

103. ПАЦИЕНТАМ С ОГРАНИЧЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ резекции сигмовидной кишки
- 2) субтотальной колэктомии
- 3) илеостомии по Торнболлу
- 4) колпроктэктомии

104. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ СТРИКТУРОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абсцесс брюшной полости
- 2) наличие множественных коротких участков поражения
- 3) наружный кишечный свищ
- 4) межкишечный свищ

105. ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЙ РЕКОМЕНДОВАНО НАЧИНАТЬ ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ ТЕРАПИЮ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 2 недели
- 2) несколько дней
- 3) 2 месяца
- 4) 6 месяцев

106. НАЛИЧИЕ ИНФИЛЬТРАТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ БЕЗ АБСЦЕССА И НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К

- 1)+ консервативной терапии с назначением антибиотиков и гормонов
- 2) резекции пораженного участка с анастомозом
- 3) консервативной терапии с назначением биологической терапии
- 4) резекции пораженного участка с илеостомией

107. У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ ИЛЕИТА, С ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕННОГО УЧАСТКА ДО 15 СМ И ПРИЗНАКАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция пораженного участка с формированием илеостомы
- 2) резекция пораженного участка с формированием анастомоза
- 3) формирование обходного анастомоза
- 4) стриктуропластика

108. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЯЖЕЛЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРЯМОЙ КИШКЕ, АДЕКВАТНОЙ ФУНКЦИИ ДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО И ОТСУТСТВИИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ, В КАЧЕСТВЕ ОПЕРАЦИИ ВЫБОРА РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ колпроктэктомия с формированием илео-анального резервуарного анастомоза
- 2) колэктомия с экстирпация прямой кишки
- 3) колостомия
- 4) колэктомия с илеостомой

109. ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, СТРИКТУРОЙ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ И АБСЦЕССОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция пораженного отдела
- 2) дренирование абсцесса, биологическая терапия
- 3) стриктуропластика
- 4) формирование обходного анастомоза

110. ПАЦИЕНТУ С ВРЕМЕННОЙ ДВУСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМОЙ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ ____ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ 2 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 2 недели
- 4) 8 месяцев

111. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА 2-3 СТЕПЕНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ КРОНА ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ БОС-терапия
- 2) грацилопластика
- 3) формирование резервуара Кокка
- 4) сфинктероглютеопластика

112. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ вмешательство по установке латексных дренажей-сетонов
- 2) выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки
- 3) рассечение свищей
- 4) лечение свищей путем введения в них фибринового клея

113. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТЫХ СВИЩЕЙ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ медикаментозная терапия
- 2) установка латексных дренажей-сетонов
- 3) операция по иссечению свища
- 4) колостомия

114. ПОКАЗАНИЕМ К ФОРМИРОВАНИЮ ОТКЛЮЧАЮЩЕЙ ИЛЕОСТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ крайнее истощение пациента
- 2) тотальное поражение толстой кишки
- 3) инфильтрат в полости малого таза
- 4) поражение перианальной области

115. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ПРИ НАЛИЧИИ НЕПРОТЯЖЕННЫХ (МЕНЕЕ 10 СМ) СТРИКТУР ТОЩЕЙ ИЛИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стриктуропластика
- 2) резекция пораженного участка
- 3) формирование обходного анастомоза
- 4) формирование кишечной стомы проксимальнее стриктуры

116. ПАЦИЕНТУ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕО-СИГМОИДНОГО СВИЩА, РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ резекция подвздошной кишки с разобщением свища и ушиванием дефекта сигмовидной кишки
- 2) операция по разобщению свища с ушиванием дефектов
- 3) илеостомия в качестве первого этапа хирургического лечения
- 4) консервативная биологическая терапия

117. ПАЦИЕНТАМ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ субтотальной колэктомии
- 2) колпроктэктомии с формированием тазового тонкокишечного резервуара
- 3) илеостомии
- 4) колпроктэктомии, илеостомии по Бруку

118. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ СТРИКТУРОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМИРОВАНИЕМ СТРИКТУР ТОНКОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие абсцесса брюшной полости
- 2) анемия
- 3) синдром короткой кишки
- 4) дефицит массы тела

119. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА ИЛИ ИЛЕОКОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение кишечной проходимости
- 2) наличие инфильтрата брюшной полости
- 3) формирование множественных межкишечных свищей
- 4) более одной резекции в ходе операции

120. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕЩИН АНАЛЬНОГО КАНАЛА РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ медикаментозное лечение
- 2) хирургическое вмешательство - иссечение анальных трещин
- 3) выполнение пневмодивульсии анального сфинктера
- 4) формирование колостомы

121. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ НАЛИЧИИ СТРИКТУРЫ НИЖНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ИЛИ СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием сигмостомы
- 2) операции Дюамеля
- 3) брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием сигмостомы
- 4) рассечения стриктуры

122. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДОВАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1)+ гастроэнтеролога
- 2) врача общей практики
- 3) колопроктолога
- 4) общего хирурга

123. ПАЦИЕНТУ С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ, НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА 3 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА

- 1)+ колпроктэктомия
- 2) биологическая терапия
- 3) брюшноанальная резекция прямой кишки
- 4) илеостомия в качестве первого этапа

124. ПАЦИЕНТУ С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОКАЗАНО

- 1)+ проведение латексных дренирующих лигатур и назначение консервативной терапии
- 2) выполнение колпроктэктомии
- 3) проведение латексных дренирующих лигатур и формирование илеостомы
- 4) формирование илеостомы в качестве первого этапа лечения

125. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С НАЛИЧИЕМ ДВУХ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР, РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ НА РАССТОЯНИИ 50 СМ ДРУГ ОТ ДРУГА, РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ резекции двух пораженных участков тонкой кишки с сохранением располагающегося между ними интактного участка и формированием двух анастомозов
- 2) илеостомии проксимальнее расположения стриктур
- 3) резекции всего сегмента и формированием одного анастомоза
- 4) формирование обходного анастомоза

126. У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА СО СТРИКТУРОЙ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ БОЛЕЕ 10 СМ И БЕЗ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция пораженного участка с формированием анастомоза
- 2) консервативная биологическая терапия
- 3) резекция пораженного участка с формированием илеостомы
- 4) стриктуропластика

127. ПАЦИЕНТУ С ВРЕМЕННОЙ РАЗДЕЛЬНОЙ ИЛЕОАСЦЕНДОСТОМОЙ ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ___ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ 2 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 2 недели
- 4) 8 месяцев

128. У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ ИЛЕИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ НАРУЖНОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО СВИЩА, АБСЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПРИЗНАКАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ резекция пораженного сегмента тонкой кишки с ликвидацией свища и формированием илеостомы
- 2) консервативная антибактериальная и гормональная терапия
- 3) резекция пораженного сегмента тонкой кишки с ликвидацией свища и формированием анастомоза
- 4) илеостомия в качестве первого этапа хирургического лечения

129. ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, АБСЦЕССОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дренирование абсцесса с антибиотикотерапией
- 2) антибиотикотерапия
- 3) только дренирование абсцесса
- 4) хирургическое лечение до медикаментозной терапии

130. ФОРМИРОВАНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1)+ синдрому избыточного бактериального роста в отключенной части тонкой кишки
- 2) прогрессированию воспаления в оставшейся части тонкой кишки
- 3) синдрому короткой кишки
- 4) рецидиву заболевания

131. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С ПОРАЖЕНИЕМ ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, А ТАКЖЕ НАЛИЧИЕМ ВЫРАЖЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРЯМОЙ КИШКЕ И ТЯЖЕЛЫМИ ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки с формированием концевой одностольной илеостомы
- 2) субтотальной колэктомии
- 3) илеостомии
- 4) колэктомии с брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки с формированием концевой одностольной илеостомы

132. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОМ СВИЩЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ формирование илео/колостомы с иссечением свища и пластикой дефекта
- 2) иссечение свища с пластикой местными тканями дефекта
- 3) выполнение «пломбировки» дефекта шейкой матки
- 4) спринцевание прямой кишки и влагалища антисептиками

133. ПАЦИЕНТУ СО СТРИКТУРОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПОРАЖЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОКАЗАНА

- 1)+ консервативная терапия с бужированием стриктуры
- 2) брюшноанальная резекция прямой кишки
- 3) брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки
- 4) илеостомия в качестве первого этапа

134. К ФАКТОРАМ, ДОСТОВЕРНО ПОВЫШАЮЩИМ РИСК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ курение, две и более резекции кишки в анамнезе, протяженные резекции тонкой кишки в анамнезе (>50 см)
- 2) злоупотребление алкоголем, молодой возраст
- 3) повышенный ИМТ, молодой возраст, наличие спаечной непроходимости в анамнезе
- 4) дефицит массы тела, женский пол, аппендэктомия в анамнезе

135. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С ПОРАЖЕНИЕМ ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И РЕМИССИЕЙ В ПРЯМОЙ КИШКЕ, АДЕКВАТНОЙ ФУНКЦИЕЙ ДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО И ОТСУТСТВИЕМ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ колэктомии с формированием илео-ректального анастомоза
- 2) колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки с формированием концевой одностольной илеостомы
- 3) субтотальной колэктомии
- 4) илеостомии

136. ПАЦИЕНТАМ С ОГРАНИЧЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕВОГО ИЗГИБА И/ИЛИ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРИ РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ резекции левых отделов ободочной кишки
- 2) субтотальной колэктомии
- 3) илеостомии по Торнболлу
- 4) колпроктэктомии

137. НАЛИЧИЕ ИНФИЛЬТРАТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ПОРАЖЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, С АБСЦЕССОМ В БРЫЖЕЙКЕ И ЯВЛЕНИЯМИ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К

- 1)+ резекции пораженного участка с илеостомией
- 2) консервативной терапии с назначением антибиотиков
- 3) резекции пораженного участка с анастомозом
- 4) консервативной терапии с назначением биологической терапии

138. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С ПОРАЖЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ТЯЖЕЛЫМИ ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брюшно-анальная резекция прямой кишки
- 2) проктэктомия с низведением избытка ободочной кишки
- 3) экстирпация прямой кишки
- 4) проктэктомия с формированием коло-анального анастомоза

139. К ФАКТОРАМ РИСКА ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ КОЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ гипокалиемия
- 2) тромбоцитоз
- 3) анемия
- 4) хроническое непрерывное течение

140. У ПАЦИЕНТОВ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ, ПРИ РАЗВИТИИ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИИ, ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субтотальная колэктомия с илеостомией по Бруку
- 2) колэктомия с формированием илео-ректального анастомоза
- 3) резекция макроскопически измененного участка с формированием анастомоза
- 4) илеостомия по Торнболлу

141. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ, КОТОРЫЕ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЛЕО-АНАЛЬНЫМ РЕЗЕРВУАРНЫМ АНАСТОМОЗОМ НА ФОНЕ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ периаанальные поражения и болезнь Крона тонкокишечного резервуара.
- 2) обострения геморроидальной болезни
- 3) кишечная инвагинация и непроходимость
- 4) функциональные нарушения запирающего аппарата

142. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОТЯЖЕННОСТЬ СТРИКТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПРИ КОТОРОЙ ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ СТРИКТУРОПЛАСТИКИ ПО ГЕЙНЕКЕ-МИКУЛИЧУ, СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 10
- 2) 6
- 3) 8
- 4) 12

143. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СТРИКТУРЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ эндоскопическая баллонная дилатация или стриктуропластика
- 2) резекция желудка по Бильрот 2
- 3) гастростомия
- 4) резекция желудка по Ру

144. У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ ИЛЕИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ НАРУЖНОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО СВИЩА, БЕЗ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ резекция пораженного сегмента тонкой кишки с ликвидацией свища и формированием анастомоза
- 2) илеостомия в качестве первого этапа хирургического лечения
- 3) операция по иссечению свища
- 4) консервативная терапия

145. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ КОЛИТА, В СЛУЧАЕ ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы
- 2) резекция ободочной кишки с формированием анастомоза
- 3) ушивание перфорации толстой кишки
- 4) колпроктэктомия

146. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1)+ имеет ключевое значение
- 2) не используется
- 3) используется только при свищевой форме
- 4) используется только для дифференциальной диагностики с онкологическим процессом

147. К ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ ведолизумаб
- 2) метронидазол
- 3) ципрофлоксацин
- 4) итоприд

148. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТВЕТА НА СИСТЕМНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ назначении инфликсимаба
- 2) повышении дозы преднизолона до 75 мг/сутки
- 3) назначении цертолизумаба пэгола
- 4) назначении будесонида ММХ

149. ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА СИСТЕМНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ

- 1)+ инфликсимабом 5 мг/кг (введения в рамках индукционного курса по схеме 0-2-6)
- 2) инфликсимабом 5 мг/кг (введения в рамках индукционного курса по схеме 0-2-4)
- 3) инфликсимабом 5 мг/кг (введения в рамках индукционного курса по схеме 0-2-8)
- 4) ведолизумабом 300 мг (введения в рамках индукционного курса по схеме 0-2-6)

150. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ системные ГКС+местную терапию клизмами с ГКС
- 2) цертолизумаба пэгол
- 3) монотерапию месалазином 4г/сутки
- 4) циклоспорин А в качестве препарата первой линии

151. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ месалазин
- 2) метронидазол
- 3) ципрофлоксацин
- 4) итоприд

152. ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ФОРМЕ ПРОКТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

- 1)+ месалазина в свечах 1-2 г/сутки
- 2) месалазина 1,2-2,4 г/сутки перорально и микроклизм с месалазином 2 г 2 раза в неделю
- 3) микроклизм с гидрокортизоном в виде терапии «выходного дня»
- 4) сульфасалазина 3 г/сутки перорально

153. ДОЗИРОВКА ПРЕДНИЗОЛОНА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ/КГ

- 1)+ 1
- 2) 1,5
- 3) 2
- 4) 4

154. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОГЕННЫХ ЗАПОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электростимуляция толстой кишки
- 2) тиббиальная нейромодуляция
- 3) внутрианальная электростимуляция
- 4) парафинотерапия области передней брюшной стенки

155. К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ постепенное снижение дозы кортикостероидов до полной отмены
- 2) резкую отмену кортикостероидов
- 3) суммарную продолжительность терапии не менее 16 недель
- 4) сопутствующий прием фолиевой кислоты

156. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В КАЧЕСТВЕ 1 ЛИНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ метронидазол
- 2) амоксициллин
- 3) тетрациклин
- 4) азитромицин

157. ПРИЕМ СИСТЕМНЫХ ГКС ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ РАЗРЕШАЕТСЯ

- 1)+ в течение 12 недель
- 2) в течение 1 месяца
- 3) до 6 месяцев
- 4) в течение 7 недель

158. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ ИЛЕО - ИЛЕО СВИЩЕЙ, ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ разобщение свищей и ушивание дефектов, при отсутствии стриктур в данных областях
- 2) выполнить резекцию всех участков тонкой кишки, участвовавших в формировании свищей
- 3) отказаться от операции и прибегнуть к консервативной терапии
- 4) сформировать илеостому в качестве первого этапа

159. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, ИСПОЛЗУЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ голимумаб
- 2) инфликсимаб
- 3) адалимумаб
- 4) цертолизумаба пэгол

160. СТАНДАРТНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ВЕДОЛИЗУМАБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

- 1)+ 8 недель
- 2) 4 недели
- 3) 2 недели
- 4) 7 дней

161. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ТОПИЧЕСКИХ ГКС

- 1)+ будесонид ММХ
- 2) будесонид
- 3) бетаметазон
- 4) метипреднизолон

162. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ преднизолон
- 2) месалазин
- 3) метронидазол
- 4) азатиоприн

163. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЗОВАНИЕ

- 1)+ свечей с метронидазолом
- 2) микроклизм с ромашкой
- 3) микроклизм с месалазином
- 4) микроклизм с метронидазолом

164. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФОРМЕ ПРОКТИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСПОЛЗУЮТ

- 1)+ ректальную пену или свечи с месалазином
- 2) ректальные свечи с преднизолоном
- 3) месалазин перорально 4 грамма
- 4) микроклизмы с гидрокортизоном

165. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТВЕТА НА СИСТЕМНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ МОЖЕТ ЗАКЛЮЧАТЬСЯ В

- 1)+ назначении голимумаба
- 2) повышении дозы преднизолона до 75 мг/сутки
- 3) назначении цертолизумаба пэгол
- 4) назначении будесонида ММХ

166. СТАНДАРТНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

- 1)+ 4 недели
- 2) 8 недель
- 3) 2 недели
- 4) 7 дней

167. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1)+ системная и местная терапия препаратами 5-АСК
- 2) только системная терапия препаратами 5-АСК
- 3) только местная терапия препаратами 5-АСК
- 4) преднизолон 40 мг в сутки

168. ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА В ФОРМЕ КОЛИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ ____ МГ/КГ

- 1)+ 1
- 2) 0,5
- 3) 2
- 4) 5

169. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФОРМЕ ПРОКТИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ ректальные свечи с месалазином
- 2) ректальные свечи с преднизолоном
- 3) месалазин перорально 4 грамма
- 4) микроклизмы с гидрокортизоном

170. БУДЕСОНИД ММХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ _____ АТАКЕ

- 1)+ легкой
- 2) только тяжелой
- 3) среднетяжелой и тяжелой
- 4) сверхтяжелой

171. К АНТИ-ФНО ПРЕПАРАТАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ведолизумаб
- 2) адалимумаб
- 3) голимумаб
- 4) цертолизумаба пэгол

172. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ азатиоприн
- 2) преднизолон
- 3) будесонид ММХ
- 4) ципрофлоксацин

173. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ОРГАНИЗМЕ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТИОПРУРИНОВ, В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 3 месяцев
- 2) 3 недель
- 3) 3 дней
- 4) 6 месяцев

174. СТАНДАРТНАЯ ТЕРАПИЯ АДАЛИМУМАБОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТРЕБУЕТ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА

- 1)+ каждые 2 недели
- 2) еженедельно
- 3) ежемесячно
- 4) каждые 2 месяца

175. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ глюкокортикоиды
- 2) метронидазол
- 3) цiproфлoксацин
- 4) итоприд

176. ИНДУКЦИОННЫЙ КУРС ТЕРАПИИ ВЕДОЛИЗУМАБОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТРЕБУЕТ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПО СХЕМЕ

- 1)+ 0 неделя – 2 неделя – 6 неделя
- 2) 0 неделя – 2 неделя – 4 неделя
- 3) 0 неделя – 2 неделя – 8 неделя
- 4) 0 неделя, затем каждые 2 недели

177. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ голимуаб
- 2) преднизолон
- 3) будесонид ММХ
- 4) цiproфлoксацин

178. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ

- 1)+ ректальную пену с Будесонидом
- 2) микроклизмы с ромашкой
- 3) микроклизмы с метронидазолом
- 4) свечи с метронидазолом

179. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ОРГАНИЗМЕ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА, В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 1 месяца
- 2) 1 недели
- 3) 1 дня
- 4) 1 года

180. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) преднизолон
- 3) будесонид ММХ
- 4) цiproфлoксацин

181. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ГКС НЕ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 12
- 2) 8
- 3) 20
- 4) 24

182. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИИ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ азатиоприн
- 2) голимумаб
- 3) метилпреднизолон
- 4) будесонид

183. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ месалазин
- 2) преднизолон
- 3) будесонид ММХ
- 4) ципрофлоксацин

184. К ИММУНОСУПРЕССОРАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) метотрексат
- 3) азатиоприн
- 4) 6-меркаптопурин

185. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ иммуносупрессоры
- 2) месалазины
- 3) глюкокортикостероиды
- 4) антибактериальные препараты

186. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА НАЗНАЧАЕТСЯ АЗАТИОПРИН В ДОЗЕ (В МГ/КГ)

- 1)+ 2-2,5
- 2) 1-1,5
- 3) 3-3,5
- 4) 4-4,5

187. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ моноклональные антитела к ФНО-альфа
- 2) месалазины
- 3) глюкокортикостероиды
- 4) антибактериальные препараты

188. БУДЕСОНИД ММХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ

- 1)+ легкой и среднетяжелой атаке
- 2) тяжелой атаке
- 3) среднетяжелой и тяжелой атаке
- 4) сверхтяжелой атаке

189. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфликсимаб
- 2) преднизолон
- 3) будесонид ММХ
- 4) ципрофлоксацин

190. ПРИ НАЛИЧИИ СИСТЕМНЫХ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И/ИЛИ ИНФИЛЬТРАТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА, К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ОТНОСЯТ

- 1)+ системные глюкокортикостероиды
- 2) метронидазол
- 3) азатиоприн
- 4) будесонид

191. БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ голимумаб
- 2) адалимумаб
- 3) инфликсимаб
- 4) ведолизумаб

192. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ТОПИЧЕСКИХ ГКС

- 1)+ будесонид ММХ
- 2) преднизолон
- 3) бетаметазон
- 4) метилпреднизолон

193. В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ глюкокортикостероиды
- 2) иммуносупрессоры
- 3) препараты биологической терапии
- 4) антибактериальные препараты

194. ПАЦИЕНТУ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА И НАЛИЧИЕМ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА С ЗАТЕКОМ ПОКАЗАНО

- 1)+ дренирование абсцесса и проведение латексной дренирующей лигатуры
- 2) иссечение свища с пластикой сфинктера
- 3) назначение антибиотиков и гормонов
- 4) дренирование абсцесса и назначение биологической терапии

195. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ КРОНА СВИЩА МЕЖДУ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПРАВЫМИ ОТДЕЛАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ разобщение свища с ушиванием дефекта двенадцатиперстной кишки
- 2) резекцию правых отделов и части двенадцатиперстной кишки
- 3) тщательную ревизию, завершить операцию и назначить консервативную терапию
- 4) разобщение свищей и провести резекцию двенадцатиперстной кишки с сохранением правых отделов ободочной кишки

196. НАЛИЧИЕ СВИЩА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1)+ является показанием к плановому хирургическому лечению
- 2) является показанием к экстренному хирургическому лечению
- 3) является показанием к проведению консервативной терапии
- 4) лечения не требует

197. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИИ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 6-меркаптопурин
- 2) голимумаб
- 3) метилпреднизолон
- 4) ванкомицин

198. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА В ФОРМЕ КОЛИТА МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ (В МГ)

- 1)+ 60
- 2) 48
- 3) 24
- 4) 100

199. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТВЕТА НА СИСТЕМНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ В ТЕЧЕНИЕ 2 НЕДЕЛЬ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ назначении биологической терапии
- 2) повышении дозы преднизолона до 75 мг/сутки
- 3) хирургическом лечении
- 4) назначении азатиоприна 2,5 мг/кг

200. СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 12 недель
- 2) 12 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 8 недель

201. ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА СИСТЕМНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПОКАЗАНО

- 1)+ назначение инфликсимаба 5 мг/кг
- 2) назначение ведолизумаба 300 мг
- 3) увеличение дозы преднизолона до 125 мг/сутки
- 4) назначение цертолизумаба пэгол

202. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НА ТЕРАПИЮ БУДЕСОНИДОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СЛЕДУЕТ ОЦЕНИВАТЬ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 4 недели
- 2) 1 неделю
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев

203. ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В ФОРМЕ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ будесонид
- 2) метронидазол
- 3) сульфасалазин
- 4) циклоспорин

204. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) сульфасалазин
- 3) азатиоприн
- 4) 6-меркаптопурин

205. ДОЗИРОВКА ПРЕПАРАТА БУДЕСОНИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 9
- 2) 3
- 3) 12
- 4) 6

206. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфликсимаб
- 2) метронидазол
- 3) цiproфлoксацин
- 4) итоприд

207. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИКОЛИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ РАЗМЕРАХ АБСЦЕССА ДО (В СМ)

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 7

208. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ФОРМЕ ПРОКТИТА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ СВЕЧЕЙ/ПЕНЫ С МЕСАЗАЛАЗИНОМ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ ректальные свечи с преднизолоном
- 2) микроклизмы с преднизолоном
- 3) гранулы будесонид
- 4) микроклизмы с гидрокортизоном

209. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В КАЧЕСТВЕ 1 ЛИНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ cипpoфлoксацин
- 2) амоксициллин
- 3) тетрациклин
- 4) азитромицин

210. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ иммуносупрессорами
- 2) месалазином
- 3) антибактериальными препаратами
- 4) энтеральным питанием

211. ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА СИСТЕМНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 7 дней
- 2) 14 дней
- 3) 2 дня
- 4) 3 недели

212. БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тофацитиниб
- 2) ведолизумаб
- 3) инфликсимаб
- 4) адалимумаб

213. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ГКС НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

- 1)+ 12 недель
- 2) 6 месяцев
- 3) 8 недель
- 4) 4 недель

214. СТАНДАРТНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ИНФЛИКСИМАБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

- 1)+ 8 недель
- 2) 4 недели
- 3) 2 недели
- 4) 7 дней

215. ПЕРЕД НАЧАЛОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1)+ врача-фтизиатра
- 2) врача-психиатра
- 3) врача-кардиолога
- 4) врача-инфекциониста

216. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ АТАКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ будесонид
- 2) преднизолон
- 3) месалазин
- 4) сульфасалазин

217. ОСНОВНЫМ ПРЕДИКТОРОМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие признаков разрушения одного из дивертикулов
- 2) обнаружение новых дивертикулов
- 3) наличие признаков воспаления после 2 недель консервативного лечения
- 4) рецидивирующее течение

218. К ТОПИЧЕСКИМ ГКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ будесонид
- 2) преднизолон
- 3) дексаметазон
- 4) гидрокортизон

219. В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ колхицин
- 2) преднизолон
- 3) месалазин
- 4) будесонид ММХ

220. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ПОКАЗАНО

- 1)+ хирургическое лечение
- 2) проведение системной гормональной терапии
- 3) проведение антибактериальной терапии
- 4) проведение местной терапии

Тема 5. Диагностика колопроктологических заболеваний.

1. ПРИ КОНТРАСТНОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТУПЛЕНИЕ В СВОБОДНУЮ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

- 1)+ взвеси сульфата бария
- 2) водорастворимого контрастного вещества
- 3) кишечного содержимого
- 4) воздуха

2. ДЛЯ ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ ТЕРАТОМЫ ХАРАКТЕРНО, ЧТО

- 1)+ стенка представлена тонким слоем соединительной ткани
- 2) стенка образована спрессованными альвеолами
- 3) стенка образована эпителиальной тканью
- 4) стенка образована жировой тканью

3. ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аспирин
- 2) но-шпа
- 3) лавакол
- 4) цетуксимаб

4. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛАССИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невозможность выполнения биопсии во время процедуры
- 2) недостаточная визуализация крупных опухолей
- 3) большая длительность проведения процедуры
- 4) сложность подготовки толстой кишки к исследованию

5. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ТЕРАТОМУ ОТ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пальцевое исследование прямой кишки
- 2) зондирование свищевого хода
- 3) эндоскопические методы исследования
- 4) рентгенологическое исследование костей таза

6. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ 1 ЧЕЛОВЕК НА

- 1)+ 500-1000
- 2) 2000-4000
- 3) 100-200
- 4) 5000-8000

7. В КЛАССИФИКАЦИЮ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА НЕ ВХОДЯТ ОПУХОЛИ

- 1)+ эпидермального происхождения
- 2) мезодермального происхождения
- 3) нейрогенного происхождения
- 4) эмбрионального происхождения

8. СИНДРОМ ЛИНЧА ОБУСЛОВЛИВАЕТ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ

- 1)+ MLH1
- 2) APC
- 3) Myt1N
- 4) STK11

9. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 100
- 2) 50
- 3) 75
- 4) 25

10. К СТАДИИ Т3 ОТНОСЯТ НЕОРГАННУЮ ОПУХОЛЬ ТАЗА

- 1)+ опухоль больших размеров с прорастанием соседних органов и структур
- 2) опухоль больших размеров без прорастания соседних органов и структур
- 3) доброкачественную опухоль больших размеров
- 4) любую опухоль

11. ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО ДЕЛИТСЯ НА

- 1)+ 3 этажа
- 2) 2 этажа
- 3) 4 этажа
- 4) 5 этажей

12. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА РАКОВАЯ ОПУХОЛЬ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ ГЛУБИНЕ ИНВАЗИИ

- 1)+ T4b
- 2) T3d
- 3) T3c
- 4) T4a

13. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА СИНДРОМА ЛИНЧА ТАКЖЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СОБРАТЬ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ И ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ ЕГО НА СООТВЕТСТВИЕ

- 1)+ критериям Amsterdam II и Bethesda
- 2) критериям PUCAI
- 3) критериям DLCN
- 4) Гентским критериям

14. НАСЛЕДСТВЕННАЯ МУТАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЛИНЧА ОТ БОЛЬНОГО ОТЦА ПЕРЕДАЕТСЯ СЫНУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 100
- 3) 25
- 4) 33

15. ЗРЕЛАЯ НЕОРГАННАЯ ОПУХОЛЬ ТАЗА ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК

- 1)+ G1
- 2) G2
- 3) G3
- 4) G4

16. ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРИ НАТУЖИВАНИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ДАВЛЕНИЕМ ПОКОЯ ПО ДАННЫМ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ диссинергической дефекации
- 2) болезни Гиришпруга
- 3) идиопатического мегаколон
- 4) синдрома Огилви

17. ПАССАЖ БАРИЕВОЙ ВЗВЕСИ ПО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У БОЛЬНЫХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ изучения моторно-эвакуаторной функции желудка, тонкой и толстой кишки
- 2) выявления органических изменений желудка, тонкой и толстой кишки (опухоли, дивертикулез, колиты и т.д.)
- 3) определения точных размеров (длина, ширина) различных отделов толстой кишки
- 4) проведения дифференциального диагноза между различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

18. К МЕТОДУ, СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАННОМУ ДЛЯ ТОЧНОЙ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дефекофлоуметрия
- 2) рентгенологическая дефекография
- 3) магнитно-резонансная дефекография
- 4) проктография с натуживанием

19. ПРИ ПОДГОТОВКЕ К КОЛОНОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ фрукты, овощи, каши, хлеб
- 2) мясо, яйца
- 3) сыр
- 4) йогурт, бульон

20. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РОСТА НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ИХ РОСТ

- 1)+ вверх по забрюшинному пространству
- 2) вниз в диафрагму таза
- 3) в сагитальном направлении
- 4) во всех направлениях

21. К МЕТОДАМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ МРТ или КТ органов малого таза с болюсным усилением
- 2) эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта
- 3) лабораторные исследования крови
- 4) рентгенография органов грудной клетки

22. ОПУХОЛЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ микросателлитной нестабильности
- 2) микросателлитной стабильности
- 3) соматической мутации в гене BRAF
- 4) соматической мутации в гене NRAS

23. МАЛЫЙ ТАЗ ОТНОСИТСЯ К _____ ЭТАЖУ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

- 1)+ нижнему
- 2) среднему
- 3) верхнему
- 4) боковому

24. КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ИРРИГОСКОПИИ ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИВАТЬ КРУПНЫЕ ВОРСИНЧАТЫЕ ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ?

- 1)+ выполнение пневмоирригоскопии после опорожнения кишки от бариевой взвеси
- 2) тугое наполнение толстой кишки бариевой взвесью
- 3) выполнение исследования водорастворимым контрастным веществом
- 4) сильное разведение бариевой взвеси перед исследованием физиологическим раствором

25. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЕН

- 1)+ аденокарциномой
- 2) плоскоклеточным раком
- 3) нейробластомой
- 4) перстневидноклеточным раком

26. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ СИНДРОМЕ ЛИНЧА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 71-80
- 2) 41-50
- 3) 31-40
- 4) 91-100

27. ПОД ТЕРМИНОМ «НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА» В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

- 1)+ опухоли забрюшинного пространства
- 2) опухоли коры надпочечников
- 3) метастазы в забрюшинные лимфоузлы
- 4) десмоидные опухоли брыжейки тонкой кишки

28. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДЕФЕКОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ректальный пролапс
- 2) опухоль прямой кишки
- 3) пресакральная киста
- 4) анальная трещина

29. К III СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСЯТ НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА

- 1)+ T1-T2N0-1M0, G3
- 2) T1-T2N0M0, G2
- 3) T3N1M1, G3
- 4) T3N1M0, G3

30. К I СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСЯТ НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА

- 1)+ T1-T2N0M0, G1
- 2) T1-T2N0M0, G2
- 3) T3N1M1, G3
- 4) T3N1M0, G3

31. К МЕТОДАМ УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта
- 2) сбор анамнеза
- 3) физикальное обследование
- 4) МРТ или КТ органов малого таза с болюсным усилением

32. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ/КТ-КОЛОНОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕТРОГРАДНОЕ ЗАПОЛНЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1)+ воздухом
- 2) водой
- 3) водорастворимым контрастным веществом
- 4) раствором полиэтиленгликоля

33. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФЕКОГРАФИИ В ФАЗУ ДЕФЕКАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ ИНВАГИНАТ, ДОХОДЯЩИЙ ДО АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЧТО ПО ОКСФОРДСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ИНВАГИНАЦИИ

- 1)+ высокой ректо-анальной
- 2) низкой ректо-анальной
- 3) высокой ректо-ректальной
- 4) низкой ректо-ректальной

34. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВСЕХ ТРЕХ ОТДЕЛОВ ТАЗА У БОЛЬНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМ ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная дефекография
- 2) рентгенологическая дефекография
- 3) сцинтидефекография
- 4) дефекофлоуметрия

35. ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТОМ, НЕ ИГРАЮЩИМ РОЛИ В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Clostridium Difficile
- 2) ВПЧ
- 3) ВИЧ
- 4) Neisseria gonorrhoeae

36. АЛЬТЕРНАТИВНЫМ НАЗВАНИЕМ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕПОЛИПОЗНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ Линча
- 2) Марфана
- 3) Гарднера
- 4) Коудена

37. ПРИ РЕНТГЕН-ДЕФЕКОГРАФИИ В ФАЗУ ОПОРОЖНЕНИЯ ПРОИСХОДИТ ПРОЛАБИРОВАНИЕ ВСЕХ СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ЗА ПРЕДЕЛЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В ВИДЕ ЦИЛИНДРА ДЛИНОЙ 1 СМ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ выпадению прямой кишки
- 2) высокой ректо-анальной инвагинации
- 3) выпадению внутренних геморроидальных узлов
- 4) низкой ректо-анальной инвагинации

38. У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА ПОМИМО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ РАК

- 1)+ эндометрия
- 2) легкого
- 3) тонкой кишки
- 4) поджелудочной железы

39. ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ ПОКАЗАНО НОСИТЕЛЮ МУТАЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ СИНДРОМ ЛИНЧА С (В ГОДАХ)

- 1)+ 20-25
- 2) 14-19
- 3) 8-13
- 4) 26-30

40. НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диафрагма таза
- 2) тазовая брюшина
- 3) кардинальные связки матки
- 4) крестцово-маточные связки

41. ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ВНЕОРГАННЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ жировая ткань
- 2) мышечная ткань
- 3) соединительная ткань
- 4) эпителиальная ткань

42. НЕЗРЕЛАЯ НЕОРГАННАЯ ОПУХОЛЬ ТАЗА ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК

- 1)+ G4
- 2) G3
- 3) G2
- 4) G1

43. ЗРЕЛОСТЬ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ ТАЗА ОБОЗНАЧАЕТСЯ БУКВОЙ

- 1)+ G
- 2) N
- 3) T
- 4) M

44. ДИАГНОЗ СИНДРОМА ЛИНЧА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ

- 1)+ имеет мутацию гена системы репарации ДНК
- 2) соответствует рекомендациям Бетесда
- 3) имеет микросателлитную нестабильность
- 4) соответствует Амстердамским критериям

45. ПРИ СТАДИИ T1 НЕОРГАННАЯ ОПУХОЛЬ ТАЗА ИМЕЕТ РАЗМЕР (В СМ)

- 1)+ менее 5
- 2) 5-10
- 3) 10-15
- 4) 15-20

46. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПЕРВЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА

- 1)+ растут местно
- 2) дают отдаленные метастазы
- 3) метастазируют в лимфоузлы
- 4) растут крайне медленно

47. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефекография
- 2) проктография
- 3) ирригоскопия
- 4) пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту

48. НЕОРГАННЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 40-60
- 2) 0-20
- 3) 20-40
- 4) 60-80

49. ДИСПАРЕУНИЯ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ нарушению сексуальной функции
- 2) нарушению опорожнения прямой кишки
- 3) нарушению мочеиспускания
- 4) болевым ощущениям при дефекации

50. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ потеря тактильного восприятия органов
- 2) высокий риск развития послеоперационных грыж
- 3) прицельная визуализация
- 4) малая травматичность

51. ПРОБА С МЕХАНИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОТОРИКИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТ

- 1)+ координированное распространение стимуляционной волны
- 2) наличие ректоанального ингибиторного рефлекса
- 3) состояние первой и второй фаз гастрocolического рефлекса
- 4) нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта

52. ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭМГ ПРИ ВОЛЕВОМ СОКРАЩЕНИИ РЕГИСТРИРУЮТ _____ МЫШЦ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ произвольную биоэлектрическую активность
- 2) тоническую биоэлектрическую активность
- 3) градиент биоэлектрической активности
- 4) рефлекторный ответ

53. ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ УВЕЛИЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

- 1)+ повышении суммарного тонуса
- 2) снижении суммарного тонуса
- 3) повышении сократительной способности
- 4) снижении сократительной способности

54. ТЕСТ С ВЫТАЛКИВАНИЕМ БАЛЛОНЧИКА ОБЪЕМОМ 50 МЛ В ПОЛОЖЕНИЯ СИДЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ эвакуаторной пробой
- 2) push-тестом
- 3) expulsion-тестом
- 4) дефекофлоуметрией

55. К ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРАМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У МУЖЧИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ предстательную железу
- 2) семенные пузырьки
- 3) мочевого пузырь
- 4) общие подвздошные сосуды

56. К НЕАДЕКВАТНОЙ ПРОПУЛЬСИИ ОТНОСЯТСЯ МАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

- 1)+ II и IV
- 2) I и II
- 3) I и IV
- 4) II и III

57. ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭМГ В ПОКОЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ _____ МЫШЦ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ тоническую биоэлектрическую активность
- 2) произвольную биоэлектрическую активность
- 3) градиент биоэлектрической активности
- 4) рефлекторный ответ

58. СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В ПОКОЕ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СНИЖЕНИИ

- 1)+ суммарного тонуса анальных сфинктеров
- 2) сократительной способности наружного анального сфинктера
- 3) рефлекторных реакций наружного анального сфинктера
- 4) максимального градиента давления

59. МЕТОДОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПОРОГИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К НАПОЛНЕНИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ МАНОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1)+ резервуарной функции
- 2) моторной активности
- 3) профиля давления
- 4) ректоанального ингибиторного рефлекса

60. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СПАЗМА ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ профилометрия
- 2) сфинктерометрия
- 3) электромиография
- 4) ультрасонография

61. СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРИ ВОЛЕВОМ СОКРАЩЕНИИ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СНИЖЕНИИ

- 1)+ сократительной способности поперечно-полосатой мускулатуры наружного сфинктера и тазового дна
- 2) суммарного тонуса анальных сфинктеров
- 3) максимального градиента давления
- 4) нервно-рефлекторных реакций запирающего аппарата прямой кишки

62. МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕАДЕКВАТНОЙ ПРОПУЛЬСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение интаректального давления при натуживании менее 45 мм рт. ст.
- 2) наличие ультрамедленной волновой активности
- 3) отсутствие видимых усилий пациента при натуживании
- 4) повышение давления в анальном канале при натуживании относительно его показателя в покое

63. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТАНДАРТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИИ ЭВАКУАЦИИ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ аноректальной манометрии высокого разрешения (HRAM)
- 2) комплексной сфинктерометрии
- 3) трансректального ультразвукового исследования (трУЗИ)
- 4) дефекографии

64. ОСЛАБЛЕНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ ОТВЕТОВ ПРИ ПРОБАХ С ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ (КАШЕЛЬ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ) ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ нарушении нервно-рефлекторной деятельности мышц запирающего аппарата прямой кишки
- 2) наличию нейропатии n.pudendus
- 3) наличию денервационно-реиннервационного процесса анального сфинктера и/или мышц тазового дна
- 4) отсутствию признаков функциональных расстройств дефекации

65. НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛЬНОЙ АППАРАТУРЫ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ, УСИЛЕНИЯ И «ОБРАТНОГО ВОЗВРАТА» ПАЦИЕНТУ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЕГО ОРГАНОВ И СИСТЕМ

- 1)+ терапия биологической обратной связью
- 2) терапия постоянным магнитным полем
- 3) тиббиальная нейромодуляция
- 4) экстракорпоральная ударно-волновая терапия

66. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сфинктерометрия
- 2) профилометрия
- 3) аноректальная манометрия высокого разрешения
- 4) электронейромиография

67. ОТЛИЧИЕМ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ОТ ПРОФИЛОМЕТРИИ И СФИНКТРОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ОДНОВРЕМЕННОЙ ЗАПИСИ ДАВЛЕНИЯ

- 1)+ в прямой кишке и анальном канале
- 2) равномерно по всей окружности анального канала
- 3) при всех функциональных пробах
- 4) на 10 и 20 см от кожной границы анального канала

68. ВЫТАЛКИВАНИЕ ПАЦИЕНТОМ ПРИ НАТУЖИВАНИИ БАЛЛОНЧИКА 50 МЛ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ положительной эвакуаторной пробой
- 2) отрицательной эвакуаторной пробой
- 3) положительным результатом push-теста
- 4) отрицательным результатом дефекофлоуметрии

69. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МЫШЦ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА И ТАЗОВОГО ДНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОСТОЯНИЕМ _____ МУСКУЛАТУРЫ

- 1)+ поперечно-полосатой
- 2) поперечно-полосатой сердечной
- 3) смешанной
- 4) гладкой

70. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛАТЕНТНОГО ПЕРИОДА ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО ДВИГАТЕЛЬНЫМ ВОЛОКНАМ ПОЛОВОГО НЕРВА БОЛЕЕ 2,20 МС ПРИ ИНТРАРЕКТАЛЬНОМ И БОЛЕЕ 2,54 МС ПРИ ИНТРАВАГИНАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРОДА СВ. МАРКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1)+ явлений нейропатии n.pudendus (дистальная часть эфферентного нейрона)
- 2) функциональных расстройств дефекации
- 3) ослабления рефлекторных реакций мышц анального сфинктера и тазового дна
- 4) текущих денервационно-реиннервационных изменений мышц анального сфинктера

71. ПРЕИМУЩЕСТВОМ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ КАК «ЗОЛОТОГО СТАНДАРТА» В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕФЕКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выявление распределения давления в прямой кишке и анальном канале с помощью цветовой графики Клозе в 3D формате с возможностью оценки манометрических паттернов нарушения дефекации
- 2) создание визуальной модели анального канала с 3D-реконструкцией изображения
- 3) отображение градиента давления в анальном канале и в прямой кишке в цвете
- 4) оценка функциональных проб в покое, при произвольном сокращении сфинктера, при кашле и при натуживании

72. ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ В МОМЕНТ СИНХРОННОЙ ЗАПИСИ ЭМГ С МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ НАТУЖИВАНИИ ДОЛЖНО РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ _____ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПО ЭМГ-КАНАЛУ И _____ ДАВЛЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ДАВЛЕНИЯ В ПОКОЕ ПО МАНОМЕТРИЧЕСКОМУ КАНАЛУ

- 1)+ прирост; уменьшение
- 2) отсутствие прироста; увеличение
- 3) прирост; увеличение
- 4) отсутствие прироста; увеличение

73. МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДИССИНЕРГИЧЕСКОЙ ДЕФЕКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение давления в анальном канале при натуживании относительно давления в покое при синхронном увеличении интаректального давления более 45 мм рт. ст.
- 2) повышение давления в анальном канале при натуживании относительно давления в покое при синхронном увеличении интаректального давления менее 45 мм рт. ст.
- 3) снижение максимального градиента давления волевого сокращения относительно физиологических норм
- 4) снижение давления в анальном канале при натуживании относительно давления в покое более, чем на 20%

74. ПРИ ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАЛИЧИЕ ПОВТОРЯЮЩИХСЯ КОЛЕБАНИЙ КРИВОЙ ДАВЛЕНИЯ В ПОКОЕ С ЧАСТОТОЙ ОДНА ВОЛНА В МИНУТУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА

- 1)+ ультрамедленной волновой активности
- 2) спонтанной активности по типу спайк-комплексов
- 3) пропульсивной волновой активности
- 4) колебании амплитуды турнов биоэлектрической активности

75. ХАРАКТЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ IV ТИПА ОТ III ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ неадекватной пропульсии
- 2) адекватной пропульсии
- 3) повышения внутрианального давления
- 4) градиента внутрианального давления

76. ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭМГ УВЕЛИЧЕНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (БЭА) БОЛЕЕ ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО БЭА В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ МЫШЦ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ нормальной нервно-рефлекторной деятельности
- 2) нарушении нервно-рефлекторной деятельности
- 3) повышении порога чувствительности
- 4) снижении порога чувствительности

77. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- 1)+ чрескожной электрической нервной стимуляции
- 2) экстракорпоральной ударно-волновой терапии соединительной и костной ткани
- 3) озокеритотерапии
- 4) парафинотерапии

78. ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ влагалище
- 2) шейка матки
- 3) тело матки
- 4) мочевой пузырь

79. ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К НАПОЛНЕНИЮ БОЛЕЕ 40 МЛ ИНСУФЛИРОВАННОГО ВОЗДУХА ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ снижении чувствительности прямой кишки к наполнению
- 2) повышении чувствительности прямой кишки к наполнению
- 3) нарушении параметров ректоанального ингибиторного рефлекса
- 4) нарушении моторной активности дистальных отделов толстой кишки

80. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ТАЗОВОГО ДНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ электронейромиография
- 2) сфинктерометрия
- 3) профилометрия
- 4) аноректальная манометрия

81. ПРИ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СВИЩАХ АНАЛЬНОГО КАНАЛА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ болезнь Крона
- 2) язвенный колит
- 3) дивертикул прямой кишки
- 4) лучевой проктит

82. НЕИЗМЕНЕННАЯ СТЕНКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИМЕЕТ _____ СТРУКТУРУ

- 1)+ пятислойную
- 2) двухслойную
- 3) трехслойную
- 4) четырехслойную

83. ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ВНУТРИАНАЛЬНОЙ ЭМГ УВЕЛИЧЕНИЕ БЭА ПРИ НАТУЖИВАНИИ ПО СРАВНЕНИЮ С БЭА В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ ПЕТЛИ

- 1)+ парадоксальной реакции
- 2) нормальной реакции
- 3) снижении порога чувствительности
- 4) повышении порога чувствительности

84. МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ

- 1)+ функционального состояния мышц тазового дна и чувствительности прямой кишки к наполнению
- 2) моторной активности дистальных отделов толстой кишки при синдроме раздраженного кишечника
- 3) моторной активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта при функциональных нарушениях
- 4) латентного периода проведения возбуждения по двигательным волокнам n.pudendus

85. ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ В МОМЕНТ СИНХРОННОЙ ЗАПИСИ ЭМГ С МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ВОЛЕВОМ СОКРАЩЕНИИ ДОЛЖНО РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ _____ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПО ЭМГ-КАНАЛУ И _____ ДАВЛЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ДАВЛЕНИЯ В ПОКОЕ ПО МАНОМЕТРИЧЕСКОМУ КАНАЛУ

- 1)+ отсутствие прироста; увеличение
- 2) прирост; увеличение
- 3) отсутствие прироста; уменьшение
- 4) прирост; уменьшение

86. НАЛИЧИЕ НЕЙРОПАТИИ N.PUDENDUS МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ТЕКУЩЕМ ПРОЦЕССЕ

- 1)+ демиелинизации нервных волокон n.pudendus
- 2) денервации мышц анального сфинктера и тазового дна
- 3) реиннервации мышц анального сфинктера и тазового дна
- 4) регенерации нервной ткани

87. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ ЭВАКУАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эвакуаторная проба с выталкиванием баллона 50 мл в положении сидя
- 2) трансректальное УЗ-исследование
- 3) профилометрия (аноректальная манометрия)
- 4) интерференционная электромиография

88. ТОНУС ВНУТРЕННЕГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ТОНУСОМ _____ МЫШЦ

- 1)+ гладких
- 2) поперечно-полосатых
- 3) бульбокавернозных
- 4) скелетных

89. В КОЛОПРОКТОЛОГИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИМЕНЯЕТСЯ НЕИНВАЗИВНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ВИДЕ

- 1)+ экстракорпоральной магнитной стимуляции
- 2) высокочастотной магнитотерапия
- 3) транскраниальной магнитной стимуляции
- 4) терапии постоянным магнитным полем

90. МАНОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ моторики толстой кишки
- 2) моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 3) резервуарной функции прямой кишки
- 4) ректоанального ингибиторного рефлекса

91. ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ БОЛЕЕ ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО ДАВЛЕНИЯ В ПОКОЕ ПРИ ПРОБАХ С ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ нормальной нервно-рефлекторной деятельности
- 2) нарушении нервно-рефлекторной деятельности
- 3) повышении чувствительности
- 4) повышении градиента давления

92. ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРИ НАТУЖИВАНИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ КОСВЕННО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ наличии функциональных расстройств дефекации
- 2) снижении тонуса анального сфинктера
- 3) нарушении нервно-рефлекторных реакций запирающего аппарата прямой кишки
- 4) сохранности градиента давления при волевом сокращении

93. К ДИССИНЕРГИЧЕСКОЙ ДЕФЕКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ МАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

- 1)+ I и II
- 2) II и III
- 3) I и IV
- 4) II и IV

94. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ УЛУЧШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МЫШЦ НАРУЖНОГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутрианальная электромиостимуляция
- 2) электростимуляция толстой кишки
- 3) коротковолновая диатермия области промежности
- 4) парафинотерапия перианальной области

95. КОЭФФИЦИЕНТ АДАПТАЦИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РЕЗЕРВУАРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЭТО СООТНОШЕНИЕ _____ МАКСИМАЛЬНО ПЕРЕНОСИМОГО ОБЪЕМА И ОБЪЕМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВОГО ПОЗЫВА НА ДЕФЕКАЦИЮ К _____ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАВЛЕНИЯ

- 1)+ разности; разности
- 2) разности; сумме
- 3) суммы; разности
- 4) суммы; сумме

96. ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭМГ УВЕЛИЧЕНИЕ БИЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (БЭА) МЕНЕЕ ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО БЭА В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ МЫШЦ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ нарушении нервно-рефлекторной деятельности
- 2) нормальной нервно-рефлекторной деятельности
- 3) повышении порога чувствительности
- 4) снижении порога чувствительности

97. ПРОБА С ПИЩЕВОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОТОРИКИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ состояние первой и второй фаз гастрocolического рефлекса
- 2) состояние третьей и четвертой фаз гастрocolического рефлекса
- 3) изменение резервуарной функции прямой кишки
- 4) изменение ректоанального ингибиторного рефлекса

98. ПАДЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПОСЛЕ КАШЛЕВОЙ ПРОБЫ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗМОЖНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЯХ

- 1)+ недержания кишечного и мочевого содержимого
- 2) нарушения иннервации при Болезни Гиршпрунга
- 3) увеличения резервуарной функции прямой кишки
- 4) нарушения моторики толстой кишки

99. ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ВНУТРИАНАЛЬНОЙ ЭМГ СНИЖЕНИЕ БЭА ПРИ НАТУЖИВАНИИ ПО СРАВНЕНИЮ С БЭА В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ ПЕТЛИ

- 1)+ нормальной реакции
- 2) парадоксальной реакции
- 3) снижении порога чувствительности
- 4) повышении порога чувствительности

100. ХАРАКТЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ МАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ I И II ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ повышения внутрианального давления
- 2) адекватной пропульсии
- 3) неадекватной пропульсии
- 4) градиента внутрианального давления

101. КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЕТ НЕОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1)+ узкий ход в виде гипозоногенного тяжа с четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярный при доплерографии
- 2) анзоногенное образование вытянутой формы с неоднородным содержимым, четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярное при доплерографии
- 3) гипозоногенный тяж с нечетким контуром, окружающая клетчатка повышенной зоногенности, при доплерографии гиперваскуляризация по наружному контуру
- 4) анзоногенное образование округлой формы с нечетким контуром, окружающая клетчатка повышенной зоногенности, при доплерографии гиперваскуляризация по наружному контуру

102. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯЗВЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА НА УЗИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1)+ продольных дефектов подслизистого слоя
- 2) нарушения структуры кишечной стенки
- 3) гиперэхогенных включений в слизистом слое
- 4) гиперэхогенных включений в мышечном слое

103. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОБРАЗОВАНИЕ, ИСХОДЯЩЕЕ ИЗ

- 1)+ слизистого слоя с сохранной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 2) подслизистого слоя с неизменной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 3) слизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 4) слизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки

104. ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ раком толстой кишки
- 2) язвенным колитом
- 3) ишемическим колитом
- 4) псевдомембранозным колитом

105. ПРИ УЗИ uTЗ СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ

- 1)+ инфильтрирует наружный сфинктер
- 2) прорастает в окружающую клетчатку или органы
- 3) выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани
- 4) инфильтрирует внутренний сфинктер

106. ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИШИО-АНАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ВЫЯВЛЕН СВИЩЕВОЙ ХОД С ВНУТРЕННИМ СВИЩЕВЫМ ОТВЕРСТИЕМ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, ВОВЛЕКАЮЩИЙ ГЛУБОКУЮ ПОРЦИЮ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ СВИЩУ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ транссфинктерному
- 2) экстрасфинктерному
- 3) межсфинктерному
- 4) подковообразному экстрасфинктерному

107. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ проктографию с водорастворимым контрастным препаратом
- 2) трансректальное ультразвуковое исследование
- 3) МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием
- 4) проктографию с бариевой взвесью

108. ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИШИО-АНАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ПО ЗАДНЕЙ ПОЛУОКРУЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНО ДВА СВИЩЕВЫХ ХОДА, ИМЕЮЩИХ ОБЩЕЕ ВНУТРЕННЕЕ СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, ВОВЛЕКАЮЩИХ ПУБОРЕКТАЛЬНУЮ ПЕТЛЮ И ОГИБАЮЩИХ ПУЧКИ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА СВЕРХУ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ СВИЩУ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ подковообразному экстрасфинктерному
- 2) экстрасфинктерному
- 3) экстрасфинктерному с пельвио-ректальным затеком
- 4) транссфинктерному с пельвио-ректальным затеком

109. ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ПСЕВДОПОЛИПЫ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ ЛОКАЛЬНОГО УТОЛЩЕНИЯ

- 1)+ слизистого слоя стенки кишки
- 2) подслизистого слоя стенки кишки
- 3) слизистого и подслизистого слоя стенки кишки
- 4) всех слоев кишечной стенки

110. ОСЛОЖНЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, КОТОРЫЕ ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ стриктуры, свищи, инфильтраты
- 2) кровотечение, язвенные дефекты
- 3) внекишечные проявления
- 4) перианальные проявления

111. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, КОТОРЫЕ ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ УЗИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ опухоль кишечника
- 2) кровотечение
- 3) инфильтрат
- 4) свищи

112. КОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ НАИБОЛЬШИМИ ПОБОЧНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ ионных йодосодержащих
- 2) неионных йодосодержащих
- 3) макроциклических гадолиниевых
- 4) линейных гадолиниевых

113. КАКОЙ ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1)+ гиперэхогенный
- 2) гипоехогенный
- 3) анэхогенный
- 4) изоэхогенный

114. КАКОЙ ТИП РОСТА ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1)+ узловой, стелющийся, смешанный
- 2) грибовидный, внекишечный, инфильтративный
- 3) блюдцеобразный, экзофитный, эндофитный
- 4) инфильтративный, подслизистый, внекишечный

115. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

- 1)+ кардиостимулятора
- 2) клаустрофобии
- 3) психических расстройств
- 4) беременности (первый триместр)

116. ВЫЯВЛЯЕМОЕ ВО ВРЕМЯ ЧРЕСКОЖНОГО УЗИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ ЖИДКОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ИЗМЕНЕННОМУ СЕГМЕНТУ КИШКИ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ перфорации дивертикула
- 2) петле тонкой кишки с жидкостью
- 3) кисте поджелудочной железы
- 4) дивертикулу мочевого пузыря

117. КОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРИПОЛОСТНОГО ВВЕДЕНИЯ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ ионных йодосодержащих
- 2) неионных йодосодержащих
- 3) макроциклических гадолиниевых
- 4) линейных гадолиниевых

118. КАКАЯ ПОДГОТОВКА ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

- 1)+ строго натощак в день исследования, клизмы 0,2-0,3 л накануне вечером и в день исследования
- 2) легкий завтрак в день исследования, клизмы 2-3 л накануне вечером и в день исследования
- 3) белковая диета в течение 1 дня и очищение кишечника осмотическими препаратами вечером накануне исследования
- 4) белковая диета в течение 3 суток до исследования, натощак в день исследования без дополнительного очищения кишечника

119. АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИМЕЕТ _____ СТРУКТУРУ

- 1)+ четырехслойную
- 2) трехслойную
- 3) пятислойную
- 4) двухслойную

120. ПРИ УЗИ uT2 СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ

- 1)+ инфильтрирует внутренний сфинктер
- 2) выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани
- 3) инфильтрирует наружный сфинктер
- 4) прорастает в окружающую клетчатку или органы

121. ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ НА УЗИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ полиморфной картиной с наличием округлых образований различной эхогенности и структуры, нарушающих архитектуру строения печени
- 2) наличием округлых кистозных образований с четкими контурами и анэхогенным содержимым
- 3) наличием одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой
- 4) наличием одиночных или множественных гипоехогенных кистозных образований

122. ЭХОАНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ тонкой периферической корковой частью и широкой эллипсоидной гиперэхогенной центральной частью
- 2) широкой периферической корковой частью и тонкой эллипсоидной гиперэхогенной центральной частью
- 3) областью ворот, определяемой около одного из полюсов узла
- 4) тонкой периферической корковой частью и тонкой эллипсоидной гиперэхогенной центральной частью

123. ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ КИШЕЧНИКА ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОГО УСТАНОВЛЕНИЯ

- 1)+ характера и распространенности поражения
- 2) нозологической формы поражения
- 3) характера поражения
- 4) нозологической формы поражения и его прогноза

124. ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО-КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ УЗИ крестцово-копчиковой области
- 2) рентгеновская фистулография
- 3) МРТ органов малого таза
- 4) КТ органов малого таза

125. ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дно матки
- 2) шейка матки
- 3) мочевого пузыря
- 4) влагалище

126. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ КОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ К ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ, ОТНОСЯТ

- 1)+ аритмию
- 2) бронхоспазм
- 3) гипотензивный шок
- 4) отек гортани

127. КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЕТ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ГНОЙНОГО СВИЩА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1)+ жидкостное образование вытянутой формы с неоднородным гипэхогенным содержимым, с четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярное при доплерографии
- 2) жидкостное образование округлой формы с нечетким контуром, окружающей клетчаткой повышенной эхогенности и гиперваскуляризацией в ней
- 3) гипэхогенный участок тканей вытянутой формы с нечетким контуром, окружающей клетчаткой повышенной эхогенности и гиперваскуляризацией в ней
- 4) узкий ход в виде тяжа пониженной эхогенности с четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярный при доплерографии

128. К ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРАМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У МУЖЧИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ семенные пузырьки
- 2) мочевого пузыря
- 3) предстательную железу
- 4) общие подвздошные сосуды

129. ПРИ УЗИ uT4 СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ

- 1)+ прорастает в окружающую клетчатку или органы
- 2) инфильтрирует наружный сфинктер
- 3) выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани
- 4) инфильтрирует внутренний сфинктер

130. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ

- 1)+ толщины, структуры и наружного контура стенки кишки
- 2) ширины, структуры и внутреннего контура стенки кишки
- 3) толщины, васкуляризации и внутреннего контура стенки кишки
- 4) эхогенности, структуры и васкуляризации стенки кишки

131. ТОЛЩИНА СТЕНКИ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ В ОТСУТСТВИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ УЗИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ 2-3
- 2) 2-4
- 3) 4-6
- 4) 5-7

132. ПРИ УЗИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение структуры кишечной стенки
- 2) неоднородность структуры опухоли
- 3) наличие зоны кальцинации в опухоли
- 4) наличие анэхогенного ободка по периферии

133. ПРИ УЗИ uT1 СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ

- 1)+ выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани
- 2) инфильтрирует внутренний сфинктер
- 3) инфильтрирует наружный сфинктер
- 4) прорастает в окружающую клетчатку или органы

134. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ обзорную рентгенографию брюшной полости
- 2) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 3) магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости
- 4) ирригоскопию с водорастворимым контрастным препаратом

135. ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС НА УЗИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1)+ между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки
- 2) между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
- 3) под висцеральной поверхностью печени и селезенки
- 4) в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы

136. НЕФРОГЕННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ФИБРОЗ, КАК ОЧЕНЬ ПОЗДНЯЯ ПОБОЧНАЯ РЕАКЦИЯ, МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ВВЕДЕНИЕ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ гадолиниевых
- 2) йодосодержащих
- 3) ультразвуковых контрастных
- 4) радиоизотопных

137. ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ КИШЕЧНИКА ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО

- 1)+ установить инструментальный диагноз
- 2) установить клинический диагноз
- 3) установить морфологический диагноз
- 4) оценить функцию кишечника

138. АДЕНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИСХОДЯТ ИЗ _____ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ

- 1)+ гипоехогенного слизистого слоя
- 2) гиперэхогенного подслизистого слоя
- 3) гипоехогенного мышечного слоя
- 4) гиперэхогенной серозной оболочки

139. КАКАЯ ПОДГОТОВКА ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО УЗИ КИШЕЧНИКА?

- 1)+ исследование проводится строго натощак
- 2) накануне исследования ставятся клизмы
- 3) утром легкий завтрак и прием эспумизана
- 4) прием слабительных препаратов накануне

140. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза с внутривенным контрастированием
- 2) проктография с водорастворимым контрастным препаратом
- 3) фистулография с водорастворимым контрастным препаратом
- 4) КТ-проктография с водорастворимым контрастным препаратом

141. ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ АБСЦЕСС НА УЗИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1)+ под висцеральной поверхностью печени
- 2) между контуром купола диафрагмы и капсулой печени
- 3) между контуром капсулы печени и основной массой ее паренхимы
- 4) между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы

142. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА МАЛИГНИЗИРОВАННОЙ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ С ОЧАГОМ АДЕНОКАРЦИНОМЫ IN SITU ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОБРАЗОВАНИЕ, ИСХОДЯЩЕЕ ИЗ

- 1)+ слизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 2) слизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 3) подслизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 4) слизистого слоя с сохранной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки

143. ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИШИО-АНАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ВЫЯВЛЕН СВИЩЕВОЙ ХОД С ВНУТРЕННИМ СВИЩЕВЫМ ОТВЕРСТИЕМ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, ВОВЛЕКАЮЩИЙ ПУБОРЕКТАЛЬНУЮ ПЕТЛЮ И ОГИБАЮЩИЙ ПУЧКИ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА СВЕРХУ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ СВИЩУ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ экстрасфинктерному
- 2) транссфинктерному
- 3) межсфинктерному
- 4) подковообразному экстрасфинктерному

144. ПРОЕКЦИЯ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

- 1)+ средней трети анального канала, где вплетаются ножки леватора
- 2) верхней трети анального канала выше ножек леватора
- 3) нижней трети анального канала ниже ножек леватора
- 4) средней трети анального канала ниже ножек леватора

145. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИЗУАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоректальное УЗИ
- 2) рентгеновская фистулография
- 3) КТ органов малого таза
- 4) дефекография

146. ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ ВИЗУАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоректальное УЗИ
- 2) КТ органов малого таза
- 3) дефекография
- 4) ирригоскопия

147. ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КОТОРЫЙ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ толстая кишка
- 2) тонкая кишка
- 3) желудок
- 4) пищевод

148. МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ ЛОКАЛЬНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЕЧНЫХ СТРУКТУРАХ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ, НАЛИЧИЕ И ПРОТЯЖЕННОСТЬ ЕГО ДЕФЕКТОВ, СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоректальное ультразвуковое исследование
- 2) КТ органов малого таза
- 3) МРТ органов малого таза
- 4) рентгеновская дефекография

149. КАКОЙ ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ ВНУТРЕННИЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1)+ гипоэхогенный
- 2) гиперэхогенный
- 3) изоэхогенный
- 4) анэхогенный

150. ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ шейка матки
- 2) влагалище
- 3) тело матки
- 4) мочевого пузыря

151. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОДВЗДОШНО-ОБОДОЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ В ПОПЕРЕЧНОМ СЕЧЕНИИ ИМЕЕТ ВИД ТРЕХ КОНЦЕНТРИЧЕСКИХ СЛОЕВ (КОЛЕЦ), СРЕДНИЙ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ

- 1)+ мезентериального жира
- 2) стенки ободочной кишки
- 3) стенки подвздошной кишки
- 4) мезентериальных сосудов

152. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1)+ бесшлаковой диеты и осмотических слабительных
- 2) бесшлаковой диеты и очистительных клизм
- 3) осмотических слабительных и очистительных клизм
- 4) осмотических слабительных и очистительных микроклизм

153. ПРИ МРТ МАЛОГО ТАЗА ВЫЯВЛЕН ТРАНССФИНКТЕРНЫЙ СВИЩЕВОЙ ХОД, ОТ КОТОРОГО МЕЖДУ ВНУТРЕННИМ И НАРУЖНЫМ СФИНКТЕРОМ ОТХОДИТ ПОЛОСТЬ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЗАТЕКУ

- 1)+ межсфинктерному
- 2) ишио-анальному
- 3) пельвио-ректальному
- 4) подслизистому

154. ОСНОВНОЙ МЕТОДИКОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАПОРАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) КТ-колонография
- 3) МР-колонография
- 4) УЗИ кишечника

155. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КТ ИССЛЕДОВАНИЯ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ

- 1)+ сахарным диабетом
- 2) поливалентной аллергией
- 3) бронхиальной астмой
- 4) гипертиреозом

156. К ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА, КОТОРЫЕ ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ стриктуры, свищи, инфильтраты
- 2) кровотечение, язвенные дефекты
- 3) внекишечные проявления
- 4) перианальные проявления

157. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- 1)+ толщину, структуру кишечной стенки, патологическую васкуляризацию
- 2) патологическую васкуляризацию, толщину кишечной стенки
- 3) протяженность процесса, структуру кишечной стенки
- 4) патологическую васкуляризацию, структуру кишечной стенки

158. К ОЧЕНЬ ПОЗДНЕЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ ЙОДОСОДЕРЖАЩЕГО КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА ОТНОСЯТ

- 1)+ тиреотоксикоз
- 2) нефрогенный системный фиброз
- 3) крапивницу
- 4) гипотензию

159. УСЛОВНОЙ ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ ВЕРХНИМ КРАЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пуборектальная петля
- 2) зубчатая линия
- 3) нижний край леватора
- 4) глубокая порция наружного сфинктера

160. ПРИ МРТ МАЛОГО ТАЗА ВЫЯВЛЕН ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ СВИЩЕВОЙ ХОД, ОТ КОТОРОГО МЕЖДУ ЛЕВАТОРОМ И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ОТХОДИТ ПОЛОСТЬ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЗАТЕКУ

- 1)+ пельвио-ректальному
- 2) ишио-анальному
- 3) межсфинктерному
- 4) подслизистому

161. К МЕТОДУ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩЕМУ ВЫЯВИТЬ ЛОКАЛЬНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЕЧНЫХ СТРУКТУРАХ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ, НАЛИЧИЕ И ПРОТЯЖЕННОСТЬ ЕГО ДЕФЕКТОВ, СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, ОТНОСЯТ

- 1)+ эндоректальное ультразвуковое исследование
- 2) КТ органов малого таза
- 3) МРТ органов малого таза
- 4) рентгеновскую дефекографию

162. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ КАУДАЛЬНЫХ ТЕРАТОМАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сдавлением извне стенки кишки, сужением её просвета и смещением прямой кишки при неизменённой слизистой оболочке
- 2) контактной кровоточивостью слизистой оболочки прямой кишки
- 3) изъязвлением слизистой оболочки прямой кишки над образованием
- 4) наличием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование

163. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ПОЛНОЦЕННОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адекватное растяжение просвета кишки
- 2) применение внутривенного контрастирования
- 3) использование низкодозных протоколов сканирования
- 4) проведение исследования на 64-срезовых и более томографах

164. ИНФОРМАЦИЯ О ПРИЕМЕ МЕТФОРМИНА БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ОТРАЖЕНА В ОПРОСНИКЕ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ йодосодержащих
- 2) гадолиниевых
- 3) ультразвуковых контрастных
- 4) радиоизотопных

165. ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙТЦА – ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ меланиновые пигментации слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
- 2) опухоли мозга
- 3) множественные кисты слюнных желёз
- 4) экстракишечные доброкачественные опухоли

166. У ПАЦИЕНТОВ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНИТЬ ФИСТУЛОГРАФИЮ НЕВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ облитерации наружного свищевого отверстия
- 2) наличии множественных наружных свищевых отверстий
- 3) облитерации внутреннего свищевого отверстия
- 4) болевом синдроме в перианальной области

167. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА МОЖНО ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ МРТ брюшной полости
- 2) КТ ангиографию сосудов брюшной полости
- 3) УЗИ доплерографию сосудов брюшной полости
- 4) эндоскопическое исследование толстой кишки

168. ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ ВНУТРЕННИЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипозоногенным
- 2) гиперэхоногенным
- 3) изоэхоногенным
- 4) анэхоногенным

169. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проктография
- 2) МРТ малого таза
- 3) КТ малого таза
- 4) УЗИ малого таза

170. ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперэхоногенным
- 2) гипозоногенным
- 3) анэхоногенным
- 4) изоэхоногенным

171. В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВОВЛЕКАЮТСЯ ____ СЛОИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ

- 1)+ только слизистый и подслизистый
- 2) слизистый, подслизистый и мышечный
- 3) только подслизистый
- 4) только слизистый и мышечный

172. ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕСМОИДНОЙ ОПУХОЛИ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ МРТ брюшной полости и малого таза
- 2) КТ брюшной полости и малого таза
- 3) УЗИ брюшной полости и малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой

173. ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ НОСИТЕЛЮ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ MUTYH, ПОКАЗАНО С (В ГОДАХ)

- 1)+ 25
- 2) 15
- 3) 35
- 4) 45

174. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПОКАЗАНО У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА

- 1)+ пресакральную кисту
- 2) рак анального канала
- 3) рак прямой кишки
- 4) полип прямой кишки

175. ДИАГНОЗ «КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ПОЛИПОВ БОЛЕЕ

- 1)+ 100
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 50

176. ПРОБОЙ ШВАРЦА НАЗЫВАЮТ

- 1)+ исследование пассажа бария по кишечнику
- 2) определение наличия крови в кале
- 3) определение наличия билирубина-глюкуронида
- 4) исследование на коагулопатию

177. ОТЛОЖЕНИЕ ГАДОЛИНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ МНОГОКРАТНЫХ ВВЕДЕНИЯХ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ПОБОЧНЫМ ФЕНОМЕНОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- 1)+ МРТ
- 2) КТ
- 3) ОФЭКТ
- 4) ПЭТ-КТ

178. ПРОВЕДЕНИЕ ДЕФЕКОГРАФИИ НЕ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА

- 1)+ пресакральную кисту
- 2) ректальный пролапс
- 3) ректальную инвагинацию
- 4) грыжу Дугласова кармана

Тема 6. Заболевания заднего прохода и промежности.

1. ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография с контрастированием
- 2) проба с красителем
- 3) фистулография
- 4) ультрасонография

2. ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ СЛОЖНОСТИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ рубцами в области внутреннего свищевого отверстия, отсутствием воспалительных изменений в клетчатке
- 2) узким внутренним свищевым отверстием без рубцов и затеков в параректальной клетчатке
- 3) узким внутренним отверстием без рубцов, но в клетчатке имеются гнойно-воспалительные изменения
- 4) широким внутренним отверстием, окруженным рубцами, в параректальной клетчатке имеются воспалительные инфильтраты или гнойные полости

3. ГЛАВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОПЕРАЦИИ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА И НИЗВЕДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПЕРЕД ЛИГАТУРНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ минимальное повреждение анального сфинктера
- 2) большая радикальность
- 3) меньший процент нагноений раны
- 4) меньшая травматичность операции

4. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ТОНУСА АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ сфинктерометрию
- 2) ультразвуковое исследование ректальным датчиком
- 3) дефекографию
- 4) аноскопию

5. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ БОКОВАЯ ПОДКОЖНАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ

- 1)+ показана при свище в сочетании со спазмом сфинктера
- 2) показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута
- 3) выполняется при иссечении свища в просвет кишки
- 4) необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера

6. САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НАБЛЮДАЮТ ПО ____ СТЕНКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

- 1)+ задней
- 2) передней
- 3) левой
- 4) правой

7. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛИГНИЗАЦИЮ СВИЩА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- 1)+ биопсию
- 2) исследование на раковый антиген
- 3) посев отделяемого из свища на микрофлору
- 4) общий анализ крови

8. К ПОДКОВООБРАЗНЫМ ОТНОСЯТСЯ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ, У КОТОРЫХ

- 1)+ свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
- 2) извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
- 3) два наружных отверстия при одном внутреннем
- 4) два внутренних отверстия при одном наружном

9. НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ И ЖИДКОГО КАЛА У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 5 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ РАСЦЕНИВАЮТ КАК

- 1)+ 2-ю степень недостаточности анального жома
- 2) 3-ю степень недостаточности анального жома
- 3) 1-ю степень недостаточности анального жома
- 4) нормальное явление после операции

10. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сфинктерометрия
- 2) пальцевое исследование анального канала
- 3) ректороманоскопия
- 4) ирригоскопия

11. ПРИ ОСМОТРЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХОДЕ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ КАКОЙ ТИП ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БЛЕДНОСТЬЮ СЛИЗИСТОЙ С НЕЯРКИМ СОСУДИСТЫМ РИСУНКОМ?

- 1)+ атрофический колит
- 2) гнойно-катаральное воспаление
- 3) геморрагический колит
- 4) катаральное воспаление

12. НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРЯМОЙ КИШКИ ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЯМИ _____ НЕРВА

- 1)+ срамного
- 2) запирающего
- 3) тазового
- 4) бедренного

13. К ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕМУСЯ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ наружный и внутренний геморрой
- 2) пресакральную кисту
- 3) актиномикоз
- 4) травму промежности

14. ВЫВОДНЫЕ ПРОТОКИ АНАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТКРЫВАЮТСЯ

- 1)+ на дне морганиевых крипт
- 2) в межсфинктерном пространстве
- 3) в параректальной клетчатке
- 4) на слизистой оболочке в области гребешка

15. К ПРОСТЫМ СВИЩАМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ интрасфинктерные
- 2) трансфинктерные
- 3) экстрафинктерные
- 4) подковообразные

16. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие свищевого отверстия
- 2) гематурию
- 3) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 4) боль внизу живота

17. В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕХАНИЗМА ДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1)+ лонно-прямокишечная мышца
- 2) аноскопичковая связка
- 3) подвздошно-копчиковая мышца
- 4) копчиковая мышца

18. ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА НУЖНО ПРОИЗВЕСТИ

- 1)+ до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента
- 2) после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта
- 3) при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии
- 4) при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии

19. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ НАРУЖНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие свищевого отверстия
- 2) гнойные выделения из заднего прохода
- 3) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- 4) зуд в области заднего прохода

20. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО СО СВИЩОМ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1)+ ирригоскопию
- 2) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- 3) пальцевое исследование прямой кишки
- 4) наружный осмотр и пальпацию перианальной области

21. ПРОБА С КРАСИТЕЛЕМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки
- 2) определения локализации свищевого хода
- 3) дифференциальной диагностики специфического свища
- 4) установления характера происхождения свища

22. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности
- 2) кровотечение во время дефекации
- 3) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- 4) зуд в области промежности

23. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ в морганиевой крипте
- 2) на линии Хилтона
- 3) в нижеампулярном отделе прямой кишки
- 4) в вышеампулярном отделе прямой кишки

24. ЧЕТВЁРТАЯ СТЕПЕНЬ СЛОЖНОСТИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ широким внутренним отверстием, окруженным рубцами, в параректальной клетчатке имеются воспалительные инфильтраты или гнойные полости
- 2) узким внутренним свищевым отверстием без рубцов и затеков в параректальной клетчатке
- 3) рубцами в области внутреннего свищевого отверстия, отсутствием воспалительных изменений в клетчатке
- 4) узким внутренним отверстием без рубцов, но в клетчатке имеются гнойно-воспалительные изменения

25. ПРИ ИНТРАСФИНКТЕРНОМ СВИЩЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ иссечение свища в просвет прямой кишки
- 2) иссечение свища с низведением слизистой
- 3) рассечение свищевого хода без иссечения тканей
- 4) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом

26. ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЕ СВИЩИ ПО СЛОЖНОСТИ ДЕЛЯТСЯ НА ____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

27. ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ ДЕЛЕНИЕ НА СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ В ОСНОВНОМ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ

- 1)+ дифференцированного подхода к выбору вида операции
- 2) прогнозирования исходов лечения
- 3) разработки мер профилактики осложнений
- 4) выбора вида обезболивания

28. КЛАССИФИКАЦИЯ ДУЛЬЦЕВА – САЛАМОВА ОСНОВАНА НА

- 1)+ сложности экстрасфинктерных свищей
- 2) расположении наружного свищевого отверстия
- 3) локализации внутреннего свищевого отверстия
- 4) расположении свищевого хода относительно сфинктера

29. ЛОКАЛИЗАЦИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К

- 1)+ наружному сфинктеру заднего прохода
- 2) внутреннему сфинктеру заднего прохода
- 3) морганиевой крипте
- 4) клетчаточному пространству

30. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СЛОЖНОСТИ ПРИМЕНИМА К _____ СВИЩАМ

- 1)+ экстрасфинктерным
- 2) интрасфинктерным
- 3) трансфинктерным
- 4) ректо-вагинальным

31. ДИВЕРТИКУЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1)+ сигмовидной кишке
- 2) восходящем отделе толстой кишки
- 3) нисходящем отделе толстой кишки
- 4) поперечно-ободочной кишке

32. ПЕРЕСЕЧЕНИЕ АНОКОПЧИКОВОЙ СВЯЗКИ

- 1)+ целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
- 2) при свищах прямой кишки никогда не производится
- 3) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
- 4) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода

33. НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА НЕ МОЖЕТ ОТКРЫВАТЬСЯ НА

- 1)+ 1,5 см выше зубчатой линии
- 2) ягодице
- 3) коже промежности в 3 см от ануса
- 4) анодерме на уровне сфинктера

34. НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ. У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСЦЕНИВАЮТ КАК

- 1)+ 1-ю степень недостаточности анального жома
- 2) нормальное явление после операции
- 3) 2-ю степень недостаточности анального жома
- 4) 3-ю степень недостаточности анального жома

35. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ криптоглангулярный
- 2) инфекционный
- 3) посттравматический
- 4) воспалительный

36. ИССЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ С УШИВАНИЕМ СФИНКТЕРА ПОКАЗАНО ПРИ___ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ СВИЩА

- 1)+ 1
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 2

37. ФИСТУЛОГРАФИЯ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОМОГАЕТ

- 1)+ выявить направление и разветвление свищевого хода
- 2) установить степень рубцовых изменений анального сфинктера
- 3) оценить функцию анального жома
- 4) установить сопутствующую патологию

38. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 40-45
- 2) 20-30
- 3) 10-15
- 4) 60-70

39. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ОТКРЫВАЕТСЯ НА

- 1)+ уровне зубчатой линии
- 2) ягодице
- 3) коже промежности в 3 см от ануса
- 4) анодерме на уровне сфинктера

40. НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ С

- 1)+ кистой параректальной клетчатки, дренирующей в просвет прямой кишки
- 2) раком прямой кишки
- 3) эпителиальным копчиковым ходом
- 4) остеомиелитом копчика

41. ДЛЯ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обострение воспаления
- 2) малигнизация
- 3) кровотечение
- 4) кишечная непроходимость

42. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОСЛОЖНЕНИЮ

- 1)+ перфорация лоскута выше внутреннего отверстия свища
- 2) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
- 3) выделение слизи с внутренним сфинктером
- 4) использование электрокоагуляции для гемостаза

43. ОБНАРУЖЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ НА ДЛИННЫХ НОЖКАХ В СЛЕПОЙ КИШКЕ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ ювенильных полипов
- 2) неспецифического язвенного колита
- 3) полипоза
- 4) ворсинчатой опухоли

44. ПОВЫШЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ТЕЛА МАТКИ И ТОЛСТОЙ КИШКИ СВЯЗАНО С ЧАСТЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ

- 1)+ животных жиров
- 2) пищи, богатой грубой волокнистой клетчаткой
- 3) растительного масла
- 4) пищи, богатой витамином С

45. ПРИ НАЛИЧИИ ИНТРАСФИНКТЕРНОГО ГНОЙНОГО ХОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ рассечь гнойный ход в просвет кишки без его иссечения
- 2) иссечь ход в просвет кишки
- 3) провести лигатуру
- 4) иссечь гнойный ход и ушить рану

46. ХРОНИЧЕСКИЕ ПАРАПРОКТИТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАШЕ ВСЕГО СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ острого парапроктита
- 2) анальной трещины
- 3) перианальных кондилом
- 4) злокачественного процесса

47. ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ СЛОЖНОСТИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ узким внутренним отверстием без рубцов, но в клетчатке имеются гнойно-воспалительные изменения
- 2) рубцами в области внутреннего свищевого отверстия, отсутствием воспалительных изменений в клетчатке
- 3) узким внутренним свищевым отверстием без рубцов и затеков в параректальной клетчатке
- 4) широким внутренним отверстием, окруженным рубцами, в параректальной клетчатке имеются воспалительные инфильтраты или гнойные полости

48. ПРИ НАЛИЧИИ ТРАНССФИНКТЕРНОГО ГНОЙНОГО ХОДА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНИТЬ

- 1)+ различные варианты: от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры, в зависимости от расположения и глубины хода
- 2) только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- 3) выполнение нерадикальной операции
- 4) только проведение лигатуры

49. МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕН

- 1)+ степенью сложность свища
- 2) наличием затеков
- 3) наличием рубцов
- 4) анамнезом заболевания

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МАЛИГНИЗАЦИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ

- 1)+ болезни Крона
- 2) транссфинктерном свище
- 3) экстрасфинктерном свище
- 4) интрасфинктерном свище

51. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неэффективность консервативной терапии при 2-3 степени заболевания
- 2) 1 степень ректоцеле
- 3) 2 степень ректоцеле
- 4) 3 степень ректоцеле

52. ДЛЯ СОЗДАНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В КАЧЕСТВЕ СУБСТРАТА ИСПОЛЮЗУЮТ

- 1)+ плазму крови
- 2) альбумин
- 3) эритроцитарную массу
- 4) стволовые клетки

53. ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ НЕ УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ диаметр наружного свищевого отверстия
- 2) локализацию свищевого хода
- 3) степень развития рубцового процесса
- 4) наличия гнойных полостей

54. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОМУ ПРИЗНАКУ РЕКТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ

- 1)+ выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- 2) частые позывы на дефекацию
- 3) недержание газов
- 4) чувство неполного опорожнения прямой кишки

55. К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ оперативный
- 2) консервативную терапию
- 3) гирудотерапию
- 4) склеротерапию

56. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕКТОЦЕЛЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ аноректальная манометрия
- 2) вагинография
- 3) сфинктерометрия
- 4) профилометрия

57. ПРИ ЧРЕССФИНКТЕРНОМ СВИЩЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПРАВДАНО

- 1)+ иссечение свища с ушиванием сфинктера
- 2) иссечение свища в просвет прямой кишки
- 3) проведение лигатуры
- 4) кюретаж хода с ушиванием свища

58. РАЗМЕР ВЫПЯЧИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ 1 СТЕПЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

59. ПРИ ОСТРОМ ПОДКОЖНОМ ПЕРЕДНЕМ ПАРАПРОКТИТЕ С ИНТРАСФИНКТЕРНЫМ ГНОЙНЫМ ХОДОМ У ЖЕНЩИНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ вскрыть абсцесс
- 2) выполнить сегментарную проктопластику
- 3) провести заднюю дозированную сфинктеротомию
- 4) провести иссечение гнойного хода с ушиванием сфинктера

60. ОПЕРАЦИЯ ПО ИССЕЧЕНИЮ СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1)+ интрасфинктерных
- 2) ректовагинальных
- 3) трансфинктерных
- 4) экстрафинктерных

61. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ профилометрия
- 2) проктография
- 3) дефекография
- 4) ансокопия

62. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ тяжелые заболевания разных органов и систем в стадии декомпенсации
- 2) острую и хроническую анальные трещины
- 3) наружный и внутренний геморрой 4 стадии
- 4) остроконечные кондиломы анального канала

63. В КЛАССИФИКАЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ ВЫДЕЛЯЮТ _____

- 1)+ 3 степени
- 2) 2 степени
- 3) 4 степени
- 4) 1 степень

64. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ручное пособие при дефекации через влагалище
- 2) использование очистительных клизм
- 3) прием слабительных препаратов
- 4) многомоментная дефекация

65. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА С УШИВАНИЕМ СФИНКТЕРА В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 54-97
- 2) 20-30
- 3) 40
- 4) 100

66. РАЗМЕР ВЫПАЧИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ 2 СТЕПЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1)+ 2-4
- 2) 0,5-1
- 3) 1-2
- 4) 4-5

67. ПРИМЕНЕНИЕ СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ОПРАВДАНО ПРИ

- 1)+ ректоцеле с внутренней инвагинацией прямой кишки
- 2) сочетании ректоцеле со свищом
- 3) ректоцеле с недостаточностью анального жома
- 4) ректоцеле с выпадением прямой кишки

68. К СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ применение биопластических материалов
- 2) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- 3) лигатурный метод
- 4) сегментарная проктопластика

69. РЕКТОЦЕЛЕ 2 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ выпячиванием передней стенки кишки во влагалище, которое доходит до его преддверия
- 2) небольшим карманом передней стенки прямой кишки, выявляемым при пальцевом исследовании прямой кишки
- 3) выпячиванием передней стенки прямой кишки за пределы влагалища
- 4) выпячиванием задней стенки прямой кишки

70. НЕДОСТАТКОМ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокий риск развития рецидивов
- 2) простота техники
- 3) отсутствие повреждающего воздействия на анальный сфинктер
- 4) выраженный болевой синдром

71. ОСОБЕННОСТЬЮ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ соблюдение постельного режима
- 2) соблюдение диеты
- 3) ограничение физических нагрузок
- 4) ношение бандажа

72. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО С ЗАДНИМ ЭКСТАСФИНКЕРНЫМ СВИЩОМ ПРЯМОЙ КИШКИ IV СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЕЧЕНИЕ СВИЩА

- 1)+ с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
- 2) в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
- 3) с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков
- 4) с подшиванием краёв раны ко дну

73. СТЕПЛЕРНАЯ ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ иссечении избытка слизистой оболочки
- 2) удалении внутренних геморроидальных узлов
- 3) сфинктеропластике
- 4) леваторопластике

74. МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ острым и хроническом гнойно-воспалительном процессе параректальной клетчатки
- 2) интрасфинктерном свище
- 3) трансфинктерном свище
- 4) ректовагинальном свище

75. ПРИ СФИНКТЕРОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ В КАЧЕСТВЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ викрил или полисорб
- 2) шелк
- 3) лавсан
- 4) кетгут хромированный

76. МНОГОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРЕБУЮТ СВИЩИ

- 1)+ высокого уровня
- 2) подкожно-подслизистые
- 3) низкие трансфинктерные
- 4) интрасфинктерные

77. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1)+ трансфинктерных
- 2) ректовагинальных
- 3) экстрафинктерных
- 4) интрасфинктерных

78. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефекография
- 2) ирригоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) ректороманоскопия

79. МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефекография
- 2) проктография
- 3) фистулография
- 4) вагинография

80. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ неэффективность консервативной терапии
- 2) многомоментный акт дефекации
- 3) ректоцеле 2 и 3 степени
- 4) боль в заднем проходе

81. В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАДНЮЮ КОЛЬПОРАФИЮ, ПЕРЕДНЮЮ ЛЕВАТОРОПЛАСТИКУ, МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ

- 1)+ диспареуния
- 2) сухость во влагалище
- 3) кокцигодиния
- 4) примесь слизи и крови в кале

82. ОПЕРАЦИЕЙ ГАБРИЕЛЯ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ иссечение свища в просвет кишки
- 2) сегментарную проктопластику
- 3) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- 4) иссечение свища с проведением дренирующей лигатуры

83. РАЗМЕР ВЫПЯЧИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ 3 СТЕПЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1)+ более 4
- 2) 3-4
- 3) 2-3
- 4) 1-2

84. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ РЕКТОЦЕЛЕ И ПРОМЕЖНОСТНЫМИ ГРЫЖАМИ (ЭНТЕРОЦЕЛЕ И СИГМОЦЕЛЕ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бимануальное влагалищное и ректальное исследование
- 2) аускультация ректовагинальной перегородки
- 3) ректороманоскопия
- 4) аускультация ишиоректальных пространств

85. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОМУ ПРИЗНАКУ ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО РЕКТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ

- 1)+ выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- 2) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- 3) недержание газов
- 4) частые позывы на дефекацию

86. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕКТОЦЕЛЕ СРЕДИ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 40-80
- 2) 10-15
- 3) 5-10
- 4) 20-40

87. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ НАЧИНАЕТСЯ С

- 1)+ консервативной терапии
- 2) хирургического лечения
- 3) рефлексотерапии
- 4) гирудотерапии

88. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ РЕКТОЦЕЛЕ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ дефекография
- 2) вагинография
- 3) проктография
- 4) ирригоскопия

89. РЕКТОЦЕЛЕ 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ выпячиванием передней стенки прямой кишки за пределы влагалища
- 2) небольшим карманом передней стенки прямой кишки, выявляемым при пальцевом исследовании прямой кишки
- 3) выпячиванием кишки во влагалище, которое доходит до его преддверия
- 4) выпячиванием задней стенки прямой кишки

90. РИСК РАЗВИТИЯ РЕКТОЦЕЛЕ СНИЖАЕТ

- 1)+ кесарево сечение
- 2) изменение конфигурации позвоночника
- 3) гистерэктомия
- 4) избыточный вес

91. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ ОПРАВДАНО ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1)+ высоких чрессфинктерных
- 2) низких чрессфинктерных
- 3) интрасфинктерных
- 4) подкожно-подслизистых

92. РЕКТОЦЕЛЕ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ небольшим карманом передней стенки прямой кишки, выявляемым при пальцевом исследовании прямой кишки
- 2) выпячиванием кишки во влагалище, которое доходит до его преддверия
- 3) выпячиванием передней стенки прямой кишки, которое выходит за пределы влагалища
- 4) выпячиванием задней стенки прямой кишки

93. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ ПРИ ИНТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 92-97
- 2) 100
- 3) 70-80
- 4) 56-65

94. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩА ПРИ НАЛИЧИИ ОСТРОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение дренирующей лигатуры
- 2) иссечение свища
- 3) сфинктеротомия
- 4) использование герметизирующего тампона

95. ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОДНОВРЕМЕННО ВЫПОЛНИТЬ КОРРЕКЦИЮ РЕКТОЦЕЛЕ, ФИКСАЦИЮ КИШКИ К КРЕСТЦУ И УКРЕПЛЕНИЕ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансабдоминальный
- 2) трансперинеальный
- 3) трансвагинальный
- 4) трансректальный

96. ПЕРВЫЙ ПОЛУКИСЕТНЫЙ ШОВ ПРИ СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА ____ СМ ВЫШЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

97. АНОКОПЧИКОВАЯ СВЯЗКА ПЕРЕСЕКАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВСКРЫТИЯ_____ПРОСТРАНСТВА

- 1)+ ретро-ректального клетчаточного
- 2) и дренирования постанального клетчаточного
- 3) межсфинктерного
- 4) ишиоректального клетчаточного

98. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОПЕРАЦИИ LIFT ПЕРЕД ДРУГИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ минимальная травматизация анального сфинктера
- 2) малая кровопотеря
- 3) возможность выполнения в амбулаторных условиях
- 4) выполнение под местной анестезией

99. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ LIFT ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 57-94
- 2) 25-30
- 3) 40
- 4) 100

100. МЕТОДИКА LIFT ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ перевязке и пересечении части свищевого хода, проходящей в межсфинктерном пространстве
- 2) иссечении свища с ушиванием сфинктера
- 3) иссечении свища с низведением лоскута
- 4) иссечении свища в просвет кишки

101. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО, МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ?

- 1)+ отек наружного геморроидального узла
- 2) анальная трещина
- 3) острый парапроктит
- 4) тромбоэмболия

102. ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРРОЕ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ пальцевое
- 2) УЗИ ректальным датчиком
- 3) колоноскопия
- 4) ректороманоскопия

103. ОСНОВОЙ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выраженность выпадения геморроидальных узлов
- 2) размер геморроидальных узлов
- 3) частота тромбирования узлов
- 4) частота осложнений

104. ПОД КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ одновременное увеличение наружных и внутренних геморроидальных узлов
- 2) увеличение наружных геморроидальных узлов
- 3) увеличение внутренних геморроидальных узлов
- 4) увеличение внутренних геморроидальных узлов с выпадением слизи

105. СРАМНОЙ НЕРВ ПРОИСХОДИТ ИЗ

- 1)+ сплетения, образованного 2, 3 и 4 крестцовыми нервами
- 2) подчревного сплетения
- 3) непосредственно из крестцового сплетения
- 4) поясничного сплетения

106. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ АРТЕРИИ

- 1)+ верхней прямокишечной
- 2) средней прямокишечной
- 3) нижней геморроидальной
- 4) внутренней половой

107. КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ алым цветом крови
- 2) темным цветом крови
- 3) наличием сгустков
- 4) примесью гноя

108. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВНУТРЕННИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ПРОЕКЦИИ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 3,7,11
- 2) 5,12
- 3) 1,6,8
- 4) 2,5,10

109. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ местные антикоагулянты
- 2) системные антикоагулянты
- 3) системные дезагреганты
- 4) системные антибактериальные препараты

110. ПРИСОЕДИНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ВСЕГДА ПРИВОДИТ К

- 1)+ развитию парапроктита
- 2) образованию свищей прямой кишки
- 3) восходящему тромбозу сосудов прямой кишки
- 4) нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

111. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ СИНОНИМ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ С ПОЗИЦИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

- 1)+ тромбоз
- 2) гипертрофия
- 3) анусит
- 4) сфинктерит

112. НАРУЖНЫЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ ОБРАЗОВАНЫ

- 1)+ венозным сплетением
- 2) кавернозной тканью
- 3) артериями
- 4) лимфатическим сплетением

113. ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ВНУТРЕННИЕ УЗЛЫ

- 1)+ выпадают, для вправления необходимо ручное пособие
- 2) кровоточат, но не выпадают из анального канала
- 3) не кровоточат и не выпадают
- 4) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно

114. У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ГЕМОРОЙ, ПО СРАВНЕНИЮ С ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ

- 1)+ встречается не чаще
- 2) встречается значительно чаще
- 3) выявляется у всех
- 4) встречается реже

115. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕМОРОЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коагулопатия
- 2) сидячий образ жизни
- 3) работа, связанная с подъемом тяжестей
- 4) злоупотребление алкоголем

116. ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРОЕ ПЕРВИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз
- 2) воспаление
- 3) кровотечение
- 4) выпадение внутреннего геморроидального узла

117. ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ГЕМОРОЯ ВНУТРЕННИЕ УЗЛЫ

- 1)+ не вправляются с помощью ручного пособия
- 2) увеличены, кровоточат при дефекации, 1-2 раза в году тромбируются
- 3) увеличены и кровоточат при дефекации
- 4) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно

118. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОРОЯ СОСТАВЛЯЕТ НА 1000 ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ _____ ЧЕЛОВЕК

- 1)+ 140-160
- 2) 400-500
- 3) 300
- 4) 50

119. ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи
- 2) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса
- 3) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с присоединением воспаления
- 4) выпадением внутреннего геморроидального узла

120. ПО ФОРМЕ НЕ ВЫДЕЛЯЮТ ГЕМОРОЙ

- 1)+ сочетанный
- 2) наружный
- 3) внутренний
- 4) комбинированный

121. ГЕМОРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ артерио-венозные шунты
- 2) мелкие артериальные сосуды
- 3) венозные сплетения
- 4) артериальные образования

122. ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ПОКРЫТ _____ ЭПИТЕЛИЕМ

- 1)+ цилиндрическим
- 2) многослойным плоским неороговевающим
- 3) многослойным плоским ороговевающим
- 4) железистым

123. К СВЯЗОЧНО-МЫШЕЧНОМУ АППАРАТУ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ мышца Трейтца
- 2) связка Трейтца
- 3) фасция Денонвилье
- 4) связка Каркассона

124. РАСТЯЖЕНИЕ И ДИСТРОФИЯ МЫШЦЫ И СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА, УДЕРЖИВАЮЩИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ИЗ-ЗА

- 1)+ нарушения мочеиспускания
- 2) натуживания при затрудненной дефекации
- 3) беременности и родов
- 4) тяжелого физического труда

125. ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ УДЕРЖИВАЮТСЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ

- 1)+ продольной мышцей подслизистого слоя прямой кишки
- 2) циркулярной мускулатурой прямой кишки
- 3) мышцами, поднимающими задний проход
- 4) мышцами анального канала

126. УПРАЖНЕНИЕ КЕГЕЛЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ укрепления мышц тазового дна
- 2) уменьшения внутрибрюшного давления
- 3) укрепления мышц передней брюшной стенки
- 4) стимуляция полового нерва

127. ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ТРОМБООБРАЗОВАНИЕ РАНЬШЕ ВСЕГО НАЧИНАЕТСЯ В

- 1)+ кавернозных тельцах
- 2) морганиевых криптах
- 3) венах подслизистого слоя
- 4) сосудах слизистой оболочки прямой кишки

128. В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИИ

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 5

129. КАКОЙ АВТОР ПРЕДЛОЖИЛ ОПЕРАЦИЮ ЦИРКУЛЯРНОГО ИССЕЧЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ВМЕСТЕ С ГЕМОРРОИДАЛЬНЫМИ УЗЛАМИ?

- 1)+ Whitehead
- 2) Longo
- 3) Goligher
- 4) Milligan-Morgan

130. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса
- 2) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с присоединением воспаления
- 3) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи
- 4) выпадением внутреннего геморроидального узла

131. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ полный внутренний свищ прямой кишки
- 2) кровотечение
- 3) тромбоз
- 4) анальный зуд

132. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проктография
- 2) колоноскопия
- 3) пальцевое исследование прямой кишки
- 4) осмотр промежности

133. ПОСТОЯННОЕ ВЫПАДЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ И НЕВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ВПРАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ С ВИЗУАЛЬНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ

- 1)+ 4 Б
- 2) 4 А
- 3) 2
- 4) 1

134. МИКРОСКОПИЧЕСКИ ГЕМОРРОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ гиперплазией кавернозных телец
- 2) варикозным расширением вен
- 3) ангиодисплазией
- 4) тромбофлебитом

135. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сосудистый
- 2) воспалительный
- 3) травматический
- 4) нейрогенный

136. СИНОНИМОМ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прокталгия
- 2) люмбаго
- 3) ишиас
- 4) синдром хронической тазовой боли

137. КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ?

- 1)+ внутренний и наружный сфинктер, внутреннее геморроидальное сплетение до зубчатой линии, анатомический анальный канал
- 2) внутренний и наружный сфинктер, внутреннее геморроидальное сплетение до зубчатой линии
- 3) внутреннее геморроидальное сплетение до зубчатой линии, анатомический анальный канал
- 4) внутренний и наружный сфинктер, анатомический анальный канал

138. ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ УЛУЧШЕНИЕ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 75
- 2) 40
- 3) 90
- 4) 20

139. АНОКОПЧИКОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- 1)+ женщин, старше 50 лет
- 2) мужчин, старше 50 лет
- 3) мужчин 30-40 лет
- 4) женщин 30-40 лет

140. ВЫПАДЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРРОЕ НЕОБХОДИМО ОТЛИЧАТЬ ОТ

- 1)+ выпадения прямой кишки
- 2) перианальных кондилом
- 3) анальной трещины
- 4) болезни крона

141. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

- 1)+ выделение алой крови
- 2) анальный зуд
- 3) боль после дефекации
- 4) чувство неполного опорожнения

142. ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

- 1)+ появление перианального отёка, отсутствие границы между внутренними и наружными геморроидальными узлами
- 2) затруднённое мочеиспускание
- 3) повышение температуры тела
- 4) усиление болей в области заднего прохода

143. ПОД ГЕМОРРОЕМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ патологическое увеличение геморроидальных узлов
- 2) увеличение анальных желез
- 3) выпадение слизистой прямой кишки
- 4) патологические разрастания в перианальной области

144. КРЕСТЦОВОЕ НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ЛЕЖИТ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА

- 1)+ грушевидной мышце
- 2) лонно-прямокишечной мышце
- 3) копчиковой мышце
- 4) внутренней запирательной мышце

145. ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРОЯ

- 1)+ механический фактор
- 2) характер питания
- 3) фактор трудовой деятельности
- 4) фактор хронических запоров

146. ВНУТРЕННИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1)+ над аноректальной линией
- 2) нижеаноректальной линии
- 3) на уровне межсфинктерной борозды
- 4) на уровне аноректальной линии

147. ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с присоединением воспаления
- 2) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса
- 3) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи
- 4) выпадением внутреннего геморроидального узла

148. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ механический
- 2) воспалительный
- 3) травматический
- 4) нейрогенный

149. ЗВЕНЬЯМИ, ИГРАЮЩИЕ НАИБОЛЬШУЮ РОЛЬ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ спазм мышц-леваторов
- 2) миозит и фиброзные изменения мышц передней брюшной стенки
- 3) спазм анального сфинктера
- 4) спазм толстой кишки

150. ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

- 1)+ держания
- 2) местного иммунитета
- 3) адсорбции микроэлементов
- 4) кроветворения

151. АНАТОМИЧЕСКАЯ ГРАНИЦА МЕЖДУ АНАЛЬНЫМ КАНАЛОМ И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ПРОХОДИТ ПО

- 1)+ аноректальной линии
- 2) внутренней геморроидальной борозде
- 3) линии Хилтона
- 4) анальной границе

152. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ АНОКОПЧИКОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТ ТЕРАТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств
- 2) аноскопия
- 3) ректороманоскопия
- 4) рентгенологическое исследование костей таза

153. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ 10) ОТНОСИТСЯ

- 1)+ класс XII Болезни кожи и подкожной клетчатки
- 2) класс XIII - Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
- 3) класс VI - Болезни нервной системы
- 4) класс XI - Болезни органов пищеварения

154. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цитологическое исследование биоптатов или мазков
- 2) постановка комплекса серологических реакций
- 3) молекулярно-генетические методы
- 4) иммунологическое исследование

155. СЛЕВА И СПРАВА ОТ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПОЛОСТИ ТАЗА РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1)+ мочеточники
- 2) подчревные артерии
- 3) срамные артерии
- 4) предстательная железа

156. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пальцевое исследование прямой кишки
- 2) рентгенография крестца и копчика
- 3) ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта
- 4) введение метиленового синего в первичные отверстия хода

157. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ гомосексуализм
- 2) переливание препаратов крови
- 3) УФ-облучение
- 4) переохлаждение

158. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

- 1)+ оканчивается слепо в подкожной клетчатке межъягодичной области
- 2) связан с крестцом
- 3) связан с копчиком
- 4) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца

159. ОТЛИЧИЕ ХАРАКТЕРА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ОТ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ появлении боли после дефекации
- 2) появлении боли постоянного характера
- 3) возникновении боли во время ходьбы
- 4) появлении боли до начала дефекации

160. ФАКТОРАМИ, УСИЛИВАЮЩИМИ БОЛЬ ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ длительное сидение, особенно на мягких поверхностях
- 2) прием пищи
- 3) умственное перенапряжение
- 4) длительное нахождение в положении лежа

161. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие первичных отверстий хода в межъягодичной складке
- 2) болезненность при пальпации копчика
- 3) травма копчика в анамнезе
- 4) появление гнойных свищей крестцово-копчиковой области

162. ПРОКСИМАЛЬНЕЕ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЛИНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ

- 1)+ не выявляются
- 2) выявляются в 10% случаев
- 3) выявляются в 50% случаев
- 4) выявляются в 100% случаев

163. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ ПЕРИАНАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ ИМЕЮТ ВИД

- 1)+ опухолевидных образований в виде «цветной капусты»
- 2) высыпаний пятнисто-узелкового характера, покрытых чешуйками
- 3) плотных подкожных образований желтоватого цвета
- 4) плоских белесоватых бляшек с влажной поверхностью

164. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПОДКОЖНОГО ПАРАПРОКТИТА ОТ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГНОЙНИКА, КОТОРЫЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ ниже аноректальной линии
- 2) подслизисто на уровне аноректальной линии
- 3) в глубине мягких тканей на уровне аноректальной линии
- 4) выше аноректальной линии

165. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОЦЕНИТЬ

- 1)+ состояние крестцовых и копчиковых позвонков
- 2) состояние поясничных позвонков
- 3) подвижность слизистой анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки
- 4) рубцовые изменения анального канала по задней полуокружности

166. СТАДИЕЙ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абсцедирование
- 2) гнойный свищ
- 3) рецидивирующий абсцесс
- 4) без клинических проявлений

167. КАКОЙ СЛОЙ ЭПИТЕЛИЯ ИНФИЦИРУЕТ ВПЧ?

- 1)+ базальный
- 2) роговой
- 3) шиповатый
- 4) зернистый

168. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

- 1)+ половой
- 2) контактно-бытовой
- 3) воздушно-капельный
- 4) трансмиссивный

169. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ пальцевое исследование прямой кишки
- 2) ирригоскопия
- 3) ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта
- 4) функциональное исследование запирательно аппарата прямой кишки

170. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕСТИ

- 1)+ наружный осмотр с разведением перианальных складок
- 2) пальцевое исследование
- 3) осмотр с помощью аноскопа
- 4) осмотр с помощью ректального зеркала

171. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ

- 1)+ верхней прямокишечной артерии
- 2) средней геморроидальной артерии
- 3) нижней геморроидальной артерии
- 4) внутренней срамной артерии

172. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ ПЕРИАНАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ ВЫЗЫВАЮТСЯ

- 1)+ вирусом папилломы человека
- 2) актиномицетой
- 3) бледной спирахетой
- 4) клостридией

173. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ ПЕРИАНАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль Бушке-Левенштейна
- 2) рак Педжета
- 3) контагиозный моллюск
- 4) болезнь Боуэна

174. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА МОГУТ БЫТЬ

- 1)+ боль в области копчика
- 2) болезненные инфильтраты в клетчатке крестцово-копчиковой области
- 3) периодические ноющие боли в области поясницы
- 4) чувство инородного тела в прямой кишке

175. НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК

- 1)+ нормальное явление после операции
- 2) 1-ю степень недостаточности анального сфинктера
- 3) 2-ю степень недостаточности анального сфинктера
- 4) 3-ю степень недостаточности анального сфинктера

176. КРЕМАСТЕРНЫЕ РЕФЛЕКСЫ И РЕФЛЕКСЫ С ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ до всех видов исследования, включая пальцевое
- 2) после пальцевого исследования прямой кишки
- 3) после аноскопии
- 4) если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера

177. НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ И ЖИДКОГО КАЛА ЧЕРЕЗ 5 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК

- 1)+ 2-ю степень недостаточности анального сфинктера
- 2) нормальное явление после операции
- 3) 1-ю степень недостаточности анального сфинктера
- 4) 3-ю степень недостаточности анального сфинктера

178. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- 2) развитие кокцигодинии
- 3) остеомиелит крестца
- 4) остеомиелит копчика

179. НЕИЗМЕНЁННЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика
- 2) дермоидную кисту
- 3) эпидермоидную кисту
- 4) эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос

180. ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ ПОЗАДИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА МЕЖДУ ПОДКОЖНОЙ ПОРЦИЕЙ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА И МЕСТОМ ПРИКРЕПЛЕНИЯ К КОПЧИКУ МЫШЦЫ ПОДНИМАТЕЛЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ постанальное
- 2) ретроректальное
- 3) ишиоректальное
- 4) пельвиоректальное

181. ОТЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ОТ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ наличии свищевого отверстия
- 2) диареи
- 3) выделении алой крови в конце дефекации
- 4) наличии боли в нижних отделах живота

182. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) аноскопия
- 4) у женщин осмотр шейки матки

183. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНОКОПЧИКОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ рентгенологическое исследование крестцо-вокопчиковой области
- 2) ультразвуковое исследование крестцово-копчиковой области
- 3) проктография
- 4) компьютерная томография органов малого таза

184. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ ГНОЙНЫЕ СВИЩИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ ЭТОМ САМ КОПЧИК

- 1)+ как правило, не вовлекается в процесс
- 2) всегда вовлекается в воспалительный процесс
- 3) приобретает патологическую подвижность
- 4) поражается всегда, если этому предшествовал ушиб крестцово-копчиковой области

185. КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО, ОГРАНИЧЕННОЕ ИЗНУТРИ И СВЕРХУ МЫШЦАМИ ПОДНИМАТЕЛЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, А СНАРУЖИ ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЕЙ И СЕДАЛИЩНЫМ БУГРОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ ишиоректальным пространством
- 2) межмышечным пространством
- 3) подкожным клетчаточным пространством
- 4) ретроректальным пространством

186. ИДИОПАТИЧЕСКИМ АНАЛЬНЫЙ ЗУД НАЗЫВАЮТ

- 1)+ если не удастся установить его причину
- 2) если он возникает у пациентов с сахарным диабетом
- 3) если он вызывается патогенной флорой
- 4) если он аллергического характера

187. НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРЯМОЙ КИШКИ ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЯМИ НЕРВА

- 1)+ срамного
- 2) промежностного
- 3) тазового
- 4) запирающего

188. ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО У ПАЦИЕНТА ИСКЛЮЧИТЬ

- 1)+ ВИЧ-инфекцию
- 2) сифилис
- 3) хламидиоз
- 4) гонорею

189. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 1-2
- 2) 4-5
- 3) 10
- 4) 15

190. ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В СОЧЕТАНИИ С ЗАПОРАМИ, ПОЯВЛЕНИЕ СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ, СКУДНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ АЛОЙ КРОВИ СО СТУЛОМ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ острой анальной трещины
- 2) свища прямой кишки
- 3) геморроя
- 4) рака прямой кишки

191. НЕРВОМ, НЕ ВХОДЯЩИЙ В СОСТАВ ПОЯСНИЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ седалищный нерв
- 2) запирающий нерв
- 3) бедренно-половой нерв
- 4) наружный кожный нерв бедра

192. АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ИННЕРВИРУЕТСЯ

- 1)+ крестцовыми нервами
- 2) нервами тазового сплетения
- 3) нервами брюшного аортального сплетения
- 4) нервами верхнего брыжеечного сплетения

193. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА МОГУТ БЫТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- 1)+ в области межягодичной складки появляется болезненный инфильтрат
- 2) гной выделяется, в основном, из прямой кишки
- 3) отмечается отек и гиперемия кожи в перианальной области
- 4) из вторичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения

194. НАИБОЛЕЕ УДОБНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЛЯ ОСМОТРА БОЛЬНОГО С АНОКОПЧИКОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коленно-локтевое положение и в положении больного на спине в гинекологическом кресле
- 2) на правом или левом боку
- 3) на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- 4) по Депажу

195. ОСНОВНЫМ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уплотнение замыкательной пластины
- 2) дополнительная костная тень, связанная с костью более или менее широким основанием
- 3) обнаружение дефекта в позвонках
- 4) сколиоз поясничного отдела позвоночника

196. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКООНКОГЕННЫМ ТИПОМ ВПЧ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ВПЧ 16,18 типа
- 2) ВПЧ 6, 11 типа
- 3) ВПЧ 31, 35 типа
- 4) ВПЧ 42, 43 типа

197. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аноскопия
- 2) колоноскопия
- 3) ТРУЗИ
- 4) МРТ малого таза

198. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА АБСЦЕСС, КАК ПРАВИЛО, РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ под кожей крестцово-копчиковой области
- 2) в пресакральном пространстве
- 3) в перианальной области
- 4) всегда только в самом ходе

199. ЗУД В ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В ВЕЧЕРНЕЕ И НОЧНОЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ энтеробиоза
- 2) сахарного диабета
- 3) почечной недостаточности
- 4) заболеваний печени

200. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РЕКТОМАНОСКОПИИ СЛУЖИТ

- 1)+ атрезия заднего прохода
- 2) наличие анальной трещины
- 3) травма прямой кишки
- 4) кишечное кровотечение

201. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ пектеноз
- 2) выраженные рубцовые изменения краев анальной трещины
- 3) сторожевой бугорок
- 4) фиброзный полип анального канала

202. ПАТОГЕНЕЗ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВЯЗАН С

- 1)+ особенностями ангиоархитектоники аноректальной зоны
- 2) диссинергией мышц тазового дна
- 3) повышением тонуса наружного сфинктера
- 4) нарушением эвакуаторной функции прямой кишки

203. МОКНУЩИЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ЯЗВОЧКИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ герпеса
- 2) сифилиса
- 3) ВПЧ
- 4) болезни Крона

204. БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ плоскоклеточный рак
- 2) остроконечные кондиломы
- 3) хронический дерматоз
- 4) меланому

205. КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ХРОНИЧЕСКАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ язве
- 2) пустуле
- 3) эрозии
- 4) папуле

206. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПРИ ИССЕЧЕНИИ СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ рецидивный характер свища
- 2) мужской пол
- 3) сопутствующие заболевания
- 4) наружный и внутренний геморрой 3 стадии

207. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1)+ в пределах анатомических границ анального канала
- 2) на перианальной коже
- 3) в нижеампулярном отделе прямой кишки
- 4) в пределах хирургических границ анального канала

208. В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+ спазму внутреннего сфинктера
- 2) затруднённого венозного оттока
- 3) ректальным кровотечениям
- 4) спазму наружного сфинктера

209. ВНУТРЕННЕЕ СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВЫШЕ ЗУБЧАТОЙ ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1)+ высоких
- 2) интрасфинктерных
- 3) трансфинктерных
- 4) подкожно-подслизистых

210. АНАЛЬНЫЙ ЗУД БЫВАЕТ

- 1)+ чаще у мужчин
- 2) чаще у женщин
- 3) чаще у детей
- 4) не зависимо от пола

211. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ механического повреждения анодермы при запорах или поносах
- 2) распада воспалительного инфильтрата
- 3) распада опухолевого инфильтрата
- 4) выпадения геморроидальных узлов

212. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- 1)+ задней стенке анального канала
- 2) передней стенке анального канала
- 3) 3 часах по циферблату
- 4) 9 часах по циферблату

213. К ГНОЙНОМУ ВОСПАЛЕНИЮ АПОКРИНОВЫХ ЖЕЛЕЗ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ОТНОСЯТ

- 1)+ гидраденит
- 2) криптит
- 3) пилонидальную кисту
- 4) парапроктит

214. ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА АНОДЕРМЫ РАСПРОСТРАНЯЮЩЕГОСЯ НА ПЕРИАНАЛЬНУЮ КОЖУ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ рак анального канала
- 2) дивертикулёз толстой кишки
- 3) синдром раздраженного кишечника
- 4) хронический парапроктит

215. ДЛЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ отсутствуют рубцовых изменений в области внутреннего отверстия
- 2) в области внутреннего отверстия имеются рубцы
- 3) внутреннее отверстие широкое
- 4) наличие воспалительных инфильтратов в параректальной клетчатке

216. РАК ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИМЕЕТ ВИД

- 1)+ эритематозного пятна с участками экземоподобных изменений кожи, покрытых чешуйками
- 2) высыпаний пятнисто-узелкового характера, покрытых чешуйками
- 3) опухолевидных образований в виде «цветной капусты»
- 4) широкой язвы, покрытой фибрином

217. ДЛЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

- 1)+ во время и после дефекации
- 2) постоянные
- 3) через 2 часа после дефекации
- 4) до дефекации

218. ПЛОСКИЕ КОНДИЛОМЫ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ сифилиса
- 2) туберкулеза
- 3) актиномикоза
- 4) болезни Крона

219. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АНАЛЬНОГО ЗУДА ОТНОСЯТ

- 1)+ пиодермию
- 2) малигнизацию
- 3) кровотечение
- 4) дегенеративные изменения кожи

220. СИФИЛИТИЧЕСКИЕ КОНДИЛОМЫ ВЫГЛЯДЯТ В ВИДЕ

- 1)+ плоских белесоватых бляшек с влажной поверхностью
- 2) опухолевидных образований в виде «цветной капусты»
- 3) высыпаний пятнисто-узелкового характера, покрытых чешуйками
- 4) плотных подкожных образований желтоватого цвета

221. СВИЩИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА КЛАССИФИЦИРУЮТ ПО

- 1)+ локализации свищевого хода
- 2) обсемененности свищевого хода
- 3) расположению наружного свищевого отверстия
- 4) количеству наружных свищевых отверстий

222. ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ СВИЩ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ свищу высокого уровня огибающий снаружи сфинктер заднего прохода
- 2) свищу проходящему через подкожную порцию анального сфинктера
- 3) свищевому ходу проходящему через глубокую порцию анального сфинктера
- 4) свищу проходящему через поверхностную порцию анального сфинктера

223. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИНЫ ПРОМЕЖНОСТНОЙ ФОРМЫ ЭКТОПИИ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ КАКИХ-ЛИБО ЖАЛОБ ВРАЧУ-КОЛОПРОКТОЛОГУ НЕОБХОДИМО

- 1)+ предупредить пациентку о данном состоянии, без каких-либо рекомендаций по лечению
- 2) порекомендовать хирургическое лечение в течение ближайших 3 месяцев после диагностики данного состояния
- 3) порекомендовать хирургическое лечение в течение ближайших 6-12 месяцев после диагностики данного состояния
- 4) порекомендовать проведение регулярных курсов электростимуляции анального сфинктера

224. ДЛЯ ИНТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие короткого свищевого хода
- 2) наличие гнойных полостей
- 3) наличие подковообразного свищевого хода
- 4) наличие длинного извитого хода

225. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ свищ прямой кишки
- 2) выраженные рубцовые изменения краев анальной трещины
- 3) сторожевой бугорок
- 4) фиброзный полип анального канала

226. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АТЕРОМЫ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ УЗ-диагностика
- 2) МРТ малого таза
- 3) КТ малого таза
- 4) соскоб с периаанальной кожи

227. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОСЛОЖНЁННОЙ СВИЩЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расположение внутреннего свищевого отверстия в анальном канале
- 2) чрезсфинктерный свищевой ход
- 3) экстрасфинктерный свищевой ход
- 4) спазм внутреннего сфинктера

228. ПРИ ОТСУТСТВИИ СПАЗМА СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ неполный внутренний свищ прямой кишки
- 2) рак толстой кишки
- 3) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 4) полипоз толстой кишки

229. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1)+ на границе дермы и подкожной клетчатки
- 2) в дерме
- 3) в подкожной клетчатке
- 4) в слизистой прямой кишки

230. КАКУЮ ФОРМУ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА У ЖЕНЩИН МОЖНО ПЕРЕПУТАТЬ С ЭКТОПИЕЙ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ?

- 1)+ атрезию заднего прохода со свищем во влагалище
- 2) атрезию заднего прохода без свищей
- 3) атрезию заднего прохода со свищем в мочевого пузырь
- 4) атрезию заднего прохода со свищем в уретру

231. ПОД ТЕРМИНОМ НЕПОЛНЫЙ ВНУТРЕННИЙ СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ свищ прямой кишки с отсутствием наружного свищевого отверстия
- 2) экстрасфинктерный свищ
- 3) интрасфинктерный свищ
- 4) трансфинктерный свищ

232. ВОРСИНЧАТЫЕ АДЕНОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ____ КИШКЕ

- 1)+ прямой кишке и сигмовидной
- 2) сигмовидной кишке и нисходящей
- 3) поперечно-ободочной кишке и восходящей
- 4) восходящей кишке и сигмовидной

233. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ВСЕМ БОЛЬНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аноректальная манометрия
- 2) колоноскопия
- 3) эндоректальная ультрасонография
- 4) РРС

234. ПРИ ДЕФЕКТЕ АНОДЕРМЫ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕГОСЯ НА НИЖНЕАМПУЛЯРНЫЙ ОТДЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ рак прямой кишки
- 2) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 3) хронический парапроктит
- 4) полипоз толстой кишки

235. КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ОСТРАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ эрозии
- 2) пустуле
- 3) папуле
- 4) язве

236. АНАЛЬНЫЙ ЗУД ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА

- 1)+ мочевины, выделяющейся потовыми железами
- 2) наличия в моче ацетона
- 3) повышения pH в дистальном отделе толстой кишки до 8,0-10,0
- 4) полиурии, глюкозурии

237. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ БЕЗОТЛАГАТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ снижение уровня гемоглобина в крови
- 2) дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- 3) жалобы на периодический метеоризм
- 4) острое начало заболевания

238. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ЭКТОПИИ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАНО С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1)+ воспалительных заболеваний урогенитальной сферы
- 2) онкологических заболеваний урогенитальной сферы
- 3) синдрома опущения органов малого таза
- 4) острого парапроктита

239. АНАЛЬНЫЙ ЗУД ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ за счет повышения pH в дистальном отделе толстой кишки до 8,0-10,0
- 2) за счет снижения pH в дистальном отделе толстой кишки до 1,0-2,0
- 3) при нейтральном pH в дистальном отделе толстой кишки
- 4) не зависимо от изменения pH в дистальном отделе толстой кишки

240. ДЛЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ХАРАКТЕРНЫ ВЫДЕЛЕНИЯ КРОВИ

- 1)+ в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- 2) перемешанной с кишечным содержимым
- 3) алого цвета капельные или струйные после дефекации
- 4) черного цвета (мелена)

241. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ИГРАЕТ

- 1)+ ишемия анодермы
- 2) затруднённый отток венозной крови
- 3) ректальное кровотечение
- 4) наличие анального зуда и мацерации

242. В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ УЧАСТВУЕТ

- 1)+ снижение плотности капилляров в анодерме
- 2) диссинергия мышц тазового дна
- 3) повышение тонуса наружного сфинктера
- 4) нарушение эвакуаторной функции прямой кишки

243. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЯЗВ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ широкое основание и отсутствие грануляционной ткани
- 2) широкое основание и наличие грануляционной ткани
- 3) узкое основание и отсутствие грануляционной ткани
- 4) узкое основание и наличие грануляционной ткани

244. ПОД АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ линейный дефект эпителия в анальном канале
- 2) дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
- 3) криптит
- 4) воспаление параректальной клетчатки

245. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аноректальная манометрия высокого разрешения
- 2) рентгенологическая дефекография
- 3) магнитно-резонансная дефекография
- 4) трансректальное ультразвуковое исследование

246. ДЛЯ ОСМОТРА БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ коленно-локтевое и положение больного на спине в гинекологическом кресле
- 2) на животе с приподнятым тазом, опущенными и разведенными в стороны ногами
- 3) на правом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- 4) на левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу

247. ТИПИЧНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ боль и мокнущие «прыщи»
- 2) выделение гноя при дефекации
- 3) выделение крови при дефекации
- 4) зуд в перианальной области

248. АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРАДАЮТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 30-50
- 2) 18-30
- 3) более 70
- 4) 50-70

249. АТЕРОМА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ВЫГЛЯДИТ КАК

- 1)+ плотные округлые подкожные образования желтоватого цвета
- 2) опухолевидные разрастания по-типу «цветной капусты»
- 3) высыпания пятнисто-узелкового характера, покрытые чешуйками
- 4) плоские белесоватые бляшки с влажной поверхностью

250. АНАЛЬНЫЙ ЗУД ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптомом какого-либо заболевания
- 2) идиопатическим
- 3) самостоятельным заболеванием
- 4) следствием нервно-психического расстройства

251. ЕСЛИ ДЕФЕКТ АНОДЕРМЫ У БОЛЬНОГО АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ болезнь Крона
- 2) синдром раздраженного кишечника
- 3) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 4) хронический парапроктит

252. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ прокталгию
- 2) сифилис
- 3) полип анального канала
- 4) нейродермит

253. К ОДНОМУ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОТНОСЯТ

- 1)+ воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- 2) развитие кокцигодинии
- 3) озлокачествление хода
- 4) свищи прямой кишки

254. О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2 месяцев
- 2) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 3) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 4) наличие анального зуда и мацерации

255. ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ геморрой
- 2) сифилис
- 3) ВИЧ-инфекцию
- 4) нейродермит

256. О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ наличие рубцовых краев
- 2) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 3) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 4) наличие анального зуда и мацерации

257. ПОСЛЕРОДОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА

- 1)+ растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода
- 2) разрывов шейки матки
- 3) повреждения стенки влагалища
- 4) перерастяжения в родах кожи передней промежности

258. ОБ ОСТРОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ длительность заболевания менее 2 месяцев
- 2) длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2 месяцев
- 3) наличие сторожевого бугорка, рубцовых краев
- 4) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта и фиброзного полипа анального канала

259. ОСТРАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- 1)+ задней стенке анального канала
- 2) передней стенке анального канала
- 3) 3 часах по циферблату
- 4) 9 часах по циферблату

260. ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ ВИЧ-инфекцию
- 2) геморрой
- 3) прокталгию
- 4) тромбоз наружных геморроидальных узлов

261. ПОД ПАПИЛЛИТОМ ПОНИМАЮТ

- 1)+ воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
- 2) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- 3) тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- 4) воспаление «сторожевого» бугорка при хронической трещине

262. ДЛЯ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

- 1)+ во время дефекации
- 2) постоянные
- 3) после дефекации
- 4) до дефекации

263. ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ солитарную язву прямой кишки
- 2) сифилис
- 3) нейродермит
- 4) ВИЧ-инфекцию

264. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие свищевого отверстия
- 2) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 3) наличие болей внизу живота
- 4) диарея

265. ПРИ ИШИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ГНОЙНИК РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЛИНИИ

- 1)+ на уровне или выше
- 2) ниже
- 3) в зависимости от расположения поражённой крипты
- 4) в зависимости от конституции больного

266. ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ травмы прямой кишки
- 2) прокталгию
- 3) сифилис
- 4) нейродермит

267. О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ фиброзный полип анального канала
- 2) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 3) наличие анального зуда и мацерации
- 4) нарушение эвакуаторной функции прямой кишки

268. ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В РОДАХ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ при разрыве промежности 3 степени
- 2) при разрыве промежности 1 степени
- 3) при разрыве промежности 2 степени
- 4) во время перинеотомии

269. К ПРИЧИНАМ ПЕРВИЧНОГО АНАЛЬНОГО ЗУДА ОТНОСЯТ

- 1)+ несоблюдение гигиены
- 2) сахарный диабет
- 3) глистную инвазию
- 4) гепатит и пиелонефрит

270. ВНУТРЕННИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1)+ над аноректальной линией
- 2) ниже аноректальной линии
- 3) на уровне межсфинктерной борозды
- 4) на уровне аноректальной линии

271. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КЛОСТРИДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от нескольких часов до 3-4 суток
- 2) 2-6 суток
- 3) 3-7 суток
- 4) 4-8 суток

272. ЕСЛИ ДЕФЕКТ АНОДЕРМЫ У БОЛЬНОГО АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА КОЖУ ПРОМЕЖНОСТИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ первичный сифилис
- 2) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 3) хронический парапроктит
- 4) полипоз толстой кишки

273. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСПОЛОЖЕНО

- 1)+ в морганиевой крипте
- 2) на линии Хилтона
- 3) в нижеампулярном отделе прямой кишки
- 4) в вышеампулярном отделе прямой кишки

274. НАЛИЧИЕ ВЫРАЖЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ псориаза
- 2) анальной трещины
- 3) острого парапроктита
- 4) осложненных каудальных тератом

275. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТЕЙ ТАЗА СЛЕДУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВЕСТИ ПРИ

- 1)+ обширном повреждении промежности
- 2) малейших признаках повреждения прямой кишки
- 3) разрыве промежности в родах
- 4) повреждении анального канала

276. АНАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1)+ в толще внутреннего сфинктера
- 2) внутри морганиевых крипт
- 3) в параректальной клетчатке
- 4) в толще наружного сфинктера

277. ПРИ ОСТРОМ ИШИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ГНОЙНЫЙ ХОД РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СФИНКТЕРУ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

- 1)+ чаще всего транссфинктерно
- 2) только экстрасфинктерно
- 3) всегда кнутри от сфинктера
- 4) транссфинктерно и экстрасфинктерно

278. ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ сифилис
- 2) геморрой
- 3) прокталгию
- 4) тромбоз наружных геморроидальных узлов

279. МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА СПАЗМ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие ультрамедленных волн
- 2) понижение среднего давления в анальном канале в покое
- 3) понижение максимального давления в анальном канале в покое
- 4) наличие ультрабыстрых волн

280. ПОД ОСТРОЙ ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПОНИМАЮТ

- 1)+ дефект слизистой анального канала, часто с повреждением мышечной оболочки
- 2) воспаление параректальной клетчатки
- 3) дефект слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки
- 4) криптит

281. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИХ АНАЭРОБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неприятный зловонный запах отделяемого
- 2) густой экссудат белого цвета
- 3) некротическое изменение малого объема, менее 20 см²
- 4) субфебрильная температура

282. ОСЛОЖНЕНИЕМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспаление
- 2) кишечная непроходимость
- 3) кровотечение
- 4) малигнизация

283. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подкожный
- 2) подслизистый
- 3) ишиоректальный
- 4) пельвиоректальный

284. ПРИ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ОТСУТСТВУЕТ

- 1)+ анальный (сторожевой) бугорок
- 2) болевой синдром
- 3) мышечная ткань на дне дефекта
- 4) фибрин на раневой поверхности

285. ВОВЛЕЧЕНИЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ПРИ

- 1)+ пельвиоректальном парапроктите
- 2) всех видах парапроктита
- 3) ишиоректальном парапроктите
- 4) подслизистом парапроктите

286. ОБ ОСТРОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 2) наличие сторожевого бугорка, рубцовых краев
- 3) длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2 месяцев
- 4) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта и фиброзного полипа анального канала

287. В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСОБЕННО ТРУДНА ДИАГНОСТИКА _____ ПАРАПРОКТИТА

- 1)+ пельвиоректального
- 2) подкожного
- 3) подслизистого
- 4) ишиоректального

288. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аноректальная профилометрия
- 2) колоноскопия
- 3) ректороманоскопия
- 4) аноскопия

289. ПРИ ПОДКОЖНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ГНОЙНИК РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ ниже аноректальной линии
- 2) выше аноректальной линии
- 3) на уровне аноректальной линии
- 4) в зависимости от величины абсцесса

290. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА АБСЦЕСС РАСПОЛАГАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ под кожей крестцово-копчиковой области
- 2) в пресакральном пространстве
- 3) в ишиоректальном клетчаточном пространстве
- 4) всегда только в самом ходе

291. РАНЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ЧАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАШЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1)+ перитонитом
- 2) парапроктитом
- 3) недостаточностью анального сфинктера
- 4) кровотечением из параректальной клетчатки

292. НАЛИЧИЕ ДЕФЕКТА АНОДЕРМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ идиопатического анокопчикового болевого синдрома
- 2) сифилиса
- 3) нейродермита
- 4) ВИЧ-инфекции

293. ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИМИ АНАЭРОБАМИ

- 1)+ эндогенные
- 2) экзогенные
- 3) трансмиссивные
- 4) контагиозные

294. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ острый парапроктит
- 2) сифилис
- 3) геморрой
- 4) полип анального канала

295. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

- 1)+ оканчивается слепо в подкожной клетчатке межъягодичной области
- 2) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
- 3) расположен под крестцовой фасцией
- 4) связан с крестцом

296. НАЛИЧИЕ АНОРЕКТАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ прокталгии
- 2) анальной трещины
- 3) ВЗК
- 4) рака анального канала

297. ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1)+ нейродермит
- 2) геморрой
- 3) прокталгию
- 4) тромбоз наружных геморроидальных узлов

298. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- 1)+ из прямой кишки
- 2) гематогенным путём
- 3) лимфогенным путём
- 4) из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

299. О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ сторожевой бугорок
- 2) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 3) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 4) нарушение эвакуаторной функции прямой кишки

300. О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта
- 2) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 3) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 4) спазм внутреннего сфинктера

301. К ПОВЕРХНОСТНЫМ ФОРМАМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ подкожные и подслизистые
- 2) ишиоректальные
- 3) пельвиоректальные
- 4) межмышечные

302. НАИМЕНЬШАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА

- 1)+ стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем
- 2) на левом боку с приведёнными к животу коленями
- 3) в коленно-локтевом положении
- 4) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения)

303. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ АНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гистологическое строение
- 2) отсутствие выраженной ножки
- 3) расположение на уровне аноректальной линии
- 4) расположение выше уровня аноректальной линии

304. КРИПТИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1)+ в морганиевых криптах
- 2) в морганиевых синусах
- 3) в анальных сосочках
- 4) перианальной кожи

305. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке
- 2) наличие свищей крестцово-копчиковой области
- 3) рецидивирующее воспаление в области крестца
- 4) обильный волосяной покров у пациента

306. ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО _____ ФОРМЕ ГЕМОРРОЯ

- 1)+ только при хронической
- 2) при хронической и острой, с тромбозом внутреннего геморроидального узла
- 3) при хронической и острой, с тромбозом наружного геморроидального узла
- 4) только при острой

307. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ

- 1)+ 2,3
- 2) 1,2
- 3) 3,4
- 4) 1,2,3,4

308. К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ лигирование латексными кольцами
- 2) подслизистая геморроидэктомия
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

309. К СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ лауромакрогол
- 2) натрия альгинат
- 3) трибенозид
- 4) раствор фенола

310. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОЗИРОВАНИЮ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый парапроктит
- 2) комбинированный геморрой 3 стадии, осложненным анемией средней степени тяжести (НВ 89-70 г/л)
- 3) внутренний геморрой 2 стадии
- 4) внутренний геморрой 1 стадии

311. КАКОЙ АВТОР ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ ШОВНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ?

- 1)+ Morinaga
- 2) Брайцев
- 3) Goligher
- 4) Swash

312. К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ инфракрасная коагуляция
- 2) подслизистая геморроидэктомия
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

313. НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ постоянная боль
- 2) выделение крови при дефекации
- 3) выпадение геморроидальных узлов
- 4) зуд в области заднего прохода

314. ПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутренний геморрой 2 стадии
- 2) тромбоз наружных геморроидальных узлов
- 3) тромбоз внутренних геморроидальных узлов
- 4) комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами

315. НА КАКОМ УРОВНЕ И В КАКОЙ СЛОЙ ПРАВИЛЬНО ВВОДИТЬ ИГЛУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКЛЕРОТЕРАПИИ?

- 1)+ проксимальнее зубчатой линии в кавернозную ткань геморроидального узла
- 2) проксимальнее зубчатой линии в гладкомышечный слой прямой кишки
- 3) на уровне зубчатой линии в мышечную ткань наружного сфинктера
- 4) дистальнее зубчатой линии под слизистую анального канала

316. ПОКАЗАНИЕМ К ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ СЛУЖИТ

- 1)+ кровоточащий внутренний геморрой 1-2 стадии
- 2) комбинированный геморрой без кровотечений
- 3) только внутренний геморрой 3 стадии
- 4) геморрой в любой стадии

317. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ ТРОМБОЗЕ НАРУЖНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С НАЛИЧИЕМ ПЕРИАНАЛЬНОГО ОТЕКА И НЕКРОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ после наружного осмотра назначить консервативную терапию
- 2) для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома
- 3) после пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию
- 4) после наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала

318. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИГИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ?

- 1)+ геморрой 2 ст
- 2) тромбоз
- 3) анальная трещина
- 4) отсутствие границ между внутренними геморроидальными узлами

319. ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРОИЗВОДИТСЯ НА

- 1)+ уровне 2-4 см выше зубчатой линии
- 2) уровне зубчатой линии
- 3) 5-6 см выше зубчатой линии
- 4) 0,5-1 см проксимальнее зубчатой линии

320. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анальная трещина
- 2) комбинированный геморрой с четкой границей между внутренними и наружными
- 3) внутренний геморрой 2 стадии
- 4) внутренний геморрой 1 стадии

321. НА КАКОМ УРОВНЕ ОТ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ ПРОИЗВОДЯТ ПЕРЕВЯЗКУ ВЕТВЕЙ ВЕРХНЕЙ ПРЯМОКИШЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ?

- 1)+ от 2 до 4 см
- 2) более 4 см
- 3) 0,5 см
- 4) 1 см

322. ОБЪЁМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА, ВВОДИМОГО В ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЙ УЗЕЛ

- 1)+ зависит от размера узла
- 2) равен 0,2 мл
- 3) равен 4 мл
- 4) равен 5 мл

323. ГОРМОНАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ, ВОЗНИКШЕЕ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ДОЗЫ ГКС, ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ИСХОДНОГО УЛУЧШЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ; ИЛИ ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ В ТЕЧЕНИЕ ____ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГКС

- 1)+ 3; 3
- 2) 1; 1
- 3) 6; 6
- 4) 12; 12

324. МЕТОДИКА HAL-RAR ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ дезартеризации геморроидальных артерий с лифтингом и фиксацией узлов
- 2) дезартеризации геморроидальных артерий
- 3) лифтинге и фиксации узлов
- 4) резекции геморроидальных узлов

325. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ГЕМОРРОЙ

- 1)+ 2-4 ст
- 2) 2-3 ст с хронической анальной трещиной
- 3) 1 ст
- 4) 3 ст с задним неполным внутренним свищом прямой кишки

326. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО 2-3 СТАДИЯМИ ГЕМОРРОЯ СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ дезартеризация узлов с мукопексией
- 2) консервативная терапия
- 3) склеротерапия
- 4) открытая геморроидэктомия

327. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОЗИРОВАНИЮ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый геморрой
- 2) наружный и внутренний геморрой 3 стадии, осложненным анемией средней степени тяжести (НВ 89 г/л)
- 3) внутренний геморрой 2 стадии
- 4) внутренний геморрой 1 стадии

328. ВЫПОЛНЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО _____ СТАДИИ/СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

- 1)+ только при 1 и 2
- 2) при 1 и 3
- 3) только при 3 и 4
- 4) только при 3

329. РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ УЗЛОВ И ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ после ликвидации периаанального отёка
- 2) срочно при выявлении острого тромбоза
- 3) только через 2 месяца после консервативного лечения
- 4) только через 1 месяц после консервативного лечения

330. ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ НЕ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ антагонистов серотониновых рецепторов
- 2) флеботонических препаратов
- 3) противовоспалительной терапии
- 4) тромболитической терапии

331. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛИ

- 1)+ снижения артериального давления
- 2) профилактики обострений при хроническом течении
- 3) предотвращение осложнений
- 4) купирования симптомов

332. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами
- 2) комбинированный геморрой с четкой границей между внутренними и наружными узлами
- 3) внутренний геморрой 2 стадии
- 4) внутренний геморрой 1 стадии

333. ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА С ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ СРОЧНАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ показана при осложнениях в виде парапроктита, кровотечения
- 2) показана у молодых пациентов, при повторных случаях тромбоза
- 3) показана при сильных болях
- 4) показана всегда

334. КАКОЙ ТИП СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА НЕ ОТНОСИТСЯ К ДЕТЕРГЕНТАМ?

- 1)+ раствор фенола
- 2) тромбовар
- 3) этоксисклерол
- 4) фибровейн

335. ПРИ ТРОМБОЗЕ С ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЕКОМ НУЖНО ОТСРОЧИТЬ ОПЕРАЦИЮ ИЗ-ЗА

- 1)+ отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений
- 2) опасности тромбоземболии
- 3) выраженных болей в области заднего прохода
- 4) невозможности ушить раны наглухо

336. К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ склерозирование узла
- 2) подслизистая геморроидэктомия
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

337. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЛЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 75-89
- 2) 30-40
- 3) 90
- 4) 100

338. ПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутренний геморрой 1-2 стадии
- 2) комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными геморроидальными узлами
- 3) тромбоз внутренних геморроидальных узлов
- 4) тромбоз наружных геморроидальных узлов

339. ПРИ ЛИГИРОВАНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ, ЧАЩЕ, ЧЕМ ПРИ ДРУГИХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОИСХОДИТ

- 1)+ тромбоз наружных геморроидальных узлов
- 2) парез желудочно-кишечного тракта
- 3) рефлексорная задержка мочи
- 4) развитие слабости сфинктера

340. К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ дезартеризация геморроидального узла
- 2) подслизистая геморроидэктомия
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

341. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЫБРАТЬ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 3 СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННЫМ АНЕМИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (НВ 70-89Г/Л)?

- 1)+ склеротерапию
- 2) дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов с мукопексией
- 3) подслизистую геморроидэктомию
- 4) открытую геморроидэктомию

342. КАКИМ СВОЙСТВОМ НЕ ОБЛАДАЮТ ФЛЕБОТОНИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ?

- 1)+ гемостатическое действие
- 2) стимуляция венозного и лимфатического кровотока
- 3) купирование воспаления
- 4) повышение венозного тонуса, устранение микроциркуляторных расстройств

343. К ПРОТИВПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ воспалительные заболевания аноректальной области
- 2) внутренний геморрой 3 стадии
- 3) внутренний геморрой 2 стадии
- 4) внутренний геморрой 1 стадии

344. ПРОТИВПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертоническая болезнь с частыми кризами
- 2) гиперплазия ректальных и анальных кавернозных тел
- 3) хронический панкреатит
- 4) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

345. ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ НЕ ОПРАВДАНА

- 1)+ при остром геморрое
- 2) при геморрое 4А стадии
- 3) при геморрое 4Б стадии
- 4) при геморрое 3 стадии

346. НЕДОСТАТКОМ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие болевого синдрома
- 2) невозможность применения в амбулаторных условиях
- 3) продолжительность процедуры
- 4) необходимость обезболивания при проведении процедуры

347. МУКОПЕКСИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДО

- 1)+ уровня, на 2-4 см выше зубчатой линии
- 2) уровня зубчатой линии
- 3) уровня, на 5-6 см выше зубчатой линии
- 4) уровня, на 0,5-1 см проксимальнее зубчатой линии

348. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 65-85
- 2) 30-40
- 3) 50
- 4) 95

349. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОЗИРОВАНИЮ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анальная трещина
- 2) комбинированный геморрой с четкой границей между внутренними и наружными узлами
- 3) внутренний геморрой 2 стадии
- 4) внутренний геморрой 1 стадии

350. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ 2-3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 81
- 2) 90
- 3) 60
- 4) 30-40

351. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ операция Миллигана Моргана
- 2) лигирование латексными кольцами
- 3) дезартеризация с мукопексией
- 4) склеротерапия

352. ПРИ КАКОЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ ШОВНОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗ ДОППЛЕРОМЕТРИИ?

- 1)+ внутренний геморрой 1-2 стадии
- 2) внутренний геморрой 3-4 стадии
- 3) тромбоз внутреннего геморроидального узла
- 4) наружный геморрой

353. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ применение в амбулаторных условиях
- 2) радикальность
- 3) одномоментное лигирование всех геморроидальных узлов
- 4) возможность радикального лечения на 4 стадии

354. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1)+ 1-3
- 2) более 5
- 3) менее 1
- 4) 4-5

355. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТКАМ В 3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕМОРРОЕ?

- 1)+ консервативная терапия
- 2) склеротерапия
- 3) операция Лонго
- 4) геморроидэктомия

356. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1)+ не требуется
- 2) проводится после открытой геморроидэктомии
- 3) проводится после закрытой геморроидэктомии
- 4) проводится после операции Лонго

357. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ ЦИРКУЛЯРНЫЙ СШИВАЮЩИЙ АППАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ Лонго
- 2) Миллигана-Моргана
- 3) Уайтхеда
- 4) Фергюсона

358. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕФЛЕКТОРНАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ

- 1)+ закрытой геморроидэктомии
- 2) операции Лонго
- 3) дезартеризации геморроидальных узлов
- 4) мукопексии

359. ИНФРАКРАСНАЯ ФОТОКОАГУЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ ножки геморроидального узла
- 2) зубчатой линии
- 3) крипт
- 4) линии Хилтона

360. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый парапроктит
- 2) хронический геморрой 1 стадии
- 3) хронический геморрой 2 стадии
- 4) хронический геморрой 3 стадии

361. СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В

- 1)+ ткань внутреннего геморроидального узла
- 2) подслизистый слой
- 3) мышечный слой
- 4) крипту

362. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧЕТКИХ ГРАНИЦ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ обработку 10% раствором Люголя
- 2) УЗ-исследование
- 3) МРТ малого таза
- 4) пальпацию опухоли

363. ОПЕРАЦИЯ ЛОНГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки
- 2) удалении наружных геморроидальных узлов
- 3) удалении внутренних геморроидальных узлов
- 4) склерозировании внутренних геморроидальных узлов

364. В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ интерферона альфа
- 2) криотерапии
- 3) лазерной терапии
- 4) антибактериальной терапии

365. ПОКАЗАНИЕМ К ИССЕЧЕНИЮ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С УШИВАНИЕМ РАНЫ НАГЛУХО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неосложненный эпителиальный копчиковый ход
- 2) эпителиальный копчиковый ход с инфильтратом
- 3) эпителиальный копчиковый ход со вторичным свищевым отверстием
- 4) рецидивный эпителиальный копчиковый ход

366. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие выраженного воспаления и отека окружающих тканей
- 2) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода с одним первичным и одним вторичным свищевым отверстием
- 3) неосложненный эпителиальный копчиковый ход
- 4) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода с несколькими первичными и одним или несколькими вторичными свищевыми отверстиями

367. ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ДОЛЖНЫ ВЫПОЛНЯТЬСЯ

- 1)+ в условиях операционной колопроктологического (хирургического) стационара под адекватным обезболиванием с миорелаксацией
- 2) в условиях перевязочной колопроктологического (хирургического) стационара под местным обезболиванием
- 3) в условиях операционной колопроктологического (хирургического) стационара под местным обезболиванием
- 4) если есть необходимость - в колопроктологическом (хирургическом) кабинете поликлинике под местным обезболиванием

368. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ задержка мочеиспускания
- 2) кровотечение
- 3) стриктура анального канала
- 4) недостаточность анального жома

369. КАКОЙ МЕТОД ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ НАЗЫВАЮТ ЗАКРЫТЫМ БЕСШОВНЫМ?

- 1)+ геморроидэктомии аппаратом LigaSure
- 2) геморроидэктомии Ultracision
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

370. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕКТОЦЕЛЕ 3 СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРЕННЕЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки и пластика ректовагинальной перегородки имплантом
- 2) пластика передней стенки влагалища
- 3) задняя кольпорафия
- 4) сфинктеролеваторопластика

371. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение в плановом порядке
- 2) хирургическое лечение не показано
- 3) динамическое наблюдение
- 4) хирургическое лечение в экстренном порядке

372. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПОКАЗАНО

- 1)+ как подготовка к хирургическому лечению при хроническом (в инфильтративной стадии) воспалении эпителиального копчикового хода
- 2) при остром воспалении эпителиального копчикового хода
- 3) при неосложненном эпителиальном копчиковом ходе
- 4) как подготовка к хирургическому лечению при хроническом (в стадии рецидивирующего абсцедирования) воспалении эпителиального копчикового хода

373. ПАЦИЕНТУ С 4Б СТАДИЕЙ ГЕМОРРОЯ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ радикального лечения
- 2) лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами
- 3) склеротерапии
- 4) операции Лонго

374. КАКИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА?

- 1)+ диадинамические токи
- 2) биологическую обратную связь
- 3) электростимуляцию анального сфинктера
- 4) аэроионотерапию

375. ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ОПЕРАЦИИ УШИВАНИЯ РАНЫ НАГЛУХО ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частые рецидивы заболевания
- 2) выраженный болевой синдром
- 3) длительный период заживления послеоперационной раны
- 4) нагноение послеоперационной раны

376. ПОД МАРСУПИАЛИЗАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

- 1)+ с подшиванием краев раны ко дну
- 2) с пластикой раны перемещенными лоскутами.
- 3) с ушиванием раны наглухо
- 4) без ушивания раны

377. ВО ВРЕМЯ СТЕПЛЕРНОЙ ГЕМОРРОИДОПЕКСИИ (ОПЕРАЦИЯ ЛОНГО) ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ иссечение слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки
- 2) иссечение наружных геморроидальных узлов
- 3) иссечение слизистой нижеампулярного отдела и внутренних геморроидальных
- 4) иссечение внутренних геморроидальных узлов

378. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1)+ только хирургическим
- 2) хирургическим только при осложнениях
- 3) консервативным при неосложненном течении
- 4) хирургическим у пациентов не старше 40 лет

379. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ нестероидные противовоспалительные средства
- 2) антибактериальную терапию
- 3) антикоагулянтную терапию
- 4) антисептические средства

380. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ иммуномодуляции
- 2) химиотерапии
- 3) лучевой терапии
- 4) иссечение опухоли

381. ПАЦИЕНТУ С ГЕМОРРОЕМ 3 СТАДИИ И НАЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ склеротерапии
- 2) открытая геморроидэктомия с иссечение анальной трещины
- 3) операция Лонго с иссечение анальной трещины
- 4) закрытая геморроидэктомия с иссечение анальной трещины

382. ДЕЙСТВУЮЩИМ ФАКТОРОМ В МЕТОДЕ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ импульсный синусоидальной формы ток, модулированный колебаниями низкой частоты
- 2) импульсный ток высокой частоты и напряжения, малой силы
- 3) постоянный ток
- 4) импульсный ток прямоугольной формы

383. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ возможность применение в амбулаторных условиях
- 2) уменьшении сроков реабилитации
- 3) малая травматичность
- 4) уменьшение болевого синдрома

384. ЕСЛИ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВТОРЫМ ЭТАПОМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА, ТО ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ЗАВЕРШИТЬ

- 1)+ подшиванием краев раны ко дну
- 2) послойным ушиванием раны наглухо
- 3) ушиванием раны по Донати
- 4) ушиванием раны с оставлением перфорированного дренажа для проточного промывания

385. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ свищ прямой кишки
- 2) геморрой 2 стадии
- 3) геморрой 2-3 стадии
- 4) геморрой 3 стадии

386. ЛЕЧЕНИЕ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ физиотерапию
- 2) лучевую терапию
- 3) местное лечение с использованием противомикробных вагинальных свечей и мазей
- 4) системные антимикробные средства

387. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение в экстренном порядке
- 2) антибактериальная терапия
- 3) хирургическое лечение в плановом порядке после проведения антибактериальной терапии
- 4) динамическое наблюдение

388. ГРАНИЦЫ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ГИГАНТСКОЙ КОНДИЛОМЕ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ В _____ СМ ОТ ВИДИМЫХ И ПАЛЬПИРУЕМЫХ КРАЕВ ОПУХОЛИ

- 1)+ 0,5-1,0
- 2) 2,0-3,0
- 3) 4,0-5,0
- 4) более 5

389. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО КИСЕТНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ НА (В СМ)

- 1)+ 3-4
- 2) 6-8
- 3) 2
- 4) 1

390. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СКЛЕРОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ острый геморрой
- 2) хронический геморрой 2 стадии
- 3) хронический геморрой 3 стадии
- 4) хронический геморрой 4 стадии

391. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) задержка мочеиспускания
- 3) стриктура анального канала
- 4) недостаточность анального жома

392. ПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 2-3 стадия хронического геморроя
- 2) 1 стадия хронического геморроя
- 3) 4 стадия хронического геморроя
- 4) острый геморрой

393. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ онкологические заболевания и доброкачественные опухоли
- 2) деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- 3) нейроциркуляторная дистония
- 4) бронхиальная астма в стадии ремиссии

394. К МАЛОИНВАЗИВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ синусэктомия
- 2) операция Каридакиса
- 3) иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо
- 4) иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну

395. ПРИ МАЛИГНИЗАЦИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1)+ проведение иммуномодулирующей терапии
- 2) проведение лучевой терапии
- 3) широкое иссечение новообразования
- 4) применение комбинированных методов лечения

396. ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ оставление первичных отверстий эпителиального копчикового хода
- 2) неправильное заживление послеоперационной раны
- 3) не полностью иссеченные рубцовые ткани
- 4) не полностью иссеченная измененная клетчатка, расположенная вокруг копчикового хода

397. ТРЕБОВАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обеспечение радикального иссечения эпителиального копчикового хода с минимальным риском развития рецидивов
- 2) иссечение хода с помощью лазерной техники
- 3) обязательная пластика перемещенными лоскутами
- 4) максимально быстрое выполнение самой операции

398. ПОКАЗАНИЕМ К ДВУХЭТАПНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стадия абсцедирования при остром воспалении эпителиального копчикового хода
- 2) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода с формированием инфильтрата
- 3) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода со вторичным свищевым отверстием
- 4) рецидивный эпителиальный копчиковый ход

399. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕКТОЦЕЛЕ 2 СТЕПЕНИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки
- 2) задняя кольпорофия
- 3) фиксация задней стенки влагалища
- 4) пластика ректовагинальной перегородки имплантом

400. ПОД СИНУСЭКТОМИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ подкожное иссечение эпителиального копчикового хода
- 2) иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну
- 3) иссечение эпителиального копчикового хода без ушивания раны
- 4) иссечение эпителиального копчикового хода с пластикой раны перемещенными лоскутами

401. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ КОНДИЛОМ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ широкое иссечение
- 2) лучевая терапия
- 3) противовирусная терапия
- 4) химиотерапия

402. К МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ операция Лонго
- 2) склеротерапия
- 3) лигирование
- 4) инфракрасная фотокоагуляция

403. МЕТОД ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ шовном лигировании ветвей верхней прямокишечной артерии
- 2) циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки
- 3) лигировании латексными кольцами
- 4) шовном лигировании ветвей нижней прямокишечной артерии

404. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ химического метода деструкции
- 2) радиоволновой хирургии
- 3) электрокоагуляции
- 4) криодеструкции

405. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое лечение в плановом порядке
- 2) антибактериальная терапия
- 3) хирургическое лечение в экстренном порядке
- 4) динамическое наблюдение

406. КРИТЕРИЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ПРАВИЛЬНО ВЫПОЛНЕННОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие диастаза рассеченного сфинктера
- 2) пектенос
- 3) отсутствие диастаза рассеченного сфинктера
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

407. У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЁННОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ _____ СФИНКТЕРОТОМИЮ

- 1)+ заднюю
- 2) боковую открытую
- 3) боковую подкожную закрытую
- 4) боковую подкожную открытую

408. ОСНОВНЫМ ЭТАПОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ релаксация внутреннего сфинктера
- 2) удаление фиброзного полипа анального канала
- 3) иссечение рубцово изменённых краев анальной трещины
- 4) введение обогащенной тромбоцитами плазмы под основание анальной трещины

409. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ, ЕСЛИ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗЬЮ 0,4% НЕ ПРИВЕЛА К ЭПИТЕЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИИ

- 1)+ 2 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) года
- 4) недели

410. К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ гематомы в области сфинктеротомии
- 2) спазм сфинктера
- 3) пектенос
- 4) диарею

411. ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТКАМ С АТРЕЗИЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И НАЛИЧИЕМ ВРОЖДЕННОГО РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА, ПРИ УСЛОВИИ СОХРАНЕНИЯ ПОД КОЖЕЙ МЫШЕЧНЫХ СТРУКТУР АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА, ВЫПОЛНЯЮТ ОПЕРАЦИЮ

- 1)+ Стоуна
- 2) Делорма
- 3) Соаве
- 4) Дюамеля

412. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ НА СТЕНКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ, АНАЛЬНОГО КАНАЛА И НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩЕНО

- 1)+ срочно ушивать возникший дефект
- 2) назначать антибактериальные препараты
- 3) санировать рану растворами антисептиков
- 4) санировать прямую кишку

413. НИТРОГЛИЦЕРИНОВУЮ МАЗЬ 0,4% ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ 2 раза в день
- 2) 3 раза в день
- 3) 4 раза в день
- 4) чем чаще тем лучше

414. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ

- 1)+ в возрасте более 70 лет
- 2) при наличии фиброзного полипа анального канала
- 3) при наличии волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 4) при наличии сторожевого бугорка

415. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ПРИМЕНЯЮТ НИТРОГЛИЦЕРИНОВУЮ МАЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ

- 1)+ 0.4%
- 2) 0.5%
- 3) 0.2%
- 4) 0.3%

416. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ энтероцеле
- 2) эндометриоз
- 3) миома матки
- 4) цистоцеле

417. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ригидное сужение заднего прохода
- 2) наличие фиброзного полипа анального канала
- 3) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 4) наличие сторожевого бугорка

418. ПРИ ИНТРАСФИНКТЕРНОМ СВИЩЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ иссечение свища в просвет кишки
- 2) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- 3) иссечение свища с низведением слизистой
- 4) проведение дренирующей лигатуры

419. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ выраженные рубцовые изменения в области анальной трещины
- 2) наличие фиброзного полипа анального канала
- 3) наружный и внутренний геморрой 1 стадии
- 4) анамнез заболевания более 10 лет

420. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ онкологические заболевания с локализацией поражения в малом тазу
- 2) геморрой
- 3) запоры
- 4) тромбоз наружных геморроидальных узлов

421. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ ранее перенесенные вмешательства на анальном канале
- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) наличие фиброзного полипа анального канала
- 4) анамнез заболевания более 10 лет

422. ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА В ВИДЕ ОБОЛОЧЕК СЕМЯН ПОДРОЖНИКА, СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1)+ эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 2) запоров
- 3) диареи
- 4) фиброзного полипа анального канала

423. К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ избыточное рассечение внутреннего сфинктера
- 2) пектеноз
- 3) релаксация внутреннего сфинктера
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

424. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, В КАЧЕСТВЕ ВТОРОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ ботулинический токсин типа А
- 2) диоксометилтетрагидропиримидин
- 3) сфинктеротомию
- 4) пневмодивульсию анального сфинктера

425. К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ формирование свищей в области сфинктеротомии
- 2) спазм внутреннего сфинктера
- 3) исчезновение болей после дефекации
- 4) зуд в области заднего прохода

426. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наружный и внутренний геморрой 4 стадии
- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) наличие фиброзного полипа анального канала
- 4) анамнез заболевания более 10 лет

427. НА ПЕРВЫХ ПРИЕМАХ ПАЦИЕНТА С КОКЦИГОДИНИЕЙ ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ТЕХНИКАМ

- 1)+ наружной коррекции положения копчика, работе с костями таза и мышцами промежности
- 2) внутренней (ректальной) коррекции положения копчика, техникам коррекции положения костей таза и тонуса мышц промежности
- 3) коррекции внутрикостных повреждений крестца
- 4) коррекции твердой мозговой оболочки

428. К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ недостаточное рассечение внутреннего сфинктера
- 2) пектеноз
- 3) релаксация внутреннего сфинктера
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

429. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ

- 1)+ наличии опущения промежности
- 2) наличии сторожевого бугорка
- 3) наличии волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 4) пектенозе

430. ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗЬЮ 0,4% СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1)+ пектеноза
- 2) сторожевого бугорка
- 3) волокон внутреннего сфинктера в краях анальной трещины
- 4) рубцовых краев анальной трещины

431. В СЛУЧАЕ РАСХОЖДЕНИЯ ШВОВ НА РАНАХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3-5 ДНЕЙ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1)+ ежедневное нанесение мазевых композиций с заживляющими и противовоспалительными компонентами на раны
- 2) повторное наложение швов на раны в условиях операционной
- 3) повторное наложение швов на раны под местной анестезией в условиях перевязочной
- 4) наложение вторичных швов на раны в отсроченном периоде

432. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БОКОВОЙ ПОДКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ УЗКИЙ ГЛАЗНОЙ СКАЛЬПЕЛЬ ВВОДЯТ

- 1)+ между внутренним и наружным сфинктером через межсфинктерное пространство
- 2) во внутренний сфинктер
- 3) в наружный сфинктер
- 4) в параректальную клетчатку

433. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНОВУЮ МАЗЬ 0,4% В КОЛИЧЕСТВЕ (В МЛ)

- 1)+ 0.5
- 2) 0.3
- 3) 0.4
- 4) 1

434. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ БОКОВОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пектеноз
- 2) наличие фиброзного полипа анального канала
- 3) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 4) наличие сторожевого бугорка

435. К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повреждение дистальных ветвей нижней прямокишечной артерии
- 2) пектеноз
- 3) релаксация внутреннего сфинктера
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

436. ВВЕДЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА «А» ПРИВОДИТ К ЭПИТЕЛИЗЦИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У БОЛЬНЫХ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 60-80
- 2) 10-20
- 3) 5-10
- 4) 20-30

437. ПРИ РАЗВИТИИ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, ПАЦИЕНТУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1)+ показана постановка уретрального катетера, электростимуляция, медикаментозная стимуляция мочевого пузыря
- 2) показано выполнение надлобковой пункции мочевого пузыря
- 3) показано выполнение пункционной эпицистостомии
- 4) показано выполнение открытой эпицистостомии

438. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ нарушение проходимости кишечника
- 2) запоры
- 3) фиброзный полип анального канала
- 4) диарею

439. К ХРОНИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ стеноз
- 2) абсцесс
- 3) кровотечение
- 4) перфоративный дивертикулит

440. ПРИ НАЛИЧИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕКТОРОМАНОСКОПИЮ

- 1)+ следует отсрочить до купирования болей
- 2) следует выполнить обязательно уже при первичном осмотре
- 3) не следует выполнять
- 4) следует выполнить после дивульсии заднего прохода

441. ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

- 1)+ 6 недель
- 2) 3 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 6 месяцев

442. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ , ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПРОВЕДЕНИЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОРГАНИЧЕСКИМИ НИТРАТАМИ, ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ блокаторов кальциевых каналов
- 2) перметрина
- 3) бетаметазона
- 4) диоксометилтетрагидропиримидина

443. ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗЬЮ 0,4% СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1)+ фиброзного полипа более 0,5 см в диаметре
- 2) выделений крови из заднего прохода во время дефекации
- 3) волокон внутреннего сфинктера в краях анальной трещины
- 4) рубцовых краев анальной трещины

444. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИМЕНЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗИ ОТНОСЯТ

- 1)+ головные боли
- 2) ортостатическую гипотензию
- 3) нарушение сердечного ритма
- 4) аллергический контактный дерматит

445. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ свищи прямой кишки
- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) наличие фиброзного полипа анального канала
- 4) анамнез заболевания более 10 лет

446. К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ абсцессы в области сфинктеротомии
- 2) спазм сфинктера
- 3) пектенос
- 4) запоры

447. ИНЪЕКЦИЯ БОТУЛОТОКСИНА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1)+ во внутренний сфинктер
- 2) в межсфинктерную борозду
- 3) под кожу в области заднего прохода
- 4) в наружный анальный сфинктер

448. К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ повреждение геморроидальных венозных сплетений
- 2) пектенос
- 3) релаксация внутреннего сфинктера
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

449. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ

- 1)+ у женщин после многократных и осложненных родов
- 2) при наличии волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) при наличии сторожевого бугорка
- 4) при пектенозе

450. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СФИНКТЕРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие скрытых нарушений функции запирающего аппарата прямой кишки
- 2) пектенос
- 3) спазм сфинктера
- 4) фиброзный полип анального канала

451. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БОКОВОЙ ПОДКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ГЛУБИНА ВВЕДЕНИЯ СКАЛЬПЕЛЯ ПРОВОДИТСЯ ДО

- 1)+ зубчатой линии
- 2) пуборектальной петли
- 3) среднеампулярного отдела прямой кишки
- 4) линии Хилтона

452. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пектеноз
- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) наличие фиброзного полипа анального канала
- 4) анамнез заболевания более 10 лет

453. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боковая сфинктеротомия
- 2) иссечение трещины по Габриэлю
- 3) задняя дозированная сфинктеротомия
- 4) дивульсия анального сфинктера

454. ПРИ РАЗВИТИИ ЗАТРУДНЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛНОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, ПАЦИЕНТУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО

- 1)+ проведение электростимуляции, медикаментозной стимуляции мочевого пузыря с оценкой остаточного объема мочи
- 2) установить уретральный катетер
- 3) выполнить надлобковую пункцию мочевого пузыря
- 4) выполнить открытую эпицистостомию

455. К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ недостаточность анального сфинктера
- 2) спазм внутреннего сфинктера
- 3) исчезновение болей после дефекации
- 4) пектеноз

456. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атрезия заднего прохода
- 2) наличие анальной трещины
- 3) подозрение на рак нижеампулярного отдела прямой кишки
- 4) травма прямой кишки

457. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ПОДКОЖНЫЙ ПАРАПРОКТИТ, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- 2) вскрыть гнойник в поликлинике
- 3) назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- 4) назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой

458. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ВЫЯВЛЕНИЕ И ИССЕЧЕНИЕ ПОРАЖЁННОЙ КРИПТЫ И ХОДА

- 1)+ нецелесообразно
- 2) всегда обязательно
- 3) показано при относительно удовлетворительном состоянии больного
- 4) противопоказано только при тяжелом состоянии пациента

459. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНЕБРЮШИННОГО РАНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нагноение параректальной клетчатки
- 2) недостаточность анального сфинктера
- 3) перитонит
- 4) кровотечение из вен крестцового сплетения

460. ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНИКА ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ БЕЗ РАССЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ХОДА И ПОРАЖЁННОЙ КРИПТЫ МЕНЕЕ ВЕРОЯТНО

- 1)+ выздоровление
- 2) формирование свища прямой кишки
- 3) рецидивирование парапроктита
- 4) периодическое появление болей в промежности

461. К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ АНАЭРОБНОЙ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ клиндамицин, рифампицин, тетрациклин, макролиды
- 2) метронидазол, орнидазол, тенидазол (триканикс), ниридазол
- 3) фурагин, фурадонин, фуразолидон
- 4) бензилпенициллина натриевую соль

462. МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ПРОТИВОАНГРЕНОЗНОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ)

- 1)+ 150 000
- 2) 30 000
- 3) 90 000
- 4) 300 000

463. КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ____% ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ 98-100
- 2) 5-10
- 3) 10-20
- 4) 20-30

464. РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ УЗЛОВ И ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ, МОЖНО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1)+ после ликвидации периаанального отёка
- 2) только через 1 месяц после тромбоза
- 3) только через 2 месяца после тромбоза
- 4) через год после тромбоза

465. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ НАЛИЧИИ АБСЦЕССА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ не ушивать рану
- 2) ушить рану наглухо швами по Донати
- 3) послойно ушить рану наглухо
- 4) проточное промывание через перфорированный дренаж

466. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ ПРОИЗОШЛО САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ В ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ ГНОЙНИКА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ, ГНОЙ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,8 °С, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- 2) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- 3) назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
- 4) наложить сигмостому

467. ПРИ СФИНКТЕРОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ В КАЧЕСТВЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ викрил или полисорб
- 2) лавсан
- 3) кетгут хромированный
- 4) кетгут простой

468. БОЛЬНОМУ, КОТОРЫЙ ЛЕЧИТСЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ АМБУЛАТОРНО, ЛУЧШЕ ВСЕГО

- 1)+ назначить анальгетики, на первые 2-3 дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином, диету
- 2) назначить приём солевых слабительных
- 3) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
- 4) лигировать узлы латексными кольцами

469. БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ПОДКОЖНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ИНФИЛЬТРАТОМ ОКОЛО 5 СМ В ДИАМЕТРЕ, ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ КОЖЕЙ, ОТСУТСТВИЕМ ФЛЮКТУАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА 37.3°C ПОКАЗАНА

- 1)+ госпитализация и операция в неотложном порядке
- 2) местная терапия (ванночки, мазевые повязки)
- 3) госпитализация, операция при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния
- 4) госпитализация, противовоспалительная терапия, при появлении флюктуации операция

470. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПОКАЗАНО

- 1)+ при безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, «сторожевой бугорок»
- 2) сразу после установления диагноза
- 3) через 2 недели курса консервативной терапии
- 4) через 2 месяца после начала заболевания

471. ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ СРОЧНАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)
- 2) показана во всех случаях
- 3) всегда противопоказана
- 4) показана при сильных болях

472. ЕСЛИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПОДШИВАНИЕМ КРАЁВ РАНЫ КО ДНУ ПРОШЛО 6 ДНЕЙ, РАНА С СЕРЫМ НАЛЁТОМ, КРАЯ ИНФИЛЬТРИРОВАНЫ, ПО ВЕЧЕРАМ У БОЛЬНОГО СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ снять швы, применить ферменты, мази на водорастворимой основе, тёплые ванны, в последующие дни физиотерапию
- 2) не снимая швов, применить ферменты
- 3) не снимая швов, назначить антибиотики внутримышечно
- 4) снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором

473. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ БЫВАЕТ НЕОБХОДИМА ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ____ ПАРАПРОКТИТА

- 1)+ пельвиоректального
- 2) подкожного
- 3) ишиоректального
- 4) подслизистого

474. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

- 1)+ обязательно
- 2) необязательно
- 3) целесообразно лишь при сильном загрязнении раны
- 4) целесообразно при обработке раны в поздние сроки после травмы

Тема 7. Неопухолевые заболевания прямой кишки.

1. ТЕОРИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ постепенное смещение вниз брюшины глубокого дугласова кармана, которая тянет за собой переднюю стенку кишки с последующим ее выпадением
- 2) внутренняя инвагинация прямой кишки с последующим выпадением кишки наружу
- 3) повреждение полового нерва, приводящее к деструкции мышц тазового дна
- 4) расхождение мышц леваторов и постепенное выпадение прямой кишки

2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ДОСТАТОЧНО

- 1)+ аноскопии
- 2) пальцевого исследования прямой кишки
- 3) колоноскопии
- 4) ирригоскопии

3. РАННЯЯ СИМПТОМАТИКА НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА СВЯЗАНА

- 1)+ с жесткими костными структурами
- 2) с рыхлой жировой клетчаткой
- 3) с выраженной сосудистой сетью
- 4) с выраженной сетью нервных сплетений

4. ЕСЛИ У РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ ПОЯВИЛАСЬ КРОВЬ НА САЛФЕТКЕ ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анальная трещина
- 2) геморрагический колит
- 3) полип прямой кишки
- 4) выпадение прямой кишки

5. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ сфинктерометрии
- 2) трузи
- 3) проктографии
- 4) колоноскопии

6. БОЛИ В ПРОМЕЖНОСТИ, КРЕПИТАЦИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ, СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РЕЗКАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ УМЕРЕННОМ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ анаэробного парапроктита
- 2) фолликулярного простатита
- 3) абсцесса предстательной железы
- 4) острого неспецифического парапроктита

7. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА В ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ повреждения глубокой порции наружного сфинктера
- 2) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности
- 3) при отказе от подшивания краев раны ко дну (марсупиализации)
- 4) введения в задний проход во время операции ректального зеркала

8. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО ЖОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ слишком быстрого прорезывания лигатуры
- 2) использования в качестве лигатуры шелка
- 3) длительного нахождения в ране лигатуры
- 4) применения лигатуры при переднем свище прямой кишки

9. ЧАЩЕ ВСЕГО СОЛИТАРНАЯ ЯЗВА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ на передней стенке
- 2) на задней стенке
- 3) циркулярно
- 4) на лево-боковой стенке

10. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРЕННЕЙ ИНВАГИНАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, КОТОРЫЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пролабирование слизистой кишки в тубус ректоскопа при натуживании
- 2) наличие лимфофолликулярной гиперплазии
- 3) смазанный сосудистый рисунок
- 4) усиленный сосудистый рисунок

11. ПО УРОВНЮ ДЕФЕКТА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ РАЗЛИЧАЮТ РЕКТОЦЕЛЕ

- 1)+ среднее
- 2) верхнее
- 3) низкое
- 4) боковое

12. ДЛИНА ЦИЛИНДРА ВЫПАДАЮЩЕЙ КИШКИ БОЛЕЕ 12-15 СМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки
- 2) недостаточности сфинктера заднего прохода
- 3) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
- 4) потере тонуса кишечной стенки

13. ПЕКТИНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ анальной трещины
- 2) выпадения прямой кишки
- 3) параректального свища
- 4) парапроктита

14. ПОД ТЕРМИНОМ НАРУЖНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ выпадение всех слоев кишечной стенки через заднепроходное отверстие
- 2) внедрение вышележащих отделов в просвет нижележащих
- 3) энтероцеле
- 4) выпадение слизистой

15. ПО УРОВНЮ ДЕФЕКТА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ РАЗЛИЧАЮТ

- 1)+ высокое
- 2) верхнее
- 3) низкое
- 4) боковое

16. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 6
- 4) 12

17. ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ «СОЛИТАРНАЯ ЯЗВА», ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гистологическое исследование
- 2) ректороманоскопия
- 3) дефекография
- 4) колоноскопия

18. ОСМОТР БОЛЬНОГО, У КОТОРОГО ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЛУЧШЕ ПРОВОДИТЬ

- 1)+ в положении больного на корточках и с натуживанием
- 2) в положении как для камнесечения
- 3) лёжа на животе
- 4) в коленно-локтевом положении

19. ПО УРОВНЮ ДЕФЕКТА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ РАЗЛИЧАЮТ РЕКТОЦЕЛЕ

- 1)+ нижнее
- 2) верхнее
- 3) низкое
- 4) боковое

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ДЕТЕЙ АНАЛЬНЫЕ ТРЕЩИНЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА _____ ЧАСАХ УСЛОВНОГО ЦИФЕРБЛАТА В ПОЛОЖЕНИИ НА СПИНЕ

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 3

21. РЕКТОЦЕЛЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ кистой ректовагинальной перегородки
- 2) комбинированным геморроем 4 стадии
- 3) анальной трещиной
- 4) анальным полипом

22. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подвижная брюшина глубокого дугласова кармана
- 2) недостаточность наружного сфинктера заднего прохода
- 3) удлинение сигмовидной кишки
- 4) висцероптоз

23. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефекография
- 2) колоноскопия
- 3) ультразвуковое исследование ректальным датчиком
- 4) сфинктерометрия

24. ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ВОЗМОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПУТЁМ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1)+ аноскопии и фистулографии
- 2) ирригоскопии
- 3) колоноскопии
- 4) пробы Напалкова

25. РЕЗЧАЙШИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ АНУСА ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ АЛОЙ КРОВИ И «СТУЛОБОЯЗНЬ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ трещины анального канала
- 2) рака прямой кишки
- 3) полипа прямой кишки
- 4) сфинктерита

26. ЕСЛИ У РЕБЕНКА ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮТ АНАЛЬНЫЕ ТРЕЩИНЫ, СТУЛ ЧАЩЕ РАЗЖИЖЕННЫЙ С ПРОЖИЛКАМИ КРОВИ, СЛИЗИ, ТО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОВОДЯТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С

- 1)+ воспалительными заболеваниями кишечника
- 2) паразитарной инвазией
- 3) синдромом нарушенного всасывания
- 4) кишечной формой муковисцидоза

27. ЕСЛИ У РЕБЕНКА ЖАЛОБЫ НА ЗУД В ОБЛАСТИ АНУСА, ЧАЩЕ В НОЧНЫЕ ЧАСЫ, ФОРМИРОВАНИЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН, ТО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОВОДЯТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С

- 1)+ паразитарной инвазией
- 2) атопическим дерматитом
- 3) полипами прямой кишки
- 4) воспалительными заболеваниями кишечника

28. ГИПЕРТРОФИРОВАННЫЙ АНАЛЬНЫЙ СОСОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ анальной трещины
- 2) хронических запоров
- 3) перианального дерматита
- 4) полипов прямой кишки

29. ЧАЩЕ ВСЕГО ПАЦИЕНТЫ, СТРАДАЮЩИЕ СОЛИТАРНОЙ ЯЗВОЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА

- 1)+ выделение крови и слизи
- 2) чувство неполного опорожнения
- 3) выделение крови
- 4) выделение слизи

30. КАКОЙ МЕТОД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА?

- 1)+ дефекография
- 2) трансректальное ультразвуковое исследование
- 3) профилометрия
- 4) сфинктерометрия

31. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сдерживание позыва к дефекации
- 2) дефекация в положении сидя на корточках
- 3) опорожнение малыми порциями
- 4) чередование запоров и диареи

32. ПОСЛЕРОДОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1)+ растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода
- 2) повреждения стенки влагалища
- 3) разрыва преддверия влагалища
- 4) разрывов шейки матки

33. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ОПРОСНИКУ

- 1)+ Wexner
- 2) FIQL
- 3) Визуально-аналоговая шкала (VAS)
- 4) SF-36

34. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1)+ наличие свищевого отверстия на коже промежности
- 2) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 3) боль внизу живота
- 4) диарея

35. ЭТИОЛОГИЯ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА

- 1)+ не изучена
- 2) бактериальная
- 3) аутоиммунная
- 4) вирусная

36. «РЕКТОЦЕЛЕ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- 2) опущение передней стенки влагалища и матки
- 3) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- 4) выпадение прямой кишки

37. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ХАРАКТЕРНО ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ

- 1)+ алой
- 2) темной
- 3) со сгустками
- 4) с примесью слизи

38. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА МАЛОВЕРОЯТНА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ

- 1)+ анального полипа
- 2) свища прямой кишки
- 3) геморроя
- 4) анальной трещины со сфинктеротомией

39. У ПАЦИЕНТКИ СТРАДАЮЩЕЙ РЕКТОЦЕЛЕ ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чувство неполного опорожнения кишечника
- 2) гнойные выделения из заднего прохода
- 3) выделение алой крови из заднего прохода
- 4) недержание твердого кала

40. КЛИНИКА АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ резкие боли во время дефекации
- 2) обильные кровотечения во время дефекации
- 3) недержание кала, перианальный зуд
- 4) чувство неполного опорожнения кишечника

41. ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРЕННЕГО ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (ИНТРАРЕКТАЛЬНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие солитарной язвы
- 2) обильные выделения крови при дефекации
- 3) тупые боли внизу живота при дефекации
- 4) многомоментная дефекация

42. ПРИ ДЕФЕКОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ размер грыжевого выпячивания
- 2) выпадающие внутренние геморроидальные узлы
- 3) внутреннее свищевое отверстие
- 4) объем прямой кишки

43. НА ВЫПАДЕНИЕ СТЕНОК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
- 2) конусовидная форма выпадающей кишки
- 3) длина выпавшего участка кишки более 15 см
- 4) яйцевидная форма выпадающей кишки

44. СИМПТОМ, ОТНОСЯЩИЙСЯ К СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ чувство неполного опорожнения
- 2) выпадение геморроидальных узлов
- 3) выделение алой крови
- 4) выделение гноя из заднего прохода

45. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ПАТОГЕНЕЗА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подвижная брюшина глубокого дугласова кармана
- 2) недостаточность наружного сфинктера заднего прохода
- 3) удлинение сигмовидной кишки
- 4) висцероптоз

46. ОДНОЙ ИЗ САМЫХ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ хронических запоров
- 2) глистной инвазии
- 3) воспалительных заболеваний ануса
- 4) аномалий развития ануса

47. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ФУНКЦИИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки
- 2) выпадение кишки при каждом акте дефекации
- 3) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
- 4) недержание газов

48. ЕСЛИ ПРЯМАЯ КИШКА ВЫПАДАЕТ НЕ ТОЛЬКО ПРИ ДЕФЕКАЦИИ, НО И ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, ТО ЭТО

- 1)+ вторая степень выпадения
- 2) третья степень выпадения
- 3) пятая степень выпадения
- 4) четвертая степень выпадения

49. К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ У РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ болезненные дефекации, алую кровь на бумаге
- 2) перианальный зуд, прожилки крови, слизи в стуле
- 3) боли в области промежности, выделение темной крови из ануса
- 4) кровь на белье, выделение крови со сгустками

50. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА И ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ИМЕЮТ

- 1)+ результаты пальцевого ректального исследования
- 2) жалобы больного
- 3) данные уретрографии
- 4) данные анамнеза

51. ОБРАЗОВАНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ ЗАТЯЖНЫХ РОДАХ ИМЕЕТ В СВОЕЙ ОСНОВЕ

- 1)+ ишемию и некроз мягких тканей
- 2) воспалительные изменения в ректовагинальной перегородке
- 3) разрыв сфинктера прямой кишки
- 4) расхождение передних порций мышцы, поднимающей задний проход

52. СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ ПРИ СРЕДНИХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ на уровне зубчатой линии
- 2) ниже зубчатой линии
- 3) в прямой кишке
- 4) в анальном канале

53. ЧАСТОТА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ БЫТОВЫХ ТРАВМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРОМЕЖНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ ОТ___ ДО___ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 10; 25
- 2) 15; 35
- 3) 20; 35
- 4) 8; 15

54. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дефекография
- 2) ТРУЗИ
- 3) проктография
- 4) МРТ органов малого таза

55. СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ ПРИ НИЗКИХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ ниже зубчатой линии
- 2) на уровне зубчатой линии
- 3) в прямой кишке
- 4) выше зубчатой линии

56. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ТЕРАТОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ боли в крестцово-копчиковой области и промежности и воспалительные процессы с образованием свищей
- 2) нарушение мочеиспускания
- 3) запоры
- 4) диарею

57. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кольпоскопия
- 2) ТРУЗИ
- 3) 3D ТРУЗИ
- 4) МРТ органов малого таза

58. НАЗНАЧЕНИЕ ПРОКТОГРАФИИ ПАЦИЕНТКЕ С РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМ СВИЩОМ НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ

- 1)+ выявления дефектов анального сфинктера
- 2) выявления гнойных затеков
- 3) определения локализации свищевого отверстия в прямой кишке
- 4) определения дополнительных отрогов свищевого хода

59. К НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ ультразвуковое исследование полости малого таза
- 2) ректороманоскопию
- 3) рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта
- 4) наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки

60. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ ТЕРАТОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ боли в крестцово-копчиковой области и заднем проходе
- 2) гематурию
- 3) боли в нижних отделах живота
- 4) частый жидкий стул

61. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проктография
- 2) аноскопия
- 3) кольпоскопия
- 4) электромиография

62. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ СВИЩ В ОСНОВНОМ ЯВЛЯЕТСЯ ____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1)+ приобретенным
- 2) послеоперационным
- 3) поствоспалительным
- 4) врожденным

63. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА ____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

64. НАЗНАЧЕНИЕ МРТ МАЛОГО ТАЗА ПАЦИЕНТКЕ С РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМ СВИЩОМ НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ

- 1)+ измерения тонуса внутреннего и наружного анального сфинктера
- 2) выявления гнойных затеков
- 3) определения локализации свищевого отверстия в прямой кишке
- 4) определения дополнительных отрогов свищевого хода

65. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ органов малого таза
- 2) сфинктерометрия
- 3) колоноскопия
- 4) аноскопия

66. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРЕННЕЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом воронки
- 2) грибовидная деформация
- 3) сужение просвета кишки
- 4) выпячивание передней стенки прямой кишки

67. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ СОЛИТАРНУЮ ЯЗВУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ректороманоскопия
- 2) ультразвуковое исследование ректальным датчиком
- 3) дефекография
- 4) аноскопия

68. КУРС ВНУТРИАНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 14 дней
- 2) 2 месяца
- 3) 35 дней
- 4) 7 дней

69. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНЪЕКЦИОННОГО МЕТОДА ВВЕДЕНИЕ ГЕЛЯ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В

- 1)+ слизистую оболочку анального канала
- 2) подслизистый слой нижеампулярного отдела прямой кишки
- 3) проекции дефектов сфинктера
- 4) интерсфинктерное пространство

70. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ инъекционный метод
- 2) терапия биологической обратной связи
- 3) анальная стимуляция
- 4) тиббиальная нейромодуляция

71. САКРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОДОВ, НАЛОЖЕННЫХ

- 1)+ в проекции пятого поясничного-первого крестцового позвонков
- 2) на область анального отверстия
- 3) в положении с локализацией индуктора максимально на урогенитальную область
- 4) в проекции второго крестцового-второго копчикового позвонков

72. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2-3 СТЕПЕНИ С ДЕФЕКТОМ СФИНКТЕРА ДО 1/3 ОКРУЖНОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПО БОКОВЫМ СЕГМЕНТАМ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1)+ сфинктероглютеопластика
- 2) сфинктеролеваторопластика
- 3) сфинктеропластика
- 4) лейомиопластика

73. К ПРОМЕЖНОСТНОЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ операция Тирша
- 2) операция Рипштейна
- 3) операция Уэллса
- 4) операция Зеренина-Кюммеля

74. ПОД ОПЕРАЦИЕЙ ТИРША ПОНИМАЮТ

- 1)+ проведение имплантата в сформированном тоннеле вокруг ануса
- 2) мобилизацию прямой и сигмовидной кишки с их резекцией и наложением колоанального анастомоза
- 3) иссечение слизистой с наложением гофрирующих швов на стенку выпадающей кишки
- 4) трансперинеальную мобилизацию прямой кишки с тампонированием ретроректального пространства

75. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГРАЦИЛОПЛАСТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ имплантации постоянного прибора, непрерывно выполняющего электростимуляцию перемещенной мышцы
- 2) формировании сфинктера заднего прохода с использованием нежной мышцы бедра
- 3) формировании сфинктера заднего прохода длинными лоскутами большой ягодичной мышцы
- 4) хирургической имплантации временного электрода и электростимулятора

76. ЦЕЛЬЮ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ликвидация дивертикулоподобного выпячивания
- 2) косметическая пластика ректовагинальной перегородки
- 3) сфинктеропластика
- 4) ликвидация диспареунии

77. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточность сфинктера при наличии дефекта от 1/4 до 1/2 окружности по передней или задней полуокружности
- 2) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до 1/4 окружности по передней или задней полуокружности
- 3) недостаточность сфинктера 2-3 степени при наличии дефекта до 1/3 окружности
- 4) любая степень недостаточности после операции по поводу заднего свища прямой кишки

78. ОПЕРАЦИЯ ДЕЛОРМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сближающих швов на мышечную стенку в виде валика
- 2) циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
- 3) так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
- 4) использовании тефлоновой нити

79. РЕБЕНКУ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ТРЕБУЕТСЯ ТАКЖЕ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1)+ врача-гастроэнтеролога
- 2) врача-дерматовенеролога
- 3) врача-уролога
- 4) врача-физиотерапевта

80. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ _____ СТЕПЕНИ

- 1)+ функциональная; 1
- 2) врожденная; 2
- 3) посттравматическая; 2
- 4) функциональная; 3

81. ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ОКАЗЫВАЕТ

- 1)+ ранняя активизация пациента
- 2) проведение курса лечебной физкультуры
- 3) проведение курса терапии биологической обратной связи
- 4) проведение курса тиббиальной нейромодуляции

82. СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКУ У БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЮТ

- 1)+ после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 степени
- 2) при недостаточности 2-3 степени
- 3) при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения
- 4) только у больных не старше 40 лет

83. ПРИ НАГНОЕНИИ ТЕРАТОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НЕОБХОДИМО

- 1)+ вскрытие нагноившейся тератомы
- 2) консервативная терапия
- 3) радикальная операция
- 4) динамическое наблюдение

84. ПРИ ОПЕРАЦИИ СФИНКТЕРОГЛЮТЕОПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ короткий лоскут большой ягодичной мышцы
- 2) длинный лоскут малой ягодичной мышцы
- 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы
- 4) короткий лоскут малой ягодичной мышцы

85. РЕБЕНКУ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПЛАНОВЫЕ ОСМОТРЫ ВРАЧОМ-ДЕТСКИМ ХИРУРГОМ ____ РАЗ/РАЗА В

- 1)+ 2; год
- 2) 1; квартал
- 3) 1; год
- 4) 1; месяц

86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ УСТАНОВКЕ САКРАЛЬНОГО СТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в области установленного электростимулятора
- 2) снижение или отсутствие эффекта от стимуляции
- 3) нагноение послеоперационных ран
- 4) необходимость замены источника питания

87. ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ длительности заболевания
- 2) локализации дефекта сфинктера
- 3) распространенности рубцового процесса в анальном канале
- 4) наличия травматических повреждений близлежащих мышц

88. САКРАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕРВОВ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ при органической недостаточности 1 степени
- 2) у больных с функциональной недостаточностью анального сфинктера
- 3) при незначительных дефектах внутреннего сфинктера
- 4) для стимуляции тазово-крестцового нервного сплетения

89. ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ХОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ ход соединяющий полость пресакральной кисты с анальным каналом
- 2) ход соединяющий наружное и внутреннее свищевое отверстие
- 3) ход дренирующий эпителиальный копчиковый ход
- 4) ход соединяющий полость пресакральной кисты с брюшной полостью

90. ПРИ ДЕФЕКТЕ СФИНКТЕРА БОЛЕЕ ½ ОКРУЖНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ длинные лоскуты большой ягодичной мышцы
- 2) короткие лоскуты большой ягодичной мышцы
- 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы
- 4) короткий лоскут средней ягодичной мышцы

91. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕРМЕТИЗИРУЮЩЕГО АНАЛЬНОГО ТАМПОНА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ недостаточности анального сфинктера 2-3 степени
- 2) кишечной инфекции
- 3) выраженной диарее
- 4) воспалительных заболеваниях толстой кишки и анального канала

92. ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НЕ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1)+ больным с органической недостаточностью анального сфинктера 2 степени
- 2) для лечения больных с неорганической формой недержания 1 степени
- 3) при линейных дефектах жома, не превышающих ¼ окружности
- 4) в предоперационном периоде

93. ЦИРКУЛЯРНАЯ СЛИЗИСТО ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПО LONGO НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНА ПРИ

- 1)+ внутренней инвагинации
- 2) выпадении прямой кишки
- 3) долихиколоне
- 4) долигосигме

94. ЦЕЛЬЮ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ укрепление ректовагинальной перегородки
- 2) косметическая пластика ректовагинальной перегородки
- 3) удаление внутренних геморроидальных узлов
- 4) устранение инвагинации прямой кишки

95. ВНУТРИАНАЛЬНУЮ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЮ НЕ ПРОВОДЯТ СОВМЕСТНО С

- 1)+ сакральной нейромодуляцией
- 2) тиббиальной нейромодуляцией
- 3) магнитной стимуляцией
- 4) терапией биологической обратной связи

96. ПЕРВАЯ ФАЗА МЕТОДА САКРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ поиске нервов, обеспечивающих сокращение мышц сфинктера
- 2) хирургической имплантации постоянного электрода и электростимулятора
- 3) проведении пробного курса сакральной стимуляции
- 4) хирургической имплантации временного электрода и электростимулятора

97. ПОД ОПЕРАЦИЕЙ РИПШТЕЙНА ПОНИМАЮТ

- 1)+ трансабдоминальную мобилизацию прямой кишки до тазового дна с ее последующей фиксацией к крестцу имплантом, охватывающим кишку по передней полуокружности
- 2) мобилизацию прямой и сигмовидной кишки с их резекцией и наложением колоанального анастомоза
- 3) проведение имплантата в сформированном тоннеле вокруг ануса
- 4) иссечение слизистой с наложением гофрирующих швов на стенку выпадающей кишки

98. МЕСТНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЯ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ гормональных
- 2) обезболивающих
- 3) противовоспалительных
- 4) ранозаживляющих

99. ЧАСТОТА ЭКСПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ ____ ДО ____ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 20; 80
- 2) 30; 50
- 3) 25; 30
- 4) 10; 15

100. СИЛОВОЙ МЕТОД ТЕРАПИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НАПРАВЛЕН НА

- 1)+ повышение сократительной способности мышц запирающего аппарата прямой кишки и тазового дна
- 2) на выработку условного ректоанального рефлекса
- 3) на увеличение тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 4) на стимуляцию вегетативных, чувствительных и двигательных нервов

101. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЯМ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В САНАТОРИЯХ _____ ПРОФИЛЯ

- 1)+ гастроэнтерологического
- 2) неврологического
- 3) общего
- 4) эндокринологического

102. КАКАЯ МЕТОДИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА?

- 1)+ сакральная стимуляция нервов (SNS)
- 2) терапия биологической обратной связи
- 3) тиббиальная нейромодуляция
- 4) электростимуляция анального сфинктера

103. У ЖЕНЩИНЫ ОРГАНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА 2 СТЕПЕНИ С ДЕФЕКТОМ ЖОМА ПО ЗАДНЕЙ ПОЛУОКРУЖНОСТИ ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ ДО 1/4 ОКРУЖНОСТИ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ сфинктеропластику
- 2) сфинктероглютеопластику
- 3) сфинктеролеваторопластику
- 4) операцию по Стоуну

104. К ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1)+ неэффективность консервативной терапии, кровотечения
- 2) стойкие запоры, страх дефекации
- 3) длительность заболевания больше года, стойкие запоры
- 4) 2 и более рецидива, возраст старше 5 лет

105. ЧТО ВХОДИТ В ТРАНСВАГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ?

- 1)+ восстановление ректовагинальной фасции
- 2) пластика больших и малых половых губ
- 3) передняя сфинктеролеваторопластика
- 4) позадилоная фиксация влагалища

106. СФИНКТЕРОГЛЮТЕОПЛАСТИКА ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности по боковым полуокружностям
- 2) дефекте сфинктера по задней полуокружности
- 3) недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки
- 4) недостаточности сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1/3 по задней полуокружности

107. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭКСПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нагноение раны в области установленного искусственного сфинктера
- 2) недостаточное обеспечение функции держания
- 3) ненадежность используемых материалов
- 4) необходимость замены гелевого наполнителя

108. ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОДОВ, НАКЛАДЫВАЕМЫХ В ПРОЕКЦИИ

- 1)+ заднего большеберцового нерва
- 2) срамного нерва
- 3) запирающего нерва
- 4) общий малоберцовый нерв

109. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ консервативное лечение
- 2) иссечение трещины без ушивания
- 3) первичное ушивание трещины
- 4) коагуляцию дефекта

110. ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ ИСХОДУ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ проведение курса электростимуляции анального сфинктера в предоперационном периоде
- 2) выполнение сфинктеролеваторопластики при дефекте более 1/2 окружности сфинктера
- 3) выполнение операции без достаточных знаний анатомических и функциональных особенностей
- 4) выполнение пластических операций вне специализированных центров, хирургами с недостаточным опытом

111. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ У РЕБЕНКА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НАПРАВЛЕНО НА

- 1)+ нормализацию стула
- 2) ликвидацию воспаления в области ануса
- 3) нормализацию кишечной микрофлоры
- 4) заживление дефекта

112. ПАЦИЕНТАМ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА 2 СТЕПЕНИ С ДЕФЕКТОМ ЖОМА ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ ДО ¼ ОКРУЖНОСТИ ПОКАЗАНА

- 1)+ сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
- 2) сфинктероглютеопластика
- 3) только сфинктеролеваторопластика
- 4) только сфинктеропластика

113. ГЛЮТЕОПЛАСТИКА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

- 1)+ наличии дефекта сфинктера более 1/2 окружности
- 2) органической недостаточности сфинктера 1 степени
- 3) атрофии ягодичных мышц
- 4) наличии дефекта сфинктера менее 1/2 окружности

114. ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1)+ только хирургическим
- 2) хирургическим только при осложнениях
- 3) консервативным при первой степени выпадения
- 4) хирургическим у пациентов не старше 40 лет

115. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ

- 1)+ ежедневный самостоятельный мягкий стул
- 2) длительное отсутствие дефекации
- 3) опорожнение кишечника при помощи очистительных клизм
- 4) опорожнение кишечника с использованием суппозиториев

116. ОПЕРАЦИЯ ЗЕРЕНИНА-КЮММЕЛЯ ЭТО

- 1)+ фиксация прямой кишки к передней продольной связке позвоночника в области мыса отдельными узловыми швами
- 2) заднепетлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью синтетической сетки
- 3) циркулярное отсечение выпавшей части прямой кишки
- 4) лоскутное отсечение выпадающей части кишки

117. В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1)+ лечебные ванночки, ранозаживляющие мази, суппозитории
- 2) гормональные мази, антибактериальные мази, антисептические растворы
- 3) очистительные клизмы, гемостатические препараты, комбинированные мази
- 4) гипертонические микроклизмы, антибактериальные мази, гемостатические препараты

118. ИНЪЕКЦИОННЫЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ для увеличения внутрианального давления в покое
- 2) при органической недостаточности анального сфинктера 2 степени
- 3) для усиления сократительной способности мышцы путем замещения гелем рубцовых структур анального сфинктера
- 4) при органической недостаточности 3 степени

119. МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ при органической недостаточности анального сфинктера как основной метод лечения
- 2) в послеоперационном периоде при хирургической коррекции анальной инконтиненции
- 3) при лечении функциональной недостаточности анального сфинктера
- 4) в предоперационном периоде при хирургической коррекции анальной инконтиненции

120. ВТОРАЯ ФАЗА МЕТОДА САКРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ проведении пробного курса до получения клинического эффекта
- 2) хирургической имплантации постоянного электрода и электростимулятора
- 3) поиске нервов, обеспечивающих сокращение мышц сфинктера
- 4) хирургической имплантации временного электрода и электростимулятора

121. ОПЕРАЦИЯ ТИРША ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СУЖЕНИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЗА СЧЕТ

- 1)+ проведения серебряной проволоки под кожей вокруг наружного сфинктера
- 2) увеличения тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 3) имплантированного стимулятора
- 4) стимуляции вегетативных, чувствительных и двигательных нервов

122. РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПОКАЗАНА

- 1)+ при недостаточности анального сфинктера 1 степени
- 2) при недостаточности анального сфинктера 2 степени
- 3) при выраженной рубцовой деформации промежности
- 4) пациентам, перенесшим инъекционные методики лечения недостаточности анального сфинктера

123. КООРДИНАЦИОННЫЙ МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НАПРАВЛЕН НА

- 1)+ выработку условного ректоанального рефлекса
- 2) увеличение тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 3) повышение сократительной способности мышц запирающего аппарата прямой кишки и тазового дна
- 4) стимуляцию вегетативных, чувствительных и двигательных нервов

124. ИНЪЕКЦИОННЫЙ МЕТОД ПОКАЗАН ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

- 1)+ 1 степени
- 2) 2 степени
- 3) 3 степени
- 4) в послеоперационном периоде

125. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ

- 1)+ увеличения тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 2) повышения сократительной способности мышц запирающего аппарата прямой кишки и тазового дна
- 3) стимуляции вегетативных, чувствительных и двигательных нервов
- 4) выработки условного ректоанального рефлекса

126. МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ при органической недостаточности анального сфинктера
- 2) функциональной недостаточности анального сфинктера
- 3) в послеоперационном периоде при хирургической коррекции анальной инконтиненции
- 4) в предоперационном периоде

127. ПОД ГРАЦИЛОПЛАСТИКОЙ ПОНИМАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1)+ нежной мышцы бедра
- 2) длинных лоскутов большой ягодичной мышцы
- 3) коротких лоскутов большой ягодичной мышцы
- 4) приводящей мышцы бедра

Тема 8. Неотложная колопроктология.

1. ДЛЯ ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ преимущественное развитие у детей
- 2) наличие слизисто-кровянистых выделений из прямой кишки
- 3) острое развитие у взрослых
- 4) наличие постоянных болей в животе

2. ХРОНИЧЕСКИЕ ПАРАПРОКТИТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ острого парапроктита
- 2) перианальных кондилом
- 3) злокачественного процесса
- 4) анальной трещины

3. ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРФОРАЦИИ (МИКРОПЕРФОРАЦИИ) ОПУХОЛИ ИЛИ ПРИВОДЯЩИХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, А ТАКЖЕ ТРАНСЛОКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ТРАНССУДАТ, ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ

- 1)+ местного или распространенного перитонита
- 2) толсто-тонкокишечных свищей
- 3) тонко-тонкокишечных свищей
- 4) парезу желудочно-кишечного тракта

4. К ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ АНАЭРОБНЫМ МИКРООРГАНИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ ВОЗБУДИТЕЛИ

- 1)+ Eubacterium spp.
- 2) Bacteroides spp.
- 3) Cl. septicum
- 4) Cl. perfringens

5. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смешанная микрофлора
- 2) туберкулёзная палочка
- 3) стафилококк
- 4) протей

6. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обильное промывание раны антисептическими растворами
- 2) иссечение краев раны
- 3) тщательное зашивание раны
- 4) назначение антибактериальной терапии

7. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА АНАЭРОБНОГО КЛОСТРИДИАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ первичную хирургическую обработку раны
- 2) массивную антибиотикотерапию
- 3) введение противогангренозной сыворотки
- 4) обкалывание раны антибиотиками

8. ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИИ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1)+ острый парапроктит
- 2) острый тромбоз геморроидальных узлов
- 3) острая анальная трещина
- 4) острое воспаление эпителиального копчикового хода

9. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ ликвидации внутреннего свищевого отверстия
- 2) соблюдении правил личной гигиены
- 3) лечении сопутствующих заболеваний толстой кишки и анального канала
- 4) проведении колоноскопии один раз в год

10. ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ АНАЭРОБНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1)+ необходимо соблюдение анаэробных условий на всех этапах исследования
- 2) необходимо взятие исследуемого материала в условиях приемного отделения больницы
- 3) необходима доставка биоматериала в лабораторию в течение часа с момента поступления пациента в стационар
- 4) необходимо использовать защитный костюм

11. К ВОЗБУДИТЕЛЯМ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТНОСЯТ

- 1)+ смешанную микрофлору
- 2) кишечную палочку
- 3) эшерихии и протейную палочку
- 4) туберкулезную палочку

12. ИНФЕКЦИЯ ИЗ ПРОСВЕТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОПАДАЕТ

- 1)+ из крипты через протоки анальных желёз
- 2) из крипты по межфасциальным промежуткам
- 3) через повреждённую слизистую прямой кишки выше аноректальной линии
- 4) через дефект слизистой анального канала

13. КЛИНИЧЕСКИ РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА (ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ)

- 1)+ острую, молниеносную
- 2) острую, подострую
- 3) острую, хроническую
- 4) хроническую, рецидивирующую

14. САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретроректальный
- 2) подкожный
- 3) подслизистый
- 4) ишиоректальный

15. К ГЛУБОКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ ишиоректальные
- 2) подкожные и подслизистые
- 3) ретроректальные
- 4) подковообразные подкожные

16. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ свищевого отверстия
- 2) гематурии
- 3) выделения алой крови в конце акта дефекации
- 4) боли внизу живота

17. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСХОДОМ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выздоровление
- 2) формирование свища прямой кишки
- 3) рецидивирующий парапроктит
- 4) недостаточность анального сфинктера

18. К ОСНОВАМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ хирургическую обработку раны
- 2) антитоксины
- 3) антибиотики
- 4) бактериофаги

19. ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ЭТИ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ

- 1)+ острого парапроктита
- 2) острой анальной трещины
- 3) острого воспаления эпителиального копчикового хода
- 4) острого тромбоза геморроидальных узлов

20. ПАТОГЕННЫЕ ВИДЫ КЛОСТРИДИЙ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1)+ крупные грамположительные палочки
- 2) не образуют спор
- 3) строгие аэробы
- 4) требовательны к питательным средам

21. К ОСОБЕННОСТЯМ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНОГО С ОБШИРНОЙ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНОЙ ПРОМЕЖНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ дренирование, рыхлую тампонаду послеоперационной раны
- 2) послойное ушивание послеоперационной раны
- 3) обязательную ликвидацию внутреннего отверстия в области поражённой крипты
- 4) проведение оперативного вмешательства под местной инфильтративной анестезией

22. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПЕРЕВОДА БОЛЬНОГО АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ нестабильную гемодинамику
- 2) подозрение на анаэробный характер микрофлоры
- 3) высокую лихорадку, распространение гнойно-некротического процесса за пределы области промежности
- 4) наличие сопутствующего сахарного диабета

23. ПАТОГЕННЫЕ АНАЭРОБНЫЕ КЛОСТРИДИИ

- 1)+ грамположительны
- 2) грамотрицательны
- 3) облигатные анаэробы
- 4) не образуют споры

24. ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
- 2) кровотечение из прямой кишки
- 3) дефект слизистой прямой кишки
- 4) склонность к запорам

25. ГЛАВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАРАПРОКТИТА ИГРАЮТ АНАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ, БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОТОРЫХ РАСПОЛОЖЕНА В

- 1)+ толще внутреннего сфинктера
- 2) параректальной клетчатке
- 3) толще наружного сфинктера
- 4) подслизистом слое дистальной части прямой кишки

26. К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРАМ В ЛЕЧЕНИИ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНОЙ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ вскрытие гнойника, антибактериальную терапию
- 2) радикальное иссечение пораженных тканей
- 3) иммунотерапию
- 4) физиотерапию

27. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ С

- 1)+ паратуморальным абсцессом
- 2) острым воспалением эпителиального копчикового хода
- 3) тромбозом геморроидальных узлов
- 4) острым бартолинитом

28. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ магнитно-резонансную томографию с контрастированием органов малого таза
- 2) колоноскопию
- 3) сфинктерометрию
- 4) ирригоскопию

29. ДЛЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ развитие синдрома системного воспалительного ответа
- 2) чувствительность к пенициллинам
- 3) формирование плотной капсулы и множественных свищевых ходов промежности
- 4) вялотекущая форма распространения гнойно-некротического процесса

30. АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ больных сахарным диабетом
- 2) людей с почечной недостаточностью
- 3) больных с обострением язвенного колита
- 4) пациентов перенесших хирургическое лечение по поводу колоректального рака

31. ИЗВЕСТНО, ЧТО ГЛАВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАРАПРОКТИТА ИГРАЮТ АНАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ, БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОТОРЫХ РАСПОЛОЖЕНА

- 1)+ в толще внутреннего сфинктера
- 2) внутри морганиевых крипт
- 3) в параректальной клетчатке
- 4) в подслизистом слое дистальной части прямой кишки

32. СИМПТОМЫ ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ острого парапроктита
- 2) острой анальной трещины
- 3) острого воспаления эпителиального копчикового хода
- 4) острого тромбоза наружного геморроидального узла

33. АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ молниеносной формой распространения гнойно-некротического процесса
- 2) формированием плотной капсулы и множественных свищевых ходов промежности
- 3) низким уровнем риска летального исхода
- 4) высоким риском рецидивного воспаления

34. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ нагноившейся тератомой околопрямокишечной клетчатки
- 2) острым воспалением эпителиального копчикового хода
- 3) острым тромбозом геморроидальных узлов
- 4) острым бартолинитом

35. ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИМИ АНАЭРОБАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эндогенными
- 2) трансмиссивными
- 3) особо опасными
- 4) экзогенными

36. АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ гнойно-некротическое воспаление в параректальной клетчатке
- 2) любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
- 3) острое воспаление в области морганиевых крипт
- 4) острое воспаление слизистой прямой кишки

37. САМАЯ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПАРАПРОКТИТ

- 1)+ подкожный
- 2) ишиоректальный
- 3) пельвиоректальный
- 4) ретроректальный

38. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- 1)+ из прямой кишки
- 2) гематогенным путем
- 3) через кожу
- 4) из соседних органов, пораженных воспалительным процессом

39. АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ВЫЗЫВАЮТ

- 1)+ клостридии
- 2) фузобактерии
- 3) кишечная палочка и протей
- 4) бактериоиды

40. К ВЕДУЩИМ ФАКТОРАМ ПАТОГЕННОСТИ КЛОСТРИДИЙ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ экзотоксины
- 2) высокую биохимическую активность
- 3) эндотоксины
- 4) бактериальную капсулу

41. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ КЛОСТРИДИАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ

- 1)+ начать интенсивную инфузионную терапию, выполнить экстренную операцию
- 2) поместить пациента в барокамеру до операции
- 3) получить лабораторное подтверждение клостридиальной инфекции
- 4) изолировать пациента

42. ПАТОГЕННЫЕ ВИДЫ КЛОСТРИДИЙ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1)+ крупные грамположительные палочки
- 2) не образуют спор
- 3) строгие аэробы
- 4) кислотоустойчивы

43. АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ

- 1)+ сахарным диабетом
- 2) с почечной недостаточностью
- 3) с обострением язвенного колита
- 4) перенесших хирургическое лечение по поводу колоректального рака

44. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ ХАРАКТЕРНО ТО, ЧТО ОНИ

- 1)+ имеют торпидное течение
- 2) быстро излечиваются
- 3) являются распространенными формами заболевания
- 4) поражают небольшой объем подкожной жировой клетчатки

45. ГЛАВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смешанная микрофлора
- 2) стафилококк
- 3) протей
- 4) туберкулезная палочка

46. ПЕРВИЧНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИКОЙ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) ирригоскопия
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) компьютерная томография

47. ВКЛЮЧЕНИЕ В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПОКАЗАНО ПРИ ____ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1)+ клостридиальном
- 2) синегнойном
- 3) стафилококковом
- 4) любом остром

48. АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- 1)+ из прямой кишки
- 2) через кожу
- 3) гематогенным путем
- 4) из соседних органов, пораженных воспалительным процессом

49. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У БОЛЬНЫХ АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ вторичную анемию
- 2) истощение
- 3) пневмонию
- 4) патологический эпифизеолиз

50. К ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ стерилизацию перевязочного и шовного хирургического материала
- 2) прием антибиотиков
- 3) ежегодную ревакцинацию медицинского персонала
- 4) ограничение посещений больных

51. ЭКСИКОЗ НАИБОЛЕЕ БЫСТРО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ завороте тонкой кишки
- 2) острым дивертикулите
- 3) завороте сигмовидной кишки
- 4) раке прямой кишки с перифокальным воспалением

52. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- 2) пневмогастрографию
- 3) лапароскопию
- 4) ирригоскопию

53. ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИВОДИТ К

- 1)+ метаболическому алкалозу, олигурии, гиповолемии
- 2) гиперкалиемии, дыхательному алкалозу
- 3) повышению уровня амилазы крови и метаболическому ацидозу
- 4) гипернатриемии и дыхательному ацидозу

54. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) диагностическая лапароскопия
- 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 4) колоноскопия

55. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОБЛАДАЕТ НАИХУДШИМ ПРОГНОЗОМ ПРИ

- 1)+ мезентериальном тромбозе
- 2) спайках брюшной полости
- 3) обтурационной тонкокишечной непроходимости
- 4) инвагинации

56. НЕКРОБИОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ КИШКИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАЧИНАЮТСЯ СО СТОРОНЫ

- 1)+ слизистого слоя
- 2) мышечного слоя
- 3) серозного покрова
- 4) подслизистого слоя

57. КАЛ В ВИДЕ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ инвагинации
- 2) рака прямой кишки
- 3) стеноза привратника
- 4) узлообразования

58. ПРИ ИНВАГИНАЦИИ _____ ТИП НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1)+ смешанный
- 2) обтурационный
- 3) паралитический
- 4) спастический

59. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ спайки брюшной полости
- 2) опухоли тонкой кишки
- 3) инородные тела
- 4) гельминты

60. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИНВАГИНАЦИЯ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ илеоцекальном сегменте кишки
- 2) сигмовидной кишке
- 3) ректосигмоидном отделе
- 4) слепой кишке

61. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ схваткообразная боль в животе
- 2) рвота цвета кофейной гущи
- 3) постоянная боль в животе
- 4) диарея

62. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ» В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ обзорную рентгенографию/компьютерную томографию органов брюшной полости
- 2) колоноскопию без подготовки кишки к исследованию
- 3) контроль пассажа по желудочно-кишечному тракту введенного пер ос бария
- 4) ирригоскопию

63. ДЛЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ, ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ кровянистых выделений из прямой кишки
- 2) недостаточности анального жома
- 3) постоянной умеренной боли в животе
- 4) «доскообразного» живота

64. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие отхождения стула и газов
- 2) фебрильная лихорадка
- 3) неукротимая рвота, не приносящая облегчения
- 4) положительный симптом Щёткина – Блюмберга

65. ОСТРАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- 1)+ наиболее часто развивается из-за послеоперационных спаек
- 2) всегда характеризуется отсутствием отхождения стула и газов
- 3) сопровождается вздутием живота в первые 2-3 часа от начала болезни
- 4) всегда сопровождается симптомами перитонита

66. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1)+ обзорная рентгенография/компьютерная томография брюшной полости
- 2) исследование пассажа бария по кишечнику
- 3) колоноскопия
- 4) лапароскопия

67. ПОЯВЛЕНИЕ «ШУМА ПЛЕСКА» ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1)+ скоплением жидкости и газа в супрастенотическом отделе кишечника
- 2) скоплением жидкости и газа в дистальных отделах кишки
- 3) наличием выпота в брюшной полости
- 4) наличием свободного газа в брюшной полости

68. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАШЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ смешанная микрофлора
- 2) туберкулезная палочка
- 3) стафилококк
- 4) кишечная палочка

69. ДЛЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ быстрое (в течение суток) обезвоживание
- 2) наличие задержки стула
- 3) появление чаш Клойбера
- 4) постепенное нарастание симптомов

70. ПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ

- 1)+ употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
- 2) повышение внутрибрюшного давления
- 3) злоупотребление алкоголем
- 4) психологическая травма

71. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ постоянные интенсивные боли в животе
- 2) однократную рвоту
- 3) гипертермию
- 4) схваткообразные боли в животе

72. ДЛЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ симптома Цеге-Мантейфеля
- 2) гипертермии
- 3) умеренной боли в животе
- 4) многочисленных тонкокишечных уровней при нерасширенной толстой кишке

73. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПАРЕТИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие перистальтических шумов в животе
- 2) неукротимую рвоту
- 3) постоянные боли в животе
- 4) неравномерное вздутие живота

74. СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОТНОСИТСЯ К ____ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1)+ смешанной (обтурация + странгуляция)
- 2) динамической
- 3) функциональной
- 4) обтурационной

75. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕОБХОДИМО СЧИТАТЬ

- 1)+** рентгенологическое исследование органов брюшной полости (обзорная рентгенография/компьютерная томография)
- 2) колоноскопию
- 3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 4) пассаж бария по желудочно-кишечному тракту

76. РВОТУ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТ ТАКОВОЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТЛИЧАЕТ ТО, ЧТО ОНА

- 1)+** многократная, частая, необильная
- 2) обильная, застойного характера
- 3) сопровождается вздутием живота, отсутствием стула и газов
- 4) приводит к временному облегчению состояния

77. ДЕГИДРАТАЦИЯ ОРГАНИЗМА НАИБОЛЕЕ БЫСТРО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+** завороте тонкой кишки
- 2) завороте сигмовидной кишки
- 3) динамической кишечной непроходимости
- 4) илеоцекальной инвагинации

78. СПАСТИЧЕСКИЙ ИЛЕУС ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+** порфирии
- 2) панкреатите
- 3) перитоните
- 4) гипокалиемии

79. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1)+** спазму внутреннего сфинктера
- 2) спазму наружного сфинктера
- 3) анальному зуду и мацерации
- 4) затруднённому венозному оттоку

80. ЗВУЧНЫЕ ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКИЕ ШУМЫ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+** механической кишечной непроходимости
- 2) паралитической кишечной непроходимости
- 3) тромбоза мезентериальных сосудов
- 4) острого панкреатита

81. ПРИЧИНОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+** перекрут брыжейки кишки
- 2) наличие воспалительного инфильтрата
- 3) инвагинация кишки
- 4) экзофитная опухоль ободочной кишки

82. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1)+** почечная колика
- 2) перитонит
- 3) уремия
- 4) порфирия

83. ПОСТОЯННАЯ УМЕРЕННАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ паралитической кишечной непроходимости
- 2) завороте тонкой кишки
- 3) завороте толстой кишки
- 4) злообразовании

84. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) диагностическая лапароскопия
- 4) колоноскопия

85. ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТСЯ В СРОК

- 1)+ до 2 часов от момента постановки диагноза
- 2) 24-48 часов от момента постановки диагноза
- 3) 48-72 часа от момента постановки диагноза
- 4) в течение трех суток от момента поступления пациента в стационар

86. ПРИЗНАКОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ХАРАКТЕРИСТИКЕ СТАНДАРТНОЙ ПОВЕРХНОСТНОЙ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поражение только кожи и подкожной жировой клетчатки
- 2) абсцесс швов (минимальное воспаление или отделяемое, ограниченное точками проникновения нити)
- 3) инфекция ожоговой раны
- 4) инфекция, вовлекающая фасциальный и мышечный слои, либо полость или орган

87. НА ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ИШИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА У ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ПРОКРАШИВАНИЯ ГНОЙНОГО ХОДА ВЫЯВЛЕНА ПОРАЖЕННАЯ КРИПТА НА 10 ЧАСАХ ПО ЦИФЕРЬЛАТУ С РУБЦОВЫМ ВТЯЖЕНИЕМ. ГНОЙНЫЙ ХОД РАСПОЛАГАЕТСЯ КНАРУЖИ ОТ СФИНКТЕРА. ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ВСКРЫТЬ ГНОЙНИК И

- 1)+ радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища
- 2) иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- 3) сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- 4) иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки

88. МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ПРОТИВОАНГРЕНОЗНОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СОСТАВЛЯЕТ (МЕ)

- 1)+ 150 000
- 2) 30 000
- 3) 90 000
- 4) 300 000

89. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕБРЮШНОЙ ЧАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ С НАЛИЧИЕМ ОБШИРНОЙ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ в любом случае
- 2) если с момента травмы прошло более 6 часов
- 3) если много некротизированных тканей
- 4) если есть загрязнение раны кишечным содержимым

90. ИНТРАОПЕРАЦИОННО ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ЛЕВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРОИЗОШЛА ЭЛЕКТРОТРАВМА СЕРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ДО МЫШЕЧНОГО СЛОЯ БЕЗ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, В ДАННОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ ушить дефект серозно-мышечными швами
- 2) сформировать отключающую стому
- 3) вывести поврежденный участок кишки в виде стомы
- 4) ничего не предпринимать

91. С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПЕРЕД УШИВАНИЕМ ЧИСТЫХ И УСЛОВНО-ЧИСТЫХ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН РЕКОМЕНДОВАНО

- 1)+ промывание ран водным раствором повидон-йода
- 2) промывание ран физиологическим раствором
- 3) промывание ран растворами антибиотиков
- 4) ушивание ран без дополнительной их обработки растворами антисептиков при проведении антибиотикопрофилактики

92. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ИШИОРЕКТАЛЬНЫЙ ПАРАПРОКТИТ, ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения в экстренном порядке
- 2) вскрыть гнойник в поликлинике
- 3) назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- 4) назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой

93. СИМПТОМЫ ПЕРИТОНИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ резкую боль в животе
- 2) гипотермию
- 3) перкуторное усиление печеночной тупости
- 4) диарею

94. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПОДШИВАНИЕМ КРАЁВ РАНЫ КО ДНУ ПРОШЛО 6 ДНЕЙ, РАНА С СЕРЫМ НАЛЁТОМ, КРАЯ ИНФИЛЬТРИРОВАНЫ, ПО ВЕЧЕРАМ У БОЛЬНОГО СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ снять швы, применить мази на водорастворимой основе, в последующие дни физиотерапию
- 2) считать, что это обычное течение раневого процесса, ничего не предпринимать
- 3) не снимая швов, назначить антибактериальные препараты
- 4) снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором

95. ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОЛЖНОГО ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДОСТАТОЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧА-ХИРУРГА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛИКВИДАЦИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование петлевой кишечной стомы
- 2) обструктивная резекция кишки
- 3) формирование цекостомы
- 4) перевод пациента в специализированное лечебное учреждение

96. У БОЛЬНОЙ ПРОИЗОШЛО САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ В ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ ГНОЙНИКА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ПЕЛЬВИО-РЕКТАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ, ГНОЙ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 38,1°C, ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- 2) попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- 3) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- 4) назначить антибактериальную терапию, оперировать только при ухудшении состояния

97. ПРИ ОСТРОМ ПОДКОЖНОМ ПЕРЕДНЕМ ПАРАПРОКТИТЕ С ИНТРАСФИНКТЕРНЫМ ГНОЙНЫМ ХОДОМ У ЖЕНЩИНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВСКРЫТЬ АБСЦЕСС И

- 1)+ иссечь поражённую крипту, рассечь гнойный ход в просвет прямой кишки
- 2) провести заднюю дозированную сфинктеротомию
- 3) провести дренирующую лигатуру
- 4) назначить консервативное лечение

98. К ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА ОТНОСЯТ

- 1)+ повреждения, затрагивающие одну анатомическую область
- 2) повреждения живота с одной стороны
- 3) непроникающие ранения живота
- 4) тупые травмы живота

99. ГНОЙ ИЗ ПОЛОСТИ ТАЗА ПО ЗАПИРАТЕЛЬНОМУ ОТВЕРСТИЮ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

- 1)+ на внутреннюю поверхность бедра
- 2) на латеральную поверхность бедра
- 3) под малую ягодичную мышцу
- 4) под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра

100. ФАКТОРОМ РИСКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) опыт хирурга
- 3) предшествующая диета больного
- 4) лапароскопический характер вмешательства

101. РЕАКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРИТОНИТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ____ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ 6
- 2) 12
- 3) 24
- 4) 48

102. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПЕРВЫМ ЭТАПОМ СЛЕДУЕТ

- 1)+ предпринять попытку эндоскопической деторсии кишки
- 2) выполнить лапаротомию, ликвидацию заворота, мезосигмопликацию
- 3) выполнить обструктивную резекцию
- 4) выполнить резекцию сигмовидной кишки с первичным анастомозом

103. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОЛИП ПРЯМОЙ КИШКИ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1)+ фиброколоноскопии
- 2) ангиографии
- 3) радиоизотопного исследования
- 4) рентгенографии пищеварительного тракта с контрастом

104. ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТРАВМЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ выполняется всегда
- 2) противопоказано
- 3) не выполняется при подозрении на внебрюшинное повреждение
- 4) не выполняется при подозрении на внутрибрюшное повреждение

105. К ОРГАНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫМ РАНЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ несостоятельность колоректального анастомоза
- 2) некротизирующий фасциит
- 3) нагноение серомы в области послеоперационного рубца
- 4) несостоятельность кишечно-кожных швов стомы

106. НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ИМЕЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ НАРУЖНОГО ЖОМА ПО ЛЕВОЙ БОКОВОЙ СТЕНКЕ (ОТ 1 ДО 5 ЧАСОВ ПО ЦИФЕРБЛАТУ), КРАЯ РАНЫ ОТЁЧНЫ, ОБРЫВКИ МЫШЦ ТЁМНЫЕ, РАНА С СЕРЫМ НАЛЁТОМ, БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО

- 1)+ провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса
- 2) промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому
- 3) промыть рану, назначить антибиотики
- 4) произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер

107. К ПОВЕРХНОСТНЫМ РАНЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ нагноение серомы в области послеоперационного рубца
- 2) тазовый перитонит, вследствие несостоятельности колоректального анастомоза
- 3) некротизирующий фасциит
- 4) биллома в области краевой резекции печени

108. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАСТО ТРЕБУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ____ ПАРАПРОКТИТА

- 1)+ пельвиоректального
- 2) подкожного
- 3) подслизистого
- 4) межмышечного

109. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие чаш Клойбера
- 2) симптом Валя
- 3) свободный газ под правым куполом диафрагмы
- 4) симптом Обуховской больницы

110. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОИЗОШЛО ВЫПАДЕНИЕ ПЕТЕЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ ПРОХОД, ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОШЕЛ 1 ЧАС, ПРОВЕДЕНА ЛАПАРОТОМИЯ С РЕВИЗИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВЫПАВШИЕ ПЕТЛИ КИШКИ ЖИЗНЕСПОСОБНЫ, БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- 1)+ ушивание дефекта стенки кишки
- 2) резекцию выпавших петель тонкой кишки
- 3) петлевую сигмостомию
- 4) резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана

111. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ РАН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение из раневой поверхности
- 2) наличие бактериальной обсемененности
- 3) рваный край раны
- 4) диастаз краев раны более 3 см

112. МЕХАНИЧЕСКОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ ОБУСЛАВЛИВАЕТ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ

- 1)+ опухоли толстой кишки
- 2) перитоните
- 3) остром панкреатите
- 4) забрюшинной гематоме

113. ПРИ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАБЛЮДАЮТ

- 1)+ раннюю повторную рвоту
- 2) равномерное вздутие живота
- 3) чаши Клойбера в дистальных отделах тонкой кишки
- 4) схваткообразную боль

114. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ сильными схваткообразными болями в животе
- 2) острой «кинжальной» болью в эпигастрии
- 3) постоянной тупой болью в животе
- 4) незначительными проходящими болями в животе, без чёткой локализации

115. К СИМПТОМАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ неукротимую рвоту
- 2) вздутие живота первые часы заболевания
- 3) быстрое снижение объема циркулирующей крови
- 4) схваткообразные боли

116. ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РЕЖЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ постоянная боль в животе
- 2) вздутие живота
- 3) схваткообразная боль в животе
- 4) задержка стула и газов

117. ЕСЛИ НА СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, У БОЛЬНОГО 56 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН ОДИНОЧНЫЙ МЕТАСТАЗ В ЛЕВОЙ ДОЛЕ ПЕЧЕНИ, СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, ТО УЧИТЫВАЯ ВЫЯВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАНО

- 1)+ формирование проксимальной стомы и направление больного в специализированное лечебное учреждение
- 2) выполнить резекцию сигмовидной кишки с наложением анастомоза и резекцией левой доли печени
- 3) выполнение резекции левой доли печени первым этапом
- 4) ограничиться выполнением левосторонней гемиколэктомии

118. К ГЛУБОКИМ РАНЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ некротизирующий фасциит
- 2) несостоятельность колоректального анастомоза
- 3) нагноение серомы в области послеоперационного рубца
- 4) несостоятельность кишечно-кожных швов стомы

119. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В РАННИЕ СРОКИ, НЕОБХОДИМО СЧИТАТЬ

- 1)+ правостороннюю гемиколэктомию
- 2) формирование илеостомы
- 3) формирование цекостомы
- 4) субтотальную колэктомию

120. ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ в плановом порядке
- 2) в экстренном порядке
- 3) в срочном порядке
- 4) только при неэффективности консервативных мероприятий

121. ПРИ ОСТРОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ вздутие живота
- 2) быстрое снижение объема циркулирующей крови
- 3) быстрое обезвоживание
- 4) наличие неукротимой рвоты

122. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несостоятельность швов межкишечного соустья
- 2) вскрытие просвета кишки во время операции
- 3) ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- 4) дисбактериоз

123. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТЕЙ ТАЗА СЛЕДУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВЕСТИ ПРИ

- 1)+ падении с высоты
- 2) повреждении анального канала
- 3) разрыве промежности в родах
- 4) повреждении анального канала и промежности

124. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ПРОВОДИТСЯ С

- 1)+ аппендицитом, опухолевыми, воспалительными заболеваниями кишечника
- 2) калькулезным холециститом
- 3) болезнью Лайма
- 4) геморроидальной болезнью, эпителиальным копчиковым ходом и хронической анальной трещиной

125. ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ МАТКИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ ПРОИЗОШЛО ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ, РАНА ОКОЛО 2 СМ В ДИАМЕТРЕ, КРАЯ ЕЁ РОВНЫЕ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ ушить рану кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку
- 2) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана
- 3) ушить рану кишки, сформировать колостому
- 4) сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза

126. КАРАНТИН В ОТДЕЛЕНИИ

- 1)+ не объявляется ни при каком виде парапроктита
- 2) устанавливается, если поступил больной с гнилостным парапроктитом
- 3) устанавливается при неклостридиальной анаэробной инфекции
- 4) устанавливается при поступлении больного с клостридиальным процессом

127. ПРИ ОЖОГАХ РАСТВОРОМ ПЕРМАНГАНАТА КАЛИЯ ДЛЯ ЕГО УДАЛЕНИЯ И УМЕНЬШЕНИЯ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ ПРОМЫВАНИЕ ПОЛОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ раствором аскорбиновой кислоты
- 2) 2% взвесь окиси магния
- 3) гипертоническим раствором
- 4) раствором формальдегида

128. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ИШИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЗАДНЕЙ КРИПТЫ ВЫЯВЛЕНО, ЧТО ГНОЙНЫЙ ХОД ИДЕТ ЧЕРЕЗ ПОДКОЖНУЮ ПОРЦИЮ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВСКРЫТЬ ГНОЙНИК

- 1)+ иссечь поражённую крипту и рассечь гнойный ход в просвет прямой кишки
- 2) и дренировать
- 3) иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- 4) и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию

129. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ИСХОД РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1)+ выздоровление
- 2) формирование свища прямой кишки
- 3) рецидивирующий парапроктит
- 4) недостаточность анального сфинктера

130. ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В РОДАХ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ при разрыве промежности III степени
- 2) при разрыве промежности II степени
- 3) при разрыве промежности I степени
- 4) возникает во время перинеотомии

131. ГНОЙНЫЕ ЗАТЕКИ ИЗ ПОЗАДИПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ

- 1)+ в забрюшинное клетчаточное пространство
- 2) на медиальную поверхность бедра
- 3) на латеральную поверхность бедра
- 4) во влагалище прямой мышцы живота

132. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дорожно-транспортная травма
- 2) ножевые ранения
- 3) огнестрельные ранения живота и таза
- 4) падение на острые предметы

133. ТРАВМА НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СФИНКТРОМЕТРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ понижением показателей волевых сокращений
- 2) понижением давления в покое
- 3) повышением давления в покое
- 4) повышением показателей волевых сокращений

134. ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перфоративный дивертикулит
- 2) хронический дивертикулит
- 3) стеноз ободочной кишки
- 4) межкишечный свищ

135. СОДЕРЖИМОЕ ПРИВОДЯЩИХ ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗАВОРОТЕ ТОНКОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ

- 1)+ удалять через назо-интестинальный зонд
- 2) удалять вместе с нежизнеспособной петлей кишки
- 3) сцеживать через желудочный зонд
- 4) сцеживать в отводящие отделы тонкой кишки

136. СИМПТОМЫ ЦЕГЕ-МАНТЕЙФЕЛЯ И ОБУХОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ заворота сигмовидной кишки
- 2) заворота тонкой кишки
- 3) обтурации опухолью восходящей кишки
- 4) илеоцекальной инвагинации

137. К АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- 2) снижение тонуса кишки и отсутствие перистальтики
- 3) бледно-розовую окраску кишечной стенки
- 4) усиленную перистальтику кишки

138. ПРИ УЗЛООБРАЗОВАНИИ, УЩЕМЛЕНИИ КИШКИ И ЗАВОРОТЕ КИШКИ

- 1)+ показана экстренная операция
- 2) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
- 3) предпочтительна операция в «холодном» периоде
- 4) необходимо динамическое наблюдение

139. ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1)+** проводится только консервативное лечение
- 2) выполняется операция по срочным показаниям
- 3) показана экстренная операция
- 4) оперативное вмешательство показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения

Тема 9. Онкологическая колопроктология.

1. ВЕРХНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ

- 1)+ брюшной аорты
- 2) желудочно-двенадцатиперстной артерии
- 3) печеночной артерии
- 4) чревного ствола

2. ТОНКАЯ КИШКА ИМЕЕТ

- 1)+ брыжейку
- 2) мышечные ленты
- 3) жировые подвески
- 4) гаустры

3. ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ ректального пальцевого исследования
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) ирригографии
- 4) фиброколоноскопии

4. ДЛИНА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО РИГИДНОЙ РЕКТОСКОПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1)+ 15
- 2) 12
- 3) 18
- 4) 10

5. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ пальцевое исследование прямой кишки
- 2) колоноскопия
- 3) сигмоскопия
- 4) ирригоскопия

6. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ТРЕТЬЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие отдаленных метастазов
- 2) глубина прорастания опухоли
- 3) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- 4) размер опухоли более 5 см

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение кишечной проходимости
- 2) анемия
- 3) повышение температуры тела
- 4) боль в животе

8. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА TNM КРИТЕРИЙ N ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ наличие пораженных лимфоузлов
- 2) глубину прорастания опухоли
- 3) наличие отдаленных метастазов
- 4) наличие канцероматоза

9. ЧАЩЕ ВСЕГО ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ _____ ПОЛИПЫ

- 1)+ ворсинчатые
- 2) аденоматозные
- 3) железисто-ворсинчатые
- 4) анальные

10. СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦИФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНАЯ ПЕРЕГОРОДКА СООТВЕТСТВУЕТ ____ ЧАСАМ

- 1)+ 12
- 2) 9
- 3) 6
- 4) 3

11. НАИМЕНЬШЕЙ ТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАТУСА РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ компьютерная томография
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) магнитно-резонансная томография с эндоректальной катушкой
- 4) эндоректальное УЗИ

12. ИССЛЕДОВАНИЕ ОНКОМАРКЕРА РЭА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С ЧАСТОТОЙ ОДИН РАЗ В

- 1)+ 3 месяца
- 2) месяц
- 3) 6 месяцев
- 4) 12 месяцев

13. ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ третий крестцовый позвонок
- 2) первый крестцовый позвонок
- 3) копчик
- 4) пятый крестцовый позвонок

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выделение крови при дефекации
- 2) боль в крестце
- 3) повышение температуры тела
- 4) кишечная непроходимость

15. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ИНФИЛЬТРАЦИЯ ОПУХОЛЬЮ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ

- 1)+ T2
- 2) T3
- 3) T0
- 4) T1

16. ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ СИМПТОМ ВАЛЯ?

- 1)+ непроходимости
- 2) перфорации
- 3) пенетрации с образованием свища
- 4) метастазировании

17. ЖАЛОБЫ НА ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА ИЛИ ЛОЖНЫЕ ПОЗЫВЫ НА ДЕФЕКАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ РАКЕ

- 1)+ прямой кишки
- 2) нисходящей ободочной кишки
- 3) поперечной ободочной кишки
- 4) слепой кишки

18. К СИМПТОМАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ слабость, похудание, потерю аппетита
- 2) обтурационную кишечную непроходимость
- 3) примесь крови в каловых массах, диарею
- 4) запоры

19. СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦИФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ АНАКОПЧИКОВАЯ ОБЛАСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ЧАСАМ

- 1)+ 6
- 2) 9
- 3) 12
- 4) 3

20. ПОЗВОЛЯЕТ ТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ И ПРОТЯЖЕННОСТЬ КРУПНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) МРТ
- 3) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 4) колоноскопия

21. НИЖНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТХОДИТ ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней половой
- 2) верхней ягодичной
- 3) нижней ягодичной
- 4) промежностной

22. ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА СВЯЗАНО С НАЛИЧИЕМ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 3-5
- 2) 1-2
- 3) 0-1
- 4) 5-7

23. РЕГИОНАЛЬНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ДЛЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ мезоректальные
- 2) парааортальные
- 3) паховые
- 4) запирательные

24. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ВТОРОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ПЕРВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ глубина прорастания опухоли
- 2) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- 3) наличие метастазов в печени
- 4) размер опухоли более 3 см

25. АРТЕРИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОТХОДЯТ ОТ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ нижней брыжеечной
- 2) верхней брыжеечной
- 3) средней ободочной
- 4) левой ободочной

26. ОСНОВНЫМ ФИКСИРУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ СВЯЗКА

- 1)+ желудочно-ободочная
- 2) печеночно-дуоденальная
- 3) пузырно-толстокишечная
- 4) Трейтца

27. НАИБОЛЕЕ УДОБНЫМ ДЛЯ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА

- 1)+ спине в гинекологическом кресле
- 2) правом или левом боку
- 3) животе
- 4) спине в постели

28. ВВЕДЕНИЕ РЕКТОСКОПА В ПРЯМУЮ КИШКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ПРОИЗВОДЯТ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К

- 1)+ пупку
- 2) копчику
- 3) правому плечу пациента
- 4) левому плечу пациента

29. ТОКСИКОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ _____ КИШКИ

- 1)+ восходящей
- 2) поперечной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

30. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) липома
- 3) ворсинчатая опухоль
- 4) аденома

31. ОСНОВНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ СТВОЛОМ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЯ

- 1)+ средняя ободочная
- 2) левая ободочная
- 3) правая ободочная
- 4) нижняя брыжеечная

32. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНЫХ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ДО ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1)+ компьютерную томографию с внутривенным контрастированием
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) колоноскопию
- 4) ирригоскопию

33. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ примесь крови к стулу
- 2) боль в заднем проходе при дефекации
- 3) боль в области копчика
- 4) выделение гноя из заднего прохода

34. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анемия
- 2) кишечная непроходимость
- 3) повышение температуры тела
- 4) боль в животе

35. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1)+ аденокарциномы
- 2) меланомы
- 3) базалиомы
- 4) перстневидноклеточного рака

36. ПОЛ ЧЕЛОВЕКА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ не оказывает влияния
- 2) оказывает влияние, но с учётом условий труда
- 3) оказывает влияние, но с учётом качества пищи
- 4) оказывает существенное влияние

37. ВЫСОТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ КРАЯ АНУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ ригидной ректоскопии
- 2) трансректального УЗИ
- 3) колоноскопии
- 4) пальцевого исследования

38. КРАЕВОЙ СОСУД ЛЕВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОБРАЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ ЛЕВОЙ ВЕТВИ СРЕДНЕЙ ОБОДОЧНОЙ АРТЕРИИ И

- 1)+ восходящей ветви левой ободочной артерии
- 2) правой ветви средней ободочной артерии
- 3) подвздошно-ободочной артерии
- 4) первой ветви сигмовидной артерии

39. СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦИФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ ЛЕВАЯ ЯГОДИЧНАЯ ОБЛАСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЧАСАМ

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12

40. НАИМЕНЕЕ ПОСТОЯННЫМ КРОВЕНОСНЫМ СОСУДОМ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЯ

- 1)+ правая ободочная
- 2) подвздошно-ободочная
- 3) средняя ободочная
- 4) аппендикулярная

41. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА TNM КРИТЕРИЙ М ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ наличие отдаленных метастазов
- 2) глубину прорастания опухоли
- 3) наличие пораженных лимфоузлов
- 4) наличие канцероматоза

42. ДЛЯ ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ В

- 1)+ слепой и восходящей кишках
- 2) сигмовидной кишке
- 3) поперечной ободочной кишке
- 4) ректосигмоидном отделе

43. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1)+ диффузный семейный полипоз толстой кишки
- 2) неспецифический язвенный колит
- 3) болезнь Крона
- 4) гиперпластический полип

44. ИНТОКСИКАЦИЯ И АНЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА ____ КИШКИ

- 1)+ восходящей ободочной
- 2) поперечной ободочной
- 3) нисходящей ободочной
- 4) сигмовидной

45. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ВТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- 2) глубина прорастания опухоли
- 3) наличие метастазов в печени
- 4) размер опухоли более 3 см

46. СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦЕФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ ПРАВАЯ ЯГОДИЧНАЯ ОБЛАСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ЧАСАМ

- 1)+ 9
- 2) 6
- 3) 3
- 4) 12

47. ПОД ПОНЯТИЕМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК» ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ

- 1)+ аденокарциному
- 2) злокачественную меланому
- 3) саркому
- 4) лейомиому

48. К НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ гастростромальная интерстициальная опухоль
- 2) аденокарцинома из анальных желез
- 3) базалиоидный рак
- 4) плоскоклеточный рак

49. НИЖНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ ВЕНА В КОРНЕ БРЫЖЕЙКИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОДНОИМЕННОЙ АРТЕРИИ РАСПОЛОЖЕНА

- 1)+ слева
- 2) справа
- 3) спереди
- 4) позади

50. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА TNM КРИТЕРИЙ Т ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ глубину прорастания опухоли
- 2) наличие пораженных лимфоузлов
- 3) наличие отдаленных метастазов
- 4) наличие канцероматоза

51. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ 1 ЧЕЛОВЕК НА

- 1)+ 5000-10000
- 2) 100-200
- 3) 500-1000
- 4) 10000-20000

52. В СЕМЬЕ, В КОТОРОЙ ОДИН ИЗ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЕН СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИСК НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ КАЖДОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 25
- 3) 100
- 4) 75

53. НАЛИЧИЕ ГЕРМИНАЛЬНОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ STK11 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ синдрома Пейтца-Егерса
- 2) семейного аденоматоза толстой кишки
- 3) синдрома Линча
- 4) MUTYH-ассоциированного полипоза

54. ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ОДНОМ ОРГАНЕ СООТВЕТСТВУЕТ СИМВОЛУ

- 1)+ M1a
- 2) M1b
- 3) M1c
- 4) M0

55. ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ПОЛИПОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленный с х-хромосомой
- 4) сцепленный с у-хромосомой

56. МУТАЦИЯ В APC ОТ БОЛЬНОГО РОДИТЕЛЯ ПЕРЕДАЕТСЯ РЕБЕНКУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 25
- 3) 50 мальчику, 25 девочке
- 4) 50 девочке, 25 мальчику

57. НАЛИЧИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАКА _____ КИШКИ

- 1)+ слепой
- 2) нисходящей ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

58. ДЛЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обтурационный
- 2) странгуляционный
- 3) смешанный
- 4) динамический

59. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПОЛИПОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тощая и подвздошная кишка
- 2) желудок и двенадцатиперстная кишка
- 3) слепая и восходящая ободочная кишка
- 4) сигмовидная и прямая кишка

60. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1)+ 50 лет и старше
- 2) 40-49 лет
- 3) 30-39 лет
- 4) 20-29 лет

61. КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЗЫВАЕТСЯ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ

- 1)+ APC
- 2) RMS2
- 3) MYH
- 4) STK11

62. К ПОЗДНИМ СИМПТОМАМ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ лимфостаз в нижних конечностях
- 2) боль в нижних отделах живота
- 3) нарушение дефекации
- 4) нарушение мочеиспускания

63. ПОВЫШЕНИЕ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НЕЙРОБЛАСТОМЕ В__ % СЛУЧАЕВ

- 1)+ 70
- 2) 0
- 3) 30
- 4) 100

64. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ И ПОСТОЯННЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ частый стул с примесью слизи и крови
- 2) метеоризм и боли в животе
- 3) тошнота и склонность к запорам
- 4) отрыжка и склонность к жидкому стулу

65. ГЕН APC ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧАСТОК МОЛЕКУЛЫ ДНК, ВКЛЮЧАЮЩИЙ В СЕБЯ ОКОЛО 100000 ПАР НУКЛЕОТИДОВ И РАСПОЛАГАЮЩИЙСЯ НА _____ ХРОМОСОМЕ

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 13
- 4) 11

66. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 35-40
- 2) 15-20
- 3) 60-70
- 4) 70-80

67. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ ПРИ

- 1)+ патоморфологическом исследовании резецированного органа с регионарным лимфатическим аппаратом
- 2) использовании эндоскопических методов
- 3) рентгенологическом исследовании
- 4) клиническом осмотре больного

68. ЛОКАЛИЗАЦИЯ МУТАЦИИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ РЕГИОНЕ ГЕНА APC ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1)+ классической формы САТК
- 2) ослабленной формы САТК
- 3) рака мочевого пузыря
- 4) рака органов ЦНС

69. ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
- 2) атрофия ногтей, алопеция
- 3) опухоли мозга
- 4) множественные кисты слюнных желез

70. КОЛОНОСКОПИЮ ПРИ МУН-АССОЦИИРОВАННОМ ПОЛИПОЗЕ ПРОВОДЯТ С _____ ЛЕТ

- 1)+ 20-25
- 2) 10-15
- 3) 30-35
- 4) 40

71. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДЕСМОИДНОЙ ОПУХОЛИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брыжейка тонкой кишки
- 2) большой сальник
- 3) брыжейка сигмовидной кишки
- 4) брыжейка поперечной ободочной кишки

72. СРЕДИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ менее 1
- 2) 5-10
- 3) 10-20
- 4) 20-30

73. ДЛЯ СИНДРОМА ГАРДНЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ меланомы
- 2) остеомы
- 3) опухолей мягких тканей
- 4) остеофибромы

74. ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1)+ аденомами
- 2) ювенильными полипами
- 3) псевдополипами
- 4) гамартомными полипами

75. К НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ ТАЗА ЭМБРИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ хордомы
- 2) рабдомиомы
- 3) шванномы
- 4) миксомы

76. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА ДИАГНОСТИРУЮТСЯ

- 1)+ гинекологом
- 2) неврологом
- 3) хирургом
- 4) терапевтом

77. ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленный с х-хромосомой
- 4) сцепленный с у-хромосомой

78. РАЗВИТИЕ АНЕМИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В

- 1)+ правых отделах ободочной кишки
- 2) поперечно-ободочной кишке
- 3) нисходящей ободочной кишке
- 4) сигмовидной кишке

79. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 100
- 2) 30
- 3) 50
- 4) 80

80. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С РАЗВИТИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, И ИМЕЮЩИМ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МУТҮН-ассоциированный полипоз
- 2) синдром Ли-Фраумени
- 3) синдром Пейтца-Егерса
- 4) семейный аденоматоз толстой кишки

81. НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА ЧАЩЕ НЕДОСТУПНЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ

- 1)+ через переднюю брюшную стенку
- 2) при вагинальном исследовании
- 3) при ректальном исследовании
- 4) трансперинеально

82. К НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ МЕЗОДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ липосаркома
- 2) тератома
- 3) хордома
- 4) шваннома

83. К НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ ТАЗА ИЗ ГЛАДКОМЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ лейомиомы
- 2) миксомы
- 3) рабдомиомы
- 4) шванномы

84. ЕСЛИ ВЫЯВЛЕНА ПАТОГЕННАЯ ГЕРМИНАЛЬНАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ APC ТО ЭТО ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

- 1)+ семейного аденоматоза толстой кишки
- 2) спорадического колоректального рака
- 3) синдрома Пейтца-Егерса
- 4) MUTYH-ассоциированного полипоза

85. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ 1 ЧЕЛОВЕК НА

- 1)+ 50000-200000
- 2) 100-200
- 3) 500-1000
- 4) 5000-10000

86. ПРИ БИОПСИИ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ПРОИСХОДИТ ВЫСОКИЙ РИСК

- 1)+ контаминации опухолевыми клетками
- 2) кровотечения
- 3) повреждения полых органов
- 4) нагноения

87. КОЛОНОСКОПИЮ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ПРОВОДЯТ С ____ ЛЕТ

- 1)+ 18
- 2) 28
- 3) 38
- 4) после 40

88. ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ гамартомных полипов
- 2) тубулярных аденом
- 3) гиперпластических полипов
- 4) зубчатых аденом

89. МУТАЦИЯ ГЕНА APC ПЕРЕДАЕТСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ

- 1)+ независимо от пола
- 2) только женскому полу
- 3) только мужскому полу
- 4) большей степени женскому полу

90. ОДНИМ ИЗ РАННИХ СИМПТОМОВ ПЕРВИЧНЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль в нижних отделах живота
- 2) отеки нижних конечностей
- 3) интоксикация
- 4) иррадиация боли в поясничную область

91. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СРЕДИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ВСТРЕЧАЮТСЯ НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА

- 1)+ мезодермального происхождения
- 2) эмбрионального происхождения
- 3) нейrogenной природы
- 4) лимфoретикулярного происхождения

92. ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНОЕ ЧИСЛО ПОЛИПОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ

- 1)+ 100
- 2) 20
- 3) 50
- 4) 200

93. СОЧЕТАНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С КИСТАМИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ синдром Олфилда
- 2) синдром Тюрко
- 3) синдром Гарднера
- 4) синдром Пейтца-Еггерса

94. ГЕН MUTYH ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧАСТОК МОЛЕКУЛЫ ДНК, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА _____ ХРОМОСОМЕ

- 1)+ 1
- 2) 5
- 3) 10
- 4) 12

95. К ГИПЕРВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ ТАЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ гемангиоперицитомы
- 2) лейомиосаркомы
- 3) липосаркомы
- 4) лимфомы

96. ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ ПОКАЗАНО НОСИТЕЛЮ МУТАЦИИ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕЙ КЛАССИЧЕСКУЮ ФОРМУ САТК В ВОЗРАСТЕ С (В ГОДАХ)

- 1)+ 10-12
- 2) 15-20
- 3) 20-25
- 4) 25-30

97. ДЕСМОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ РАЗВИВАЮТСЯ У _____% ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ 15
- 2) 30
- 3) 50
- 4) 70

98. МУН-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПОЛИПОЗ КЛИНИЧЕСКИ НАПОМИНАЕТ

- 1)+ ослабленную форму САТК
- 2) классическую форму САТК
- 3) синдром Линча
- 4) синдром Пейтца-Еггерса

99. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ МУТАЦИЯМИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ делеции и инсерции
- 2) мутации сайта сплайнсинга
- 3) мутации сдвига рамки считывания
- 4) нонсенс-мутации

100. ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ МУТМН-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аутосомно-рецессивный
- 2) сцепленный с х-хромосомой
- 3) аутосомно-доминантный
- 4) сцепленный с у-хромосомой

101. МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА

- 1)+ низкий
- 2) средний
- 3) высокий
- 4) не метастазируют

102. СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ОТСУТСТВИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНАМНЕЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ, НАЧИНАЯ С (В ГОДАХ)

- 1)+ 50
- 2) 40
- 3) 45
- 4) 55

103. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T4 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ прорастание висцеральной брюшины или соседние органы или структуры
- 2) интраэпителиальную неоплазию
- 3) инвазию в паракишечную клетчатку
- 4) вовлечение мышечного слоя

104. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колоноскопия
- 2) анализ кала на скрытую кровь
- 3) ирригоскопия
- 4) КТ-колонография

105. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T3 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ прорастание в паракишечную клетчатку
- 2) интраэпителиальную неоплазию
- 3) инвазию в подслизистый слой
- 4) вовлечение мышечного слоя

106. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1C ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ опухолевых депозитов
- 2) пораженных лимфоузлов
- 3) отдаленных метастазов
- 4) канцероматоза

107. ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИ ПОРАЖЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ВДОЛЬ ПРАВОЙ ОБОДОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА С РАКОВОЙ ОПУХОЛЬЮ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____ ЛИМФОУЗЛОВ

- 1)+ мезоколических
- 2) эпикалических
- 3) апикальных
- 4) параколических

108. КОЛОНОСКОПИЮ ДЛЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 50 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ 1 РАЗ В (В ГОДАХ)

- 1)+ 10
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 15

109. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N2A ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 4-6
- 2) 1-3
- 3) 7-9
- 4) 10 и более

110. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОБНАРУЖЕНА ПОЛУЦИРКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С НЕГЛУБОКИМ ПРОРАСТАНИЕМ В БРЫЖЕЙКУ, НАЛИЧИЕМ 2 МЕТАСТАТИЧЕСКИ ПОРАЖЕННЫХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ОТСУТСТВИЕМ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ДРУГИХ ОРГАНАХ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T3N1bM0
- 2) T4aN1aM0
- 3) T3N1aM0
- 4) T4aN1cM0

111. В КЛАССИФИКАЦИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО KIKUCHI КРИТЕРИЙ SM2 ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ НА ВСЮ ТОЛЩУ

- 1)+ подслизистого слоя
- 2) мышечной оболочки
- 3) паракишечной клетчатки
- 4) серозы

112. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M1A ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1)+ в одном органе
- 2) на брюшине
- 3) в околокишечной клетчатке
- 4) в печени и легких

113. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1B ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 2-3
- 2) 4-5
- 3) 6-7
- 4) 8-9

114. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРЕПАНОБИОПСИИ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение в свертывающей системе крови
- 2) размер опухоли более 5 см
- 3) ВИЧ-инфекция
- 4) возраст пациента

115. ПО МИКРОСТРУКТУРЕ КАУДАЛЬНЫЕ ТЕРАТОМЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ опухоль из трёх зародышевых листков
- 2) эпителиальный копчиковый ход
- 3) базалиому
- 4) саркому

116. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1A ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

117. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T1 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ инвазию в подслизистый слой
- 2) интраэпителиальную неоплазию
- 3) вовлечение мышечного слоя
- 4) прорастание в паракишечную клетчатку

118. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M1B ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1)+ в двух и более органах
- 2) на брюшине
- 3) в околокишечной клетчатке
- 4) в одном органе

119. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1 ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 1-3
- 2) 4-6
- 3) 7-9
- 4) 10 и более

120. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОРАСТАНИЯ В ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ, МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ 4 РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, МНОЖЕСТВЕННЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ, БЕЗ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4bN2aM1b
- 2) T4bN2bM1a
- 3) T4aN1cM1a
- 4) T4aN2aM1c

121. В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ ирригоскопия
- 2) УЗИ кишечника
- 3) проктография
- 4) обзорная рентгенография органов брюшной полости

122. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T4B ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В

- 1)+ соседние органы
- 2) висцеральную брюшину
- 3) паракишечную клетчатку
- 4) мышечный слой

123. ГРАНИЦАМИ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ КРАЯ АНУСА ЯВЛЯЕТСЯ (В СМ)

- 1)+ 11-15
- 2) 0-5
- 3) 6-10
- 4) 16-20

124. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ TIS ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ интраэпителиальную неоплазию
- 2) инвазию в подслизистый слой
- 3) вовлечение мышечного слоя
- 4) прорастание в паракишечную клетчатку

125. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОРАСТАНИЯ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА, НАЛИЧИЕМ НЕ МЕНЕЕ 5 МЕТАСТАТИЧЕСКИ ПОРАЖЕННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ОДИНОЧНЫМ КАРЦИНОМАТОЗНЫМ УЗЛОМ В КАРМАНЕ ДУГЛАСА, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4bN2M1c
- 2) T4aN1M1b
- 3) T4aN2M1a
- 4) T4bN2M1b

126. ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ СТАДИРОВАНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ гистологического исследования удаленного препарата
- 2) колоноскопии
- 3) МРТ малого таза
- 4) пальцевого исследования

127. ДЛЯ ОЦЕНКИ ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ трансректальное УЗИ
- 2) КТ малого таза
- 3) колоноскопию
- 4) проктографию

128. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M1C ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1)+ на брюшине
- 2) в двух и более органах
- 3) в околокишечной клетчатке
- 4) в одном органе

129. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНХРОННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тотальная колоноскопия
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) УЗИ брюшной полости и малого таза
- 4) ректороманоскопия

130. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N2B ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 7 и более
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 5-6

131. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T2 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ вовлечение мышечного слоя
- 2) интраэпителиальную неоплазию
- 3) инвазию в подслизистый слой
- 4) прорастание в паракишечную клетчатку

132. ОДНИМ ИЗ ПУТЕЙ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие карциномы из аденомы
- 2) каскад Р.Соггеа
- 3) каскад ЦОГ-2
- 4) цикл Кори

133. В КЛАССИФИКАЦИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО KIKUCHI КРИТЕРИЙ SM2 ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В СРЕДНЮЮ ТРЕТЬ

- 1)+ подслизистого слоя
- 2) мышечной оболочки
- 3) паракишечной клетчатки
- 4) серозы

134. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неоднородная структура
- 2) увеличение размеров
- 3) многочисленность
- 4) веретенообразная форма

135. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ИНЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невозможность проведения трепанобиопсии под контролем УЗИ
- 2) размер опухоли более 5 см
- 3) ВИЧ-инфекция
- 4) возраст пациента

136. НА МР-ТОМОГРАММЕ В ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЦИРКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ, ИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ ВСЕ СЛОИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, КЛЕТЧАТКУ НА ГЛУБИНУ ДО 15 ММ И ТАЗОВУЮ БРЮШИНУ НА УРОВНЕ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ ГЛУБИНЕ ИНВАЗИИ

- 1)+ T4a
- 2) T3d
- 3) T3c
- 4) T4b

137. В КЛАССИФИКАЦИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО КІКУСНІ КРИТЕРІЙ SM1 ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В ВЕРХНЮЮ ТРЕТЬ

- 1)+ подслизистого слоя
- 2) мышечной оболочки
- 3) паракишечной клетчатки
- 4) серозы

138. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ отдаленных метастазов
- 2) опухолевых депозитов
- 3) пораженных лимфоузлов
- 4) канцероматоза

139. НА МР-СНИМКЕ В СРЕДНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА 9-3 ЧАСАХ ПО УСЛОВНОМУ ЦИФЕРБЛАТУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬ, ИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ ВСЕ СЛОИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ И МЕЗОРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ НА ГЛУБИНУ ДО 1 ММ, ЧТО ПО МРТ СУБКЛАССИФИКАЦИИ T3 ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T3a
- 2) T3d
- 3) T3b
- 4) T3c

140. НЕДОСТАТКОМ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОПТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВОЗМОЖНОСТЬ

- 1)+ оценить сосудистый рисунок опухоли
- 2) выявить опухолевую инвазию за пределы стенки кишки
- 3) локализовать опухоль по окружности кишечной стенки
- 4) определить точные размеры образования

141. SM1 ИНВАЗИЯ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЛУБИНОЙ ПРОРАСТАНИЯ В ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ (В МКН)

- 1)+ до 1000
- 2) более 1000
- 3) до 2000
- 4) более 1500

142. МРТ ДИАГНОСТИКА НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1)+ размер и локализацию опухоли
- 2) морфологию опухоли
- 3) степень дифференцировки опухоли
- 4) гистологию опухоли

143. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛОКОРЕГИОНАРНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) УЗИ ректальным датчиком
- 3) колоноскопия
- 4) ирригоскопия

144. В СЛУЧАЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ колоноскопии
- 2) повторного анализа на скрытую кровь
- 3) ирригоскопии
- 4) КТ-колонографии

145. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ЦИРКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ГЛУБОКИМ ПРОРАСТАНИЕМ В КЛЕТЧАТКУ ПО БРЫЖЕЕЧНОМУ И ПРОТИВОБРЫЖЕЕЧНОМУ КРАЯМ, С НАЛИЧИЕМ ОДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА С ПРИЗНАКАМИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ И ОТСУТСТВИЕМ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ДРУГИХ ОРГАНАХ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4aN1aM0
- 2) T3N1aM0
- 3) T3N1bM0
- 4) T4bN1aM0

146. ТРЕПАНОБИОПСИЯ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ЕСЛИ

- 1)+ размер опухоли более 2 см
- 2) объемное образование расположено в проекции магистральных сосудов
- 3) расстояние до опухоли от места разреза на коже более 10 см
- 4) снаружи она прикрыта костями таза и не достигается при ректальном или вагинальном исследовании

147. НА МР-СНИМКЕ В СРЕДНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА 9-7 ЧАСАХ ПО УСЛОВНОМУ ЦИФЕРБЛАТУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬ, ИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ ВСЕ СЛОИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ И МЕЗОРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ НА ГЛУБИНУ ДО 13 ММ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ НА 12 ЧАСАХ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ШЕЙКИ МАТКИ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ ГЛУБИНЕ ИНВАЗИИ

- 1)+ T4b
- 2) T3c
- 3) T4a
- 4) T3d

148. НА МР-ТОМОГРАММЕ В СРЕДНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЦИРКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ, ИНФИЛЬТРИРУЮЩАЯ ВСЕ СЛОИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ И МЕЗОРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ НА ГЛУБИНУ ДО 4 ММ, ЧТО ПО МРТ СУБКЛАССИФИКАЦИИ T3 ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T3b
- 2) Td
- 3) T3c
- 4) T3a

149. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН РАК СЛЕПОЙ КИШКИ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К 201 И 202 ГРУППАМ СОГЛАСНО ЯПОНСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ, ГДЕ ВТОРАЯ ЦИФРА В ТРЕХЗНАЧНОМ КОДЕ ОБОЗНАЧАЕТ

- 1)+ анатомическую область, соответствующую васкулярной ножке
- 2) принадлежность к конкретному отделу толстой кишки
- 3) степень удаленности от кишки (эпи- и параколические, мезоколические, апикальные лимфоузлы)
- 4) характеристику узла (метастатически пораженный или неизмененный)

150. В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T4A ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В

- 1)+ висцеральную брюшину
- 2) соседние органы
- 3) паракишечную клетчатку
- 4) мышечный слой

151. НАИБОЛЕЕ СКЛОННОЙ К ВНУТРИБРЮШНОМУ ДИССЕМИНИРОВАНИЮ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ слизеобразующая аденокарцинома
- 2) высокодифференцированная аденокарцинома
- 3) умеренно дифференцированная аденокарцинома
- 4) нейроэндокринный рак

152. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ НАПРАВЛЕНА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ кровоснабжения кишечной стенки
- 2) целостности анастомоза
- 3) необходимости в трансабдоминальном укреплении анастомоза
- 4) необходимости в трансанальной декомпрессии анастомоза

153. НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ МЕЙСНЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- 1)+ подслизистом слое толстой кишки
- 2) левом изгибе ободочной кишки
- 3) нижеампулярном отделе прямой кишки
- 4) мышечном слое толстой кишки

154. ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

- 1)+ не влияет на частоту несостоятельности анастомоза
- 2) повышает частоту несостоятельности анастомоза в 2 раза
- 3) снижает частоту несостоятельности анастомоза в 2 раза
- 4) приводит к отказу от формирования анастомоза

155. КРИТЕРИЙ M1B ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ отдаленных метастазов в нескольких органах или анатомических областях
- 2) нескольких отдаленных метастазов в одном органе или анатомической области
- 3) солитарного отдаленного метастаза в одном органе или анатомической области
- 4) перитонеальных метастазов

156. САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1)+ «низкого» колоректального анастомоза
- 2) «высокого» колоректального анастомоза
- 3) тонко-толстокишечного анастомоза
- 4) анастомоза на ободочной кишке

157. КРИТЕРИЙ M1C ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ перитонеальных метастазов
- 2) нескольких отдаленных метастазов в одном органе или анатомической области
- 3) отдаленных метастазов в нескольких органах или анатомических областях
- 4) солитарного отдаленного метастаза в одном органе или анатомической области

158. ФАСЦИЯ, ОКРУЖАЮЩАЯ КЛЕТЧАТКУ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ мезоректальной
- 2) прямокишечной
- 3) параректальной
- 4) околокишечной

159. К РАСПРОСТРАНЕННОМУ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ синхронный рак сигмовидной и восходящей кишки
- 2) рак сигмовидной кишки с метастазами в печень и легкое
- 3) рак сигмовидной кишки с канцероматозом брюшины
- 4) рак сигмовидной кишки с метастазом в печень

160. ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ кпереди от прямой кишки
- 2) кзади от прямой кишки
- 3) по ходу нижебрыжеечных сосудов
- 4) между крестцом и прямой кишкой

161. НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ АУЕРБАХА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- 1)+ мышечном слое толстой кишки
- 2) левом изгибе ободочной кишки
- 3) нижеампулярном отделе прямой кишки
- 4) подслизистом слое толстой кишки

162. ПАРНОЙ АРТЕРИЕЙ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ПРЯМУЮ КИШКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нижняя прямокишечная
- 2) верхняя прямокишечная
- 3) нижняя брыжеечная
- 4) верхняя брыжеечная

163. РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ИМЕЕТ

- 1)+ серозной оболочки
- 2) подслизистого слоя
- 3) мышечной оболочки
- 4) слизистой

164. ОТ ОПУХОЛЕЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 4-5
- 2) 7-10
- 3) 1-2
- 4) 12-15

165. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИХ В ПЕЧЕНИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 2) МРТ брюшной полости
- 3) КТ брюшной полости
- 4) УЗИ брюшной полости

166. САМАЯ НИЗКАЯ ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ____ АНАСТОМОЗА

- 1)+ тонко-толстокишечного
- 2) «высокого» колоректального
- 3) «низкого» колоректального
- 4) коло-анального

167. ВНУТРЕННЯЯ ПОДВЗДОШНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ общей подвздошной
- 2) последней сигмовидной
- 3) верхней брыжеечной
- 4) нижней брыжеечной

168. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НАЛИЧИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ трепанобиопсию под УЗ-наведением
- 2) ангиографию сосудов печени
- 3) биохимический анализ крови с изучением уровня ферментов
- 4) колоноскопию

169. ПРИ ПЕРВОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ ПРОРАСТАЕТ НЕ ГЛУБЖЕ

- 1)+ мышечного слоя без пораженных лимфоузлов
- 2) подслизистого слоя без пораженных лимфоузлов
- 3) подслизистого слоя, при этом возможно поражение 1 лимфоузла
- 4) не глубже мышечного слоя, при этом возможно поражение 1 лимфоузла

170. МЕТАХРОННЫМИ НАЗЫВАЮТ МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ВЫЯВЛЕННЫЕ

- 1)+ позже 6 месяцев после операции на кишке
- 2) в течение 6 месяцев после операции на кишке
- 3) интраоперационно при удалении первичной опухоли
- 4) при дооперационном обследовании

171. СРЕДНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней подвздошной
- 2) последней сигмовидной
- 3) верхней брыжеечной
- 4) нижней брыжеечной

172. НИЖНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ внутренней половой
- 2) последней сигмовидной
- 3) верхней брыжеечной
- 4) нижней брыжеечной

173. ПАРНОЙ АРТЕРИЕЙ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ПРЯМУЮ КИШКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ средняя прямокишечная
- 2) верхняя прямокишечная
- 3) нижняя брыжеечная
- 4) верхняя брыжеечная

174. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1)+ плоскоклеточного рака
- 2) базалоидного рака
- 3) мелкоклеточного рака
- 4) аденокарциномы

175. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T1N1M1b ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ

- 1)+ IVb
- 2) IIIb
- 3) IIb
- 4) I

176. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В ____ КИШКЕ

- 1)+ прямой
- 2) поперечно-ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) восходящей ободочной

177. ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ ПРОРАСТАЕТ

- 1)+ на любую глубину и при этом есть отдаленные метастазы
- 2) на любую глубину, при этом есть пораженные лимфоузлы, но нет отдаленных метастазов
- 3) в соседние органы, без пораженных лимфоузлов и отдаленных метастазов
- 4) все слои кишечной стенки, при этом возможно поражение не более 4 лимфоузлов

178. КРОВЬ ОТ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТТЕКАЕТ В ____ ВЕНУ

- 1)+ нижнюю полую
- 2) портальную
- 3) верхнюю брыжеечную
- 4) печеночную

179. ГИПОГАСТРАЛЬНОЕ НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ДЕЛИТСЯ НА ГИПОГАСТРАЛЬНЫЕ НЕРВЫ НА УРОВНЕ

- 1)+ бифуркации аорты
- 2) бифуркации подвздошных сосудов
- 3) отхождения нижней брыжеечной артерии
- 4) отхождения почечных артерий

180. ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТАСТАЗЫ В ПАХОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ отдаленными метастазами
- 2) метастазами в лимфоузлы 1 порядка
- 3) метастазами в лимфоузлы 2 порядка
- 4) метастазами в лимфоузлы 3 порядка

181. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПЕРЕХОДОМ НА АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ

- 1)+ биопсии
- 2) ректороманоскопии
- 3) трансректального ультразвукового исследования
- 4) пальцевого исследования

182. УРОВНЕМ ОТХОЖДЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЪЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брюшная аорта, на 3-4 см выше ее бифуркации
- 2) непосредственно бифуркация аорты
- 3) брюшная аорта, выше отхождения почечных артерий
- 4) общая левая подвздошная артерия

183. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ НА МОМЕНТ ДИАГНОСТИКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 20-30
- 2) 5-10
- 3) 50-60
- 4) более 70

184. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ РЕДКО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1)+ мелкоклеточного рака
- 2) базалоидного рака
- 3) аденокарциномы
- 4) плоскоклеточного рака

185. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАСТАЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЯИЧНИК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ диссеминированной форме колоректального рака
- 2) местнораспространенном характере первичной опухоли
- 3) наличии нескольких синхронных опухолей толстой кишки
- 4) наследственном характере заболевания

186. АДЕНОКАРЦИНОМА ТОЛСТОЙ КИШКИ ВОЗНИКАЕТ ИЗ

- 1)+ слизистой
- 2) подслизистого слоя
- 3) мышечной оболочки
- 4) серозной оболочки

187. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКА И МЕТАСТАЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЯИЧНИК РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ДАННЫЕ

- 1)+ гистологического/иммуногистохимического исследования
- 2) МРТ малого таза
- 3) ПЭТ-КТ
- 4) УЗИ с контрастированием

188. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ВОЗНИКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, НА (В СУТКАХ)

- 1)+ 5-8
- 2) 2
- 3) 10-12
- 4) 15-20

189. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В САЛЬНИК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ диссеминированной форме колоректального рака
- 2) местнораспространенном характере первичной опухоли
- 3) наличии нескольких синхронных опухолей толстой кишки
- 4) наследственном характере заболевания

190. КРОВЬ ОТ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТТЕКАЕТ В ____ ВЕНУ

- 1)+ нижнюю полую
- 2) портальную
- 3) верхнюю брыжеечную
- 4) печеночную

191. В КЛАССИФИКАЦИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

192. МЫШЕЧНАЯ ОБОЛОЧКА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ИМЕЕТ

- 1)+ два слоя
- 2) один слой
- 3) пять слоев
- 4) три слоя

193. НЕПАРНОЙ АРТЕРИЕЙ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ПРЯМУЮ КИШКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ верхняя прямокишечная
- 2) средняя ректальная
- 3) нижняя прямокишечная
- 4) внутренняя подвздошная

194. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КАНЦЕРОМАТОЗ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ

- 1)+ диагностической лапароскопии
- 2) обзорной рентгенографии брюшной полости
- 3) ультрасонографии брюшной полости
- 4) ирригоскопии

195. ВЕРХНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ нижней брыжеечной
- 2) последней сигмовидной
- 3) верхней брыжеечной
- 4) средней крестцовой

196. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНЫХ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ДО ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1)+ СКТ грудной клетки и брюшной полости
- 2) МРТ головного мозга
- 3) колоноскопию
- 4) сцинтиграфию костей скелета

197. У БОЛЬНЫХ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ СТАНДАРТ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ колоноскопию, КТ органов брюшной и грудной полостей, малого таза, МРТ органов брюшной полости
- 2) колоноскопию, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки
- 3) ирригоскопию, КТ органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки
- 4) ректороманоскопию, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфию костей скелета

198. НАИМЕНЕЕ ПОСТОЯННОЙ АРТЕРИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ средняя прямокишечная
- 2) внутренняя подвздошная
- 3) нижняя прямокишечная
- 4) нижняя брыжеечная

199. КРОВЬ ОТ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТТЕКАЕТ В _____ ВЕНУ

- 1)+ портальную
- 2) нижнюю полую
- 3) верхнюю брыжеечную
- 4) печеночную

200. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОМПЛЕКСОВ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В РЕЗУЛЬТАТЕ БИОПСИИ ОПУХОЛИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ДУМАТЬ О/ОБ

- 1)+ раке анального канала с переходом на прямую кишку
- 2) раке прямой кишки с переходом на анальный канал
- 3) внеорганный опухоли малого таза
- 4) опухоли Бушке – Левенштейна

201. НАЛИЧИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАКА _____ КИШКИ

- 1)+ слепой
- 2) нисходящей ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

202. ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ЭТАПЕ ДО ЛЕЧЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ ВИЧ-статуса больного
- 2) наличия папилломавирусной инфекции
- 3) маркера плоскоклеточного рака
- 4) ракового эмбрионального антигена

203. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ОПУХОЛЬ АНАЛЬНОГО КАНАЛА БОЛЕЕ 5 СМ В НАИБОЛЬШЕМ ИЗМЕРЕНИИ БУДЕТ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЮ

- 1)+ T3
- 2) T2
- 3) T1
- 4) T4

204. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ АНАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль Бушке – Левенштейна
- 2) саркома промежности
- 3) аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки
- 4) меланома анального канала

205. ОНКОГЕННЫМИ ТИПАМИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ 16, 18
- 2) 7, 11
- 3) 3, 6
- 4) 5, 14

206. НАСЛЕДСТВЕННАЯ МУТАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЛИНЧА ОТ БОЛЬНОГО ОТЦА ПЕРЕДАЕТСЯ СЫНУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 100
- 3) 25
- 4) 33

207. ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ОБНАРУЖЕНА ОПУХОЛЬ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ 7,0 СМ, С ПРИЗНАКАМИ ПРОРАСТАНИЯ В КЛЕТЧАТКУ, ВОВЛЕЧЕНИЕМ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ НА УРОВНЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ СКЛАДКИ, НАЛИЧИЕМ 7 МЕТАСТАТИЧЕСКИ ПОРАЖЕННЫХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ОТСУТСТВИЕМ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ДРУГИХ ОРГАНАХ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4aN2bM0
- 2) T4bN2aM0
- 3) T4aN1bM0
- 4) T4bN2bM0

208. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ ЛЕВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОРАСТАНИЯ В СЕЛЕЗЕНКУ, МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ (N=6), ПАРААОРТАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ В ЛЕГКИХ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4bN2aM1b
- 2) T4bN2aM1a
- 3) T4aN2aM1a
- 4) T4aN2bM1b

209. ОДНИМ ИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пересадка органа и прием иммуносупрессантов
- 2) болезнь Крона
- 3) удаление полипа ободочной кишки
- 4) рак ободочной кишки

210. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В НАРУЖНЫЕ ПОДВЗДОШНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КРИТЕРИЮ

- 1)+ N1b
- 2) N1a
- 3) N1c
- 4) M1

211. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

- 1)+ печени
- 2) легких
- 3) селезенке
- 4) костях скелета

212. КО II КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- 2) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- 3) больные с предопухолевыми заболеваниями
- 4) лица, излеченные от злокачественных новообразований

213. ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ЦИРКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В КЛЕТЧАТКУ ПО БРЫЖЕЕЧНОМУ И ПРОТИВОБРЫЖЕЕЧНОМУ КРАЯМ НА ГЛУБИНУ ДО 10 ММ, НАЛИЧЕМ РАССЕЯННЫХ КАРЦИНОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ В БОЛЬШОМ САЛЬНИКЕ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ДРУГИХ ОРГАНОВ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4aN0M1c
- 2) T3dN0M1b
- 3) T4aN0M1a
- 4) T4bN0M1c

214. ПОД БОЛЕЗНЬЮ БОУЭНА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ интраэпителиальный плоскоклеточный рак
- 2) мелкоклеточный рак
- 3) синингоаденому
- 4) аденокарциному анальных желез

215. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ T3N0M0 СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ II A
- 2) II B
- 3) III A
- 4) III B

216. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА КРИТЕРИЮ T4 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ опухоль анального канала, прорастающая во влагалище
- 2) опухоль, прорастающая в наружный сфинктер
- 3) опухоль анального канала более 5 см в наибольшем измерении
- 4) циркулярная опухоль анального канала

217. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ДИССЕМИНАЦИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В

- 1)+ регионарные лимфоузлы
- 2) печень
- 3) кости
- 4) легкие

218. К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ парааортальные
- 2) параректальные
- 3) подвздошные
- 4) паховые

219. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ SCC
- 2) CA 19-9
- 3) CA 125
- 4) РЭА

220. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА КРИТЕРИЮ T1 СООТВЕТСТВУЕТ ОПУХОЛЬ

- 1)+ 2 см или меньше
- 2) прорастающая в наружный сфинктер анального канала
- 3) прорастающая во внутренний сфинктер анального канала
- 4) более 5 см в наибольшем измерении

221. РАК ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СРЕДИ

- 1)+ гомосексуальных мужчин <40 лет
- 2) гетеросексуальных мужчин >60 лет
- 3) гетеросексуальных женщин >50 лет
- 4) гомосексуальных женщин <40 лет

222. КРИТЕРИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОЦЕНИВАЕМЫМ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА МЕСТНОЕ СТАДИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ЯВЛЯЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ экстрамуральных сосудов
- 2) мезоректальной клетчатки
- 3) регионарных лимфатических узлов
- 4) тазовой брюшины

223. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) УЗИ малого таза
- 3) КТ малого таза
- 4) ПЭТ-КТ

224. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тотальная колоноскопия с биопсией
- 2) ирригография
- 3) КТ-колонография
- 4) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

225. К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ больные с предопухолевыми заболеваниями
- 2) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- 3) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- 4) лица, излеченные от злокачественных новообразований

226. МЕТАСТАЗЫ В ПАХОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ РАКЕ

- 1)+ периаанальной кожи
- 2) прямой кишки
- 3) анального канала
- 4) шейки матки

227. ИСТИННЫЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ИМЕЮТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИЗ

- 1)+ эпителия анальных желез
- 2) анодермы
- 3) эпителия анальной переходной зоны
- 4) слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки

228. ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В

- 1)+ правых отделах ободочной кишки
- 2) поперечной ободочной кишке
- 3) нисходящей ободочной кишке
- 4) сигмовидной кишке

229. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗА В ПАХОВЫЙ ЛИМФОУЗЕЛ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КРИТЕРИЮ

- 1)+ N1a
- 2) N1b
- 3) N1c
- 4) M1

230. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ остеосцинтиграфию
- 2) компьютерную томографию
- 3) денситометрию
- 4) магнитно-резонансную томографию

231. ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ опухоль Бушке – Левенштейна
- 2) пресакральная киста
- 3) хроническая анальная трещина
- 4) фиброзный полип анального канала

232. К III КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ лица, излеченные от злокачественных новообразований
- 2) больные с предопухолевыми заболеваниями
- 3) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- 4) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

233. ПОД БОЛЕЗНЬЮ ПЭДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ПОНИМАЮТ

- 1)+ интраэпителиальную аденокарциному
- 2) мелкоклеточный рак
- 3) сирингоаденому
- 4) интраэпителиальный плоскоклеточный рак

234. К АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЯМ, НЕ ОТНОСЯЩИМСЯ К АНАЛЬНОМУ КАНАЛУ, ОТНОСЯТ

- 1)+ складку Кольрауша
- 2) межсфинктерную борозду
- 3) морганиевы крипты
- 4) зубчатую линию

235. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОБНАРУЖЕНА РАКОВАЯ ОПУХОЛЬ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОРАСТАНИЯ В НИЖНИЙ ПОЛЮС ЛЕВОЙ ПОЧКИ, МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ 2 РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ, БЕЗ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЧТО ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ T4bN1bM1a
- 2) T4bN2aM1b
- 3) T4aN1cM1a
- 4) T4aN1aM1c

236. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАЛИЧИЕ 3 МЕТАСТАЗОВ В ОКОЛОПРЯМОКИШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КРИТЕРИЮ

- 1)+ N1
- 2) N2
- 3) N3
- 4) M1

237. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ семейный аденоматоз толстой кишки
- 2) язвенный колит
- 3) болезнь Крона
- 4) одиночные полипы толстой кишки

238. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С

- 1)+ вирусом папилломы человека
- 2) цитомегаловирусом
- 3) ротавирусом
- 4) вирусом герпеса

239. К ОДНОМУ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ курение
- 2) ожирение
- 3) малоподвижный образ жизни
- 4) мужской пол

240. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ примесь крови в стуле
- 2) боль в области заднего прохода
- 3) кишечная непроходимость
- 4) снижение веса

241. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТЕНКИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) трансректальное УЗИ
- 3) КТ малого таза
- 4) проктография

242. СРЕДИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПОЛИПОЗНЫХ СИНДРОМОВ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ИМЕЕТ

- 1)+ МҮН-ассоциированный полипоз
- 2) синдром Гарднера
- 3) синдром Тюрко
- 4) синдром Олфилда

243. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЛАНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ внутренним геморроем
- 2) неполным внутренним свищом
- 3) гипертрофированным анальным сосочком
- 4) анальной трещиной со сторожевым бугорком

244. КРИТЕРИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОЦЕНИВАЕМЫМ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА МЕСТНОЕ СТАДИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ЯВЛЯЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ мезоректальной фасции
- 2) регионарных лимфатических узлов
- 3) тазовой брюшины
- 4) мезоректальной клетчатки

245. ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА КРИТЕРИЮ T2 СООТВЕТСТВУЕТ ОПУХОЛЬ

- 1)+ больше 2 см, но меньше 5 см
- 2) 2 см или меньше
- 3) прорастающая в наружный сфинктер
- 4) прорастающая во влагалище

246. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ЭКСТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ органов малого таза
- 2) КТ органов малого таза
- 3) УЗИ органов малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ

247. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ T4aN1M0 СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ III B
- 2) II B
- 3) III C
- 4) IV

248. ЖАЛОБЫ НА ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА ИЛИ ЛОЖНЫЕ ПОЗЫВЫ НА ДЕФЕКАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА

- 1)+ прямой кишки
- 2) нисходящей ободочной кишки
- 3) поперечной ободочной кишки
- 4) слепой кишки

249. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТ СРЕДИ

- 1)+ женщин >50 лет
- 2) мужчин >50 лет
- 3) женщин <50 лет
- 4) мужчин <50 лет

250. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 50 и старше
- 2) 40-49
- 3) 30-39
- 4) 20-29

251. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ДИСТАЛЬНОЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ МЕСТНОГО СТАДИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) трансректальное УЗИ
- 3) КТ малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ

252. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЛАНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ внутренним геморроем
- 2) фиброзным полипом анального канала
- 3) анальной трещиной со сторожевым бугорком
- 4) гипертрофированным анальным сосочком

253. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕЙРОЭНДОКРИННУЮ ОПУХОЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ КТ-энтерография
- 2) рентгенологическая энтерография
- 3) УЗИ брюшной полости
- 4) КТ-колонография

254. К ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМУ РАКУ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ мелкоклеточный
- 2) крупноклеточный ороговевающий
- 3) крупноклеточный неороговевающий
- 4) базалоидный

255. О ДИССЕМНИРОВАННОЙ ФОРМЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1)+ интраоперационное выявление метастазов в сальник
- 2) местнораспространенный характер первичной опухоли
- 3) наличие нескольких синхронных опухолей толстой кишки
- 4) интраоперационное выявление метастазов в лимфоузлы брыжейки кишки с опухолью

256. БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАНА С НАЛИЧИЕМ ОПУХОЛЕЙ

- 1)+ желудочно-кишечного тракта
- 2) мочеполовой системы
- 3) головного мозга
- 4) дыхательной системы

257. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1)+ опухолеподобных образований
- 2) злокачественных опухолей
- 3) неэпителиальных опухолей
- 4) вторичных опухолей

258. ПРЕПАРАТ ЦЕТУКСИМАБ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анти-EGFR моноклональном антителом
- 2) блокатором ангиогенеза
- 3) метаболитом 5-фторурацила
- 4) анти-PD-1 ингибитором

259. ИЗ ЭПИТЕЛИЯ АНАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ИМЕЕТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

- 1)+ истинная аденокарцинома анального канала
- 2) крупноклеточный неороговевающий рак
- 3) крупноклеточный ороговевающий рак
- 4) базалоидный рак

260. У БОЛЬНОГО РАКОМ ЛЕВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СТЗNXM1A НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ СЕМЕЙСТВА *RAS* И *BRAF*, МИКРОСАТЕЛИТНУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ определения целесообразности назначения таргетного препарата
- 2) исключения наличия синдрома Линча
- 3) определения целесообразности проведения адъювантной химиотерапии
- 4) исключения семейного аденоматоза кишечника

261. ОСЛАБЛЕННАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ

- 1)+ APC
- 2) KRAS
- 3) NRAS
- 4) BRAF

262. У ПАЦИЕНТА РАК ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, С ПРОРАСТАНИЕМ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЫ ПРАВОГО ЛАТЕРАЛЬНОГО КАНАЛА, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ, ЧТО СОГЛАСНО 8 РЕДАКЦИИ КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ T4bNxM1c
- 2) T4bNxM1a
- 3) T4aNxM1c
- 4) T4bNxM1b

263. БАЗАЛОИДНЫЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1)+ плоскоклеточного рака
- 2) мелкоклеточного рака
- 3) недифференцированного рака
- 4) аденокарциномы из анальных желез

264. ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ НОСИТЕЛЮ МУТАЦИИ В ГЕНЕ APC, ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕЙ ОСЛАБЛЕННУЮ ФОРМУ АДЕНОМАТОЗНОГО ПОЛИПОЗА ПОКАЗАНО С (В ГОДАХ)

- 1)+ 20-25
- 2) 30-35
- 3) 40-45
- 4) 50-55

265. НОВООБРАЗОВАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ОБЛАСТИ, ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРХНИЙ КРАЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЛИНИИ, А ДИСТАЛЬНОЙ — МЕСТО СОЕДИНЕНИЯ АНОДЕРМЫ С ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖЕЙ, КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК ОПУХОЛИ

- 1)+ анального канала
- 2) клоакогенной зоны
- 3) анального края
- 4) периаанальной кожи

266. У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОМИМО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ РАК

- 1)+ щитовидной железы
- 2) молочной железы
- 3) мочевого пузыря
- 4) поджелудочной железы

267. КРУПНОКЛЕТОЧНЫЙ ОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1)+ плоскоклеточного рака
- 2) слизистой аденокарциномы
- 3) недифференцированного рака
- 4) аденокарциномы из анальных желез

268. НАЛИЧИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ СЕМЕЙСТВА RAS (KRAS, NRAS) ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ резистентности к проведению таргетной терапии анти-EGFR моноклональными антителами
- 2) наследственного характера болезни
- 3) микросателлитной нестабильности
- 4) резистентности к проведению химиотерапии 5-фторурацилом

269. ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНУЮ АДЕНОКАРЦИНОМУ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ болезнью Педжета
- 2) болезнью Боуэна
- 3) перианальными проявлениями болезни Крона
- 4) опухолью Бушке – Левенштейна

270. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение кишечной проходимости
- 2) диарея
- 3) анальная инконтиненция
- 4) перианальный дерматит

271. НОВООБРАЗОВАНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ДИСТАЛЬНОЕ КРАЯ АНУСА ДО МЕСТА ПЕРЕХОДА В ВОЛОСИСТУЮ ЧАСТЬ КОЖИ ЯГОДИЦ, КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК ОПУХОЛИ

- 1)+ перианальной кожи
- 2) анального края
- 3) анального канала
- 4) клоакогенной зоны

272. НАЛИЧИЕ НЕУДАЛЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГОВ МЕНЕЕ 2,5 ММ В ДИАМЕТРЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ

- 1)+ СС-1
- 2) СС-0
- 3) СС-2
- 4) СС-3

273. К ОСОБЕННОСТЯМ МЕЛАНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ склонность к раннему метастазированию
- 2) неинвазивный рост
- 3) долгое бессимптомное развитие
- 4) относительно благоприятный прогноз

274. ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ ПАЦИЕНТУ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК» ВЫПОЛНЯЮТ

- 1)+ при подозрении на канцероматоз
- 2) для определения глубины инвазии опухоли
- 3) для уточнения количества метастазов в печени
- 4) при подозрении на кишечную непроходимость

275. ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ МЕТАСТАЗЫ В

- 1)+ паховые лимфоузлы
- 2) параректальные лимфоузлы
- 3) лимфоузлы по ходу верхней прямокишечной артерии
- 4) лимфоузлы брыжейки сигмовидной кишки

276. ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ СИМПТОМНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА

- 1)+ есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- 2) опухоль имеет большие размеры
- 3) имеются признаки паратуморального абсцесса
- 4) имеются множественные метастазы рака в печени

277. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 70
- 2) 10
- 3) 30
- 4) 50

278. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЕДИНИЧНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЛЕГКОЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургическое удаление метастазов
- 2) проведение системной химиотерапии
- 3) проведение лучевой терапии
- 4) симптоматическое лечение

279. РАСПРОСТРАНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием отдаленных метастазов
- 2) протяженностью опухоли более 10 см
- 3) стенозирующим характером опухоли
- 4) синхронным первично-множественным поражением кишки

280. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ канцероматоза
- 2) метастазов колоректального рака в запирательные лимфатические узлы
- 3) метастазов колоректального рака в печень
- 4) метастазов колоректального рака в селезенку

281. МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПОЗЖЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА КИШКЕ, НАЗЫВАЮТ

- 1)+ метакронными
- 2) синхронными
- 3) дремлющими
- 4) скрытыми

282. ОТСУТСТВИЕ ВИЗУАЛЬНО ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ НЕУДАЛЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ

- 1)+ CC-0
- 2) CC-1
- 3) CC-2
- 4) CC-3

283. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ 1 ЧЕЛОВЕК НА

- 1)+ 5000-10000
- 2) 1000-5000
- 3) 25000-30000
- 4) 45000-50000

284. РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ МУТУН-АССОЦИИРОВАННОМ ПОЛИПОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 80
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 40

285. ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ болезнью Боуэна
- 2) болезнью Педжета
- 3) опухолью Бушке – Левенштейна
- 4) перианальными проявлениями болезни Крона

286. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 2) отсутствии мутаций в генах KRAS, NRAS
- 3) высокая микросателлитная нестабильность
- 4) наличие мутации в гене APC

287. ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЯИЧНИК СТОИТ ДУМАТЬ О

- 1)+ диссеминированной форме колоректального рака
- 2) местнораспространенном характере первичной опухоли
- 3) наследственном характере заболевания
- 4) наличии нескольких синхронных опухолей толстой кишки

288. КРУПНОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1)+ плоскоклеточного рака
- 2) аденокарциномы из анальных желез
- 3) недифференцированного рака
- 4) слизистой аденокарциномы

289. РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СВЯЗАНО С НАЛИЧИЕМ ИЗВЕСТНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ У ____ % БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1)+ 3-5
- 2) 5-10
- 3) 10-15
- 4) 15-20

290. ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ИНДЕКС N2B СООТВЕТСТВУЕТ ПОРАЖЕНИЮ

- 1)+ 7 лимфатических узлов и более
- 2) 1 лимфатического узла
- 3) 4-6 лимфатических узлов
- 4) 2-3 лимфатических узлов

291. ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ИНДЕКС M1A СООТВЕТСТВУЕТ НАЛИЧИЮ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1)+ в одном органе
- 2) в двух органах
- 3) по брюшине
- 4) в парааортальные лимфоузлы

292. В ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЬШЕЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) КТ малого таза
- 3) УЗИ малого таза
- 4) трансректальное УЗИ

293. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ НЕВОЗМОЖНА ИЗ-ЗА

- 1)+ наличия множественных отдалённых метастазов рака
- 2) развития толстокишечной непроходимости
- 3) возраста больного
- 4) наличия солитарного отдалённого метастаза рака

294. ПРИЗНАКОМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ПРОВЕДЕНИЮ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ мутаций в генах семейства RAS (KRAS, NRAS)
- 2) мутации в гене MutYH
- 3) микросателлитной нестабильности
- 4) мутации в гене MLH1

295. ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM ИНДЕКС N1A СООТВЕТСТВУЕТ ПОРАЖЕНИЮ

- 1)+ 1 лимфатического узла
- 2) 2-3 лимфатических узлов
- 3) 4-6 лимфатических узлов
- 4) 7 лимфатических узлов и более

296. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАНА С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- 1)+ болезнь Педжета перианальной кожи
- 2) болезнь Боуэна перианальной кожи
- 3) опухоль Бушке – Левенштейна
- 4) меланома анального канала

297. ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ НОСИТЕЛЮ МУТАЦИИ В ГЕНЕ APC, ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕЙ КЛАССИЧЕСКУЮ ФОРМУ АДЕНОМАТОЗНОГО ПОЛИПОЗА, ПОКАЗАНО С (В ГОДАХ)

- 1)+ 10-12
- 2) 20-22
- 3) 30-32
- 4) 40-42

298. НАЛИЧИЕ НЕУДАЛЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГОВ РАЗМЕРАМИ 2,5 ММ-2,5 СМ В ДИАМЕТРЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ

- 1)+ CC-2
- 2) CC-0
- 3) CC-1
- 4) CC-3

299. НАЛИЧИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8 РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ M1c
- 2) M1a
- 3) M1b
- 4) Mx

300. НАСЛЕДСТВЕННАЯ МУТАЦИЯ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТ БОЛЬНОЙ МАТЕРИ ПЕРЕДАЕТСЯ СЫНУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 50
- 2) 100
- 3) 25
- 4) 33

301. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ РАЗМЕРАМИ ДО 1,0 СМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие симптомов
- 2) затруднение со стулом
- 3) выделение крови из заднего прохода
- 4) выделение слизи из заднего прохода

302. ПРИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО

- 1)+ выявить опухоль в инвагинате
- 2) определить локализацию изменений
- 3) измерить протяженность инвагината
- 4) оценить кишечную проходимость

303. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ ____ АРТЕРИИ

- 1)+ нижнебрыжечной
- 2) средней прямокишечной
- 3) средней ободочной
- 4) подвздошноободочной

304. НАЛИЧИЕ ПРИМЕСИ КРОВИ В КАЛОВЫХ МАССАХ ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С НЕРЕГУЛЯРНЫМ СТУЛОМ (ЗАПОРЫ И ПОНОСЫ) ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С

- 1)+ раком прямой кишки
- 2) проктитом
- 3) геморроем
- 4) трещиной заднего прохода

305. НЕИЗМЕНЁННАЯ КРОВЬ В СТУЛЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНА ПРИ

- 1)+ раке прямой кишки
- 2) катаральном проктосигмоидите
- 3) раке слепой кишки
- 4) раке желудка

306. ДИФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАШЕ ВСЕГО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1)+ множественными полипами толстой кишки
- 2) неспецифическим язвенным колитом
- 3) первично-множественным синхронным раком толстой кишки
- 4) болезнью Крона

307. ИНДЕКС МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОВ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 100
- 2) 25
- 3) 50
- 4) 75

308. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ЭКСТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ органов малого таза
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) КТ органов малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ

309. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1)+ ворсинчатые опухоли
- 2) единичные полипы
- 3) множественные полипы
- 4) язвы при неспецифическом язвенном колите

310. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ К ВРАЧУ-КОЛОПРОКТОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ ректально пальцевого исследования
- 2) рентгенологического исследования толстого кишечника
- 3) колонофиброскопии
- 4) ректороманоскопии

311. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКЕ ОБНАРУЖЕНО ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЖИРОВОЙ ПЛОТНОСТИ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ липомы
- 2) полипа
- 3) карциноида
- 4) лейомиомы

312. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выделение слизи и крови из заднего прохода
- 2) затруднённый стул
- 3) тошноту
- 4) общую слабость, недомогание

313. К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ диффузный семейный полипоз
- 2) ювенильные полипы
- 3) одиночный полип прямой кишки
- 4) терминальный илеит

314. ЦЕЛЬ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИПОВ ДИАМЕТРОМ (В ММ)

- 1)+ более 10
- 2) более 15
- 3) 5-10
- 4) менее 5

315. ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ семейный аденоматоз
- 2) аденоматозный полип
- 3) ювенильный полип
- 4) гиперпластический полип

316. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РЕЦИДИВ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ МРТ органов малого таза
- 2) КТ органов малого таза
- 3) УЗИ органов малого таза
- 4) сочетанную прокто-цистографию

317. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ 50-69
- 2) 20-29
- 3) 30-39
- 4) 40-49

318. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ И ДИМОРФНЫЙ (СМЕШАННЫЙ ЖЕЛЕЗИСТЫЙ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ) РАК ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ прямой кишке
- 2) восходящем отделе ободочной кишки
- 3) нисходящем отделе ободочной кишки
- 4) сигмовидной кишке

319. ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ ПРОИСХОДИТ В _____% НАБЛЮДЕНИЙ

- 1)+ 15-20
- 2) 30
- 3) 50
- 4) 2-5

320. ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ В _____% НАБЛЮДЕНИЙ

- 1)+ 2-4
- 2) 10-15
- 3) 30-50
- 4) 60-80

321. У ПАЦИЕНТКИ С ОЧАГОВОЙ ПИГМЕНТАЦИЕЙ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТОНКОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЕНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ НАПОЛНЕНИЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ, ЧТО В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ гамартомному полипозу
- 2) карциноиду
- 3) гастроинтестинальной стромальной опухоли
- 4) лейомиоме

322. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки
- 2) хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- 3) нарушение развития в эмбриогенезе
- 4) вирусное поражение

323. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие симптомов
- 2) толстокишечная непроходимость
- 3) температурная реакция
- 4) появление слизи и крови при дефекации

324. У ПАЦИЕНТКИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ, СПУСТЯ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО ДВА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА И УЗЕЛ В КАРМАНЕ ДУГЛАСА, ЧТО ДЕЛАЕТ НЕОБХОДИМЫМ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ карциноматоз
- 2) эндометриоз
- 3) карциноид
- 4) десмому

325. К ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ дефект наполнения или плоскую «нишу» на контуре кишечной стенки
- 2) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- 3) ригидность кишечной стенки на определенном участке
- 4) нарушение эвакуаторной функции

326. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) ювенильный полип
- 3) ворсинчатая опухоль
- 4) аденома

327. ОСНОВНОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) недифференцированный
- 3) перстневидноклеточный (слизистый)
- 4) плоскоклеточный

328. ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ злокачественными опухолями
- 2) каловыми камнями
- 3) спайками брюшной полости
- 4) инородными телами

329. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА БЕЗ ВНУТРИВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА

- 1)+ рак прямой кишки
- 2) пресакральную кисту
- 3) свищ прямой кишки
- 4) болезнь Крона

330. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ примесь крови и слизи в кале
- 2) боль в животе
- 3) общая слабость
- 4) наличие тошноты, рвоты

331. ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ КОЛОНОГРАФИИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОБНАРУЖЕНО НЕПРАВИЛЬНО ОКРУГЛОЕ МЯГКОТКАНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, РАЗМЕРАМИ 3,0×2,0 СМ, НАКАПЛИВАЮЩЕЕ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО РЯДА

- 1)+ липому
- 2) аденому
- 3) карциноид
- 4) лейомиому

332. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОДНИМ ИЗ ПЕРВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БЫВАЕТ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ выделение крови при дефекации
- 2) общая слабость
- 3) кишечная непроходимость
- 4) анемия

333. ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ВЫШЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ

- 1)+ аденокарциномы
- 2) плоскоклеточного рака
- 3) лейомиосаркомы
- 4) меланомы

334. ПОД ПОНЯТИЕМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК» ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ

- 1)+ аденокарциному
- 2) саркому
- 3) лейомиому
- 4) ворсинчатую опухоль

335. К ИССЛЕДОВАНИЮ, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСКЛЮЧЕНО ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ КТ-колонография
- 2) МРТ малого таза
- 3) КТ органов грудной клетки
- 4) КТ органов брюшной полости

336. РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ДИЕТЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ

- 1)+ грубой растительной клетчаткой
- 2) белков
- 3) очищенных углеводов
- 4) жиров

337. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗОНАМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ паховые лимфоузлы
- 2) легкие
- 3) кости позвоночника
- 4) печень

338. НАИМЕНЬШУЮ СКЛОННОСТЬ К МАЛИГНИЗАЦИИ ИМЕЮТ ____ ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1)+ гиперпластические
- 2) ворсинчатые
- 3) аденоматозные
- 4) тубулярные

339. ДЛЯ ТУБУЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ преобладание процессов пролиферации эпителия
- 2) резкое увеличение бокаловидных клеток
- 3) преобладание процессов аalterации эпителия
- 4) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме

340. ДРЕНИРОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ЛИМФАТИЧЕСКИМ СОСУДАМ, ПРОХОДЯЩИМ ВМЕСТЕ С ____ СОСУДАМИ

- 1)+ верхними прямокишечными
- 2) левыми толстокишечными
- 3) верхними брыжеечными
- 4) средними толстокишечными

341. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОПУХОЛЕВЫМ ПРОЦЕССОМ, НАИМЕНЬШИЕ ТРУДНОСТИ В ВЫЯВЛЕНИИ ОПУХОЛИ В ИНВАГИНАТЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ липомы
- 2) аденокарциномы
- 3) карциноида
- 4) лейомиомы

342. У БОЛЬНОЙ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ И РАКА ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ, ПРИ КОНТРОЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В КОРНЕ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ ОБНАРУЖЕНО УЗЛОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ 4×5 СМ, НЕЗНАЧИТЕЛЬНО НАКАПЛИВАЮЩЕЕ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО, ЧТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ десмому
- 2) рецидив рака
- 3) карциноид
- 4) карциноматоз

343. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1)+ аденокарциномы
- 2) базалиомы
- 3) папилломы
- 4) фибромиомы

344. К ХАРАКТЕРНЫМ ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ липомы, остеомы, десмоиды
- 2) пигментацию слизистой губ, кожи лица, ладоней
- 3) изменения ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек»
- 4) изменение ногтевых пластин в виде «часовых стёкол»

345. РАКОВАЯ ОПУХОЛЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ медленным ростом и поздним метастазированием
- 2) быстрым ростом и выходом за пределы кишечной стенки
- 3) ранним метастазированием
- 4) анемией даже при небольших опухолях

346. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плоскоклеточный
- 2) недифференцированный
- 3) скирр
- 4) аденокарцинома

347. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИ НЕАДЕКВАТНОЙ СЧИТАЕТСЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ГРАНИЦА РЕЗЕКЦИИ МЕНЕЕ (В МИЛЛИМЕТРАХ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

348. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩЕГО В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резекция прямой кишки
- 2) трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли
- 3) химиолучевая терапия
- 4) эндоскопическая подслизистая диссекция

349. КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ ТРЕУГОЛЬНИК КАЛО?

- 1)+ общий печеночный проток, пузырный проток, пузырная артерия
- 2) правый печеночный проток, общий желчный проток, правая печеночная артерия
- 3) пузырный проток, общий желчный проток, правый печеночный проток
- 4) общий печеночный проток, пузырная артерия, правая печеночная артерия

350. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ УРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ атония мочевого пузыря
- 2) цистит
- 3) повреждение мочеточника
- 4) повреждение уретры

351. ПРОМЕЖНОСТНЫЙ ЭТАП ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ НАИБОЛЕЕ УДОБНО ВЫПОЛНЯТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ перочинного ножа
- 2) на правом боку
- 3) на левом боку
- 4) на спине

352. ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ СТАНДАРТНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ БЕССОСУДИСТЫЙ СЛОЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ между мезоректальной и пресакральной фасциями
- 2) кпереди от мезоректальной фасции
- 3) кзади от пресакральной фасции
- 4) кзади от мышечного слоя прямой кишки

353. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ВЫПОЛНЕНИЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПОЛОЖЕНИИ ПЕРОЧИННОГО НОЖА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лучшая визуализация операционной раны
- 2) меньший дефект промежностной раны
- 3) возможность ушивания промежностной раны
- 4) возможность восстановления тазовой брюшины

354. ПРОМЕЖНОСТНЫЙ ЭТАП СТАНДАРТНОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ КАК ПРАВИЛО ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ на спине
- 2) на правом боку
- 3) на левом боку
- 4) перочинного ножа

355. ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правосторонняя гемиколэктомия
- 2) резекция слепой кишки с частью восходящей ободочной кишки
- 3) резекция купола слепой кишки с опухолью
- 4) резекция илеоцекального отдела кишечника

356. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лаваж (ортоградное промывание желудочно-кишечного тракта)
- 2) бесшлаковая диета
- 3) очистительная клизма
- 4) прием слабительных средств

357. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ВЫСОКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НИЗКАЯ ЧАСТОТА

- 1)+ несостоятельности анастомоза
- 2) кровотечения из анастомоза
- 3) кишечной непроходимости
- 4) недостаточности анального сфинктера

358. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ МОБИЛИЗАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ КЗАДИ ОТ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ ФАСЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ КРЕСТЦОВЫХ

- 1)+ сосудов
- 2) костей
- 3) нервов
- 4) связок

359. ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧАСТИЧНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ

- 1)+ оставляется на усмотрение оперирующего хирурга
- 2) не рекомендовано в связи с инвалидизацией больного
- 3) строго рекомендовано
- 4) не рекомендовано в случае отказа пациента

360. ЦИРКУЛЯРНЫЙ РАЗРЕЗ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ НА 1 СМ ДИСТАЛЬНОЕ ОПУХОЛИ С ЦЕЛЬЮ

- 1)+ достижения адекватной дистальной границы резекции
- 2) более удобного доступа для выделения кишки
- 3) сохранения функции держания анального сфинктера
- 4) сохранения мышцы, поднимающей задний проход

361. КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВИДЕ УДАЛЕНИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1)+ соседнего органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- 2) аортоподвздошнотазовой лимфаденэктомией
- 3) другого органа по поводу иного заболевания
- 4) резекции печени по поводу метастазов

362. ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ

- 1)+ жизнеугрожающих послеоперационных осложнений
- 2) кровотечений из анастомоза
- 3) кишечной непроходимости
- 4) недостаточности анального сфинктера

363. ОСНОВНЫМ СТАЦИОНАРОМ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ онкологический
- 2) колопроктологический
- 3) хирургический
- 4) гастроэнтерологический

364. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА

- 1)+ не нужна в любом случае
- 2) строго необходима
- 3) оставляется на усмотрение пациента
- 4) необходима только при наличии признаков кишечной непроходимости

365. НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩЕГОСЯ НА УРОВНЕ СЛИЗИСТОГО И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли
- 2) резекция прямой кишки
- 3) химиолучевая терапия
- 4) мукозэктомия

366. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, РАСПОЛОЖЕННОМ НА 6 СМ ВЫШЕ КРАЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И НА 2 СМ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ, ПОКАЗАНА

- 1)+ брюшно-анальная резекция прямой кишки
- 2) передняя резекция прямой кишки
- 3) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- 4) операция Гартмана

367. ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ тотальная мезоректумэктомия
- 2) частичная мезоректумэктомия
- 3) трансанальное полностенное удаление опухоли прямой кишки
- 4) эндоскопическое подслизистое удаление опухоли

368. ОПЕРАЦИЯ КРАСКЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В _____ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ трансакральной
- 2) чрезбрюшинной
- 3) трансанальной
- 4) трансвагинальной

369. РАДИКАЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОЦЕНИВАЮТ ПО ДАННЫМ

- 1)+ патоморфологического исследования
- 2) КТ малого таза
- 3) МРТ малого таза
- 4) УЗИ малого таза

370. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ локализации опухоли
- 2) гистологического строения
- 3) пола пациента
- 4) формы роста опухоли

371. НИЗКОЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРЕСЕЧЕНИЮ СОСУДА

- 1)+ непосредственно у места отхождения от аорты
- 2) проксимальнее отхождения левой ободочной артерии
- 3) на уровне перехода в верхнюю прямокишечную артерию
- 4) между первой и второй сигмовидной артериями

372. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DUKES ПРОРАСТАНИЕ ОПУХОЛЮ В СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ СООТВЕТСТВУЕТ СТАДИИ

- 1)+ В
- 2) С
- 3) А
- 4) D

373. ПРИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИ НЕАДЕКВАТНОЙ СЧИТАЕТСЯ ДИСТАЛЬНАЯ ГРАНИЦА РЕЗЕКЦИИ МЕНЕЕ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

374. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИЗНАКАМИ МАЛИГНИЗАЦИИ ДО УРОВНЯ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансанальное полностенное эндоскопическое удаление
- 2) эндоскопическая полипэктомия
- 3) тотальная мезоректумэктомия
- 4) эндоскопическая подслизистая резекция

375. ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОТКРЫТОЙ НЕ ВЛИЯЕТ НА

- 1)+ онкологические результаты лечения
- 2) болевой синдром в послеоперационном периоде
- 3) длительность послеоперационного койко-дня
- 4) стоимость лечения

376. РАСШИРЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВИДЕ УДАЛЕНИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1)+ аортоподвздошнотазово-лимфаденэктомией
- 2) части соседнего органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- 3) другого органа по поводу иного заболевания
- 4) резекции печени по поводу метастазов

377. К ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ раннюю активизацию пациента
- 2) лучшие онкологические результаты
- 3) меньшее время операции
- 4) меньшую стоимость лечения

378. ВЫСОКОЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБОЗНАЧАЕТ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ СОСУДА

- 1)+ непосредственно у места отхождения от аорты
- 2) проксимальнее отхождения левой ободочной артерии
- 3) на уровне перехода в верхнюю прямокишечную артерию
- 4) между первой и второй сигмовидными артериями

379. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несостоятельность
- 2) кровотечение
- 3) некроз
- 4) стриктура

380. ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРФОРАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ЦИРКУЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ операцию Гартмана
- 2) формирование разгрузочной колостомы
- 3) переднюю резекцию прямой кишки
- 4) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки

381. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА

- 1)+ необходима в любом случае
- 2) не нужна
- 3) оставляется на усмотрение пациента
- 4) необходима только при наличии признаков кишечной непроходимости

382. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОТКАЗА ОТ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кишечная непроходимость
- 2) возраст пациента
- 3) комбинированный характер оперативного вмешательства
- 4) наличие отдаленных метастазов

383. ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩЕЙ ЗАДНИЙ ПРОХОД, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 2) брюшно-анальную резекцию прямой кишки
- 3) операцию Гартмана
- 4) низкую переднюю резекцию прямой кишки

384. БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ КОЛОСТОМЫ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ТЕМ, ЧТО

- 1)+ оставляется задний проход и мышца, его поднимающая
- 2) производится пересечение леватора
- 3) формируется колостома
- 4) не производится низведение сигмовидной кишки

385. СОЧЕТАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВИДЕ УДАЛЕНИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1)+ другого органа по поводу неопухолевого заболевания
- 2) соседнего органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- 3) аортосудорожнотазовой лимфаденэктомией
- 4) резекции печени по поводу метастазов

386. ПУЗЫРЬКОВАЯ ПРОБА В ИССЛЕДОВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕГО

- 1)+ герметичности
- 2) кровоснабжения
- 3) натяжения
- 4) проходимости

387. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ СТАНДАРТНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ широкое пересечение леватора у места прикрепления к кости
- 2) пересечение леватора как можно ближе к заднему проходу
- 3) цилиндрическое иссечение перианальной кожи
- 4) отсутствие необходимости в формировании стомы

388. ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ частичная мезоректумэктомия
- 2) тотальная мезоректумэктомия
- 3) трансанальное полностенное удаление опухоли прямой кишки
- 4) эндоскопическое подслизистое удаление опухоли

389. ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЮТ УДАЛЕНИЕ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ множественных нерезектабельных отдалённых метастазов рака
- 2) толстокишечной непроходимости
- 3) вовлечения соседних органов
- 4) больших размеров опухоли

390. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НА 7 СМ ОТ КРАЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И 3 СМ ОТ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ ПРИ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНА _____ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ низкая передняя резекция
- 2) брюшно-промежностная экстирпация
- 3) брюшно-анальная резекция
- 4) передняя резекция

391. ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ

- 1)+ строго рекомендовано
- 2) не рекомендовано в связи с инвалидизацией больного
- 3) оставляется на усмотрение оперирующего хирурга
- 4) не рекомендовано в случае отказа пациента

392. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ КАК ПРАВИЛО ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ илеостомы
- 2) цекостомы
- 3) сигмостомы
- 4) еюностомы

393. ОПТИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ левосторонняя гемиколэктомия
- 2) дистальная резекция сигмовидной кишки
- 3) колэктомия
- 4) расширенная передняя резекция прямой кишки

394. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИГИРОВАТЬ У ОСНОВАНИЯ И ПЕРЕСЕЧЬ

- 1)+ подвздошно-ободочную, правую ободочную, правую ветвь средней ободочной артерии
- 2) правые и средние ободочные сосуды
- 3) нижние брыжеечные сосуды
- 4) правые ободочные и аппендикулярные сосуды

395. ПРИ ЗАДНЕЙ ИНФРАЛЕВАТОРНОЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ брюшно-промежностная экстирпация
- 2) низкая передняя резекция
- 3) брюшно-анальная резекция
- 4) операция Гартмана

396. ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ: ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМЫ ИЗ-ЗА ЯВЛЕНИЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ, ПО ХАРАКТЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптоматической
- 2) паллиативной
- 3) эксплоративной
- 4) радикальной

397. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ декомпенсированная печеночно-почечная недостаточность
- 2) железодефицитная анемия легкой степени тяжести
- 3) ишемическая болезнь сердца в стадии компенсации
- 4) гастрит антрального отдела желудка

398. НА ПЕРВОМ МЕСТЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕОРГАНИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ТАЗА СТОИТ

- 1)+ хирургический метод
- 2) химиотерапевтический метод
- 3) лучевая терапия
- 4) химиолучевая терапия

399. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ОБЪЕМЕ

- 1)+ колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тазового тонкокишечного резервуара
- 2) колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 3) колпроктэктомии
- 4) субтотальной резекции толстой кишки с илеоректальным анастомозом

400. ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ST4AN0M0, ОСЛОЖНЕННОМ АБСЦЕССОМ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ химиотерапии
- 2) антибактериальной терапии
- 3) вскрытия, дренирования абсцесса
- 4) формирования отключающей стомы

401. ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ гамма нож
- 2) контактную лучевую терапию
- 3) сочетанную лучевую терапию
- 4) дистанционную лучевую терапию

402. СИСТЕМНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ _____ СТАДИИ

- 1)+ I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

403. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поражение регионарных лимфоузлов
- 2) мутация в гене KRAS
- 3) высокодифференцированная аденокарцинома
- 4) отсутствие опухолевых депозитов

404. ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВНЕОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЯХ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ хирургическое
- 2) таргетная терапия
- 3) лучевая терапия
- 4) химиолучевая терапия

405. ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ химиолучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3) лучевая терапия
- 4) динамическое наблюдение

406. ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОИСХОДИТ ПО ХОДУ

- 1)+ подвздошно-ободочной артерии
- 2) правой ободочной артерии
- 3) правой ветви средней ободочной артерии
- 4) основного ствола средней ободочной артерии

407. СУММАРНАЯ ОЧАГОВАЯ ДОЗА ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОМ КУРСЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ST4BN2B V1 M0, CRM + ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В Гр)

- 1)+ 50-58
- 2) 30-38
- 3) 20-28
- 4) 60-68

408. ПРИ РАКЕ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ЕДИНИЧНЫМ КАРЦИНОМАТОЗНЫМ УЗЛОМ НА ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ, ОПТИМАЛЬНЫМ ВЫБОРОМ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ левосторонняя гемиколэктомия с перитонэктомией
- 2) колэктомия
- 3) формирование двуствольной трансверзостомы
- 4) эксплоративная лапаротомия

409. КЛАССИФИКАЦИЯ TNM ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ НЕ УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ локализацию опухоли в забрюшинном пространстве
- 2) размер опухоли
- 3) степень зрелости опухоли
- 4) поражение регионарных лимфатических узлов

410. ОПЕРАБЕЛЬНОСТЬ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ ТАЗА ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ связи опухоли с окружающими органами и тканями
- 2) локализации опухоли
- 3) гистологической структуры
- 4) размеров опухоли

411. РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ в первые 2 года после операции
- 2) в сроки от 2 до 5 лет после операции
- 3) через 5 лет после операции
- 4) не зависимо от сроков после перенесенной операции

412. ПРИ УСЛОВНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОНВЕРСИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НАИМЕНЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ циторедуктивная правосторонняя гемиколэктомия
- 2) формирование отключающей стомы
- 3) установка кишечного стента
- 4) формирование обходного анастомоза

413. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование проксимальной стомы
- 2) лучевая терапия
- 3) низкая передняя резекция прямой кишки
- 4) обструктивная резекция прямой кишки (операция Гартмана)

414. ИЗ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЮТ

- 1)+ хордомы
- 2) гладкомышечные опухоли
- 3) нейрогенные опухоли
- 4) ангиогенные опухоли

415. К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ анемии тяжелой степени тяжести
- 2) компенсированный сахарный диабет
- 3) язвенную болезнь желудка в стадии ремиссии
- 4) незначительные изменения водно-электролитного баланса

416. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ комбинированный доступ
- 2) чрезбрюшинный доступ (срединная лапаротомия)
- 3) параректальный доступ
- 4) брюшно-промежностный доступ

417. ПРОВЕДЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРЯМОЙ КИШКЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ I стадии заболевания
- 2) IV стадии заболевания
- 3) массивной интраваскулярной, перинеуральной инвазии
- 4) III стадии заболевания

418. НЕОБХОДИМЫМ ОБЪЕМОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ pT2N2b cM0 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правосторонняя гемиколэктомия с последующей адъювантной химиотерапией
- 2) неоадъювантная химиотерапия с последующей правосторонней гемиколэктомией
- 3) неоадъювантная химиотерапия с последующей илеоцекальной резекцией
- 4) илеоцекальная резекция с последующей адъювантной химиотерапией

419. ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ короткий курс лучевой терапии с последующим пролонгированным курсом
- 2) короткий курс лучевой терапии с последующим оперативным лечением
- 3) короткий курс лучевой терапии с химиотерапией и последующим оперативным лечением
- 4) пролонгированный курс лучевой терапии с последующим оперативным лечением

420. К ТЕХНИЧЕСКИМ СЛОЖНОСТЯМ ПРИ УДАЛЕНИИ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ПРИВОДИТ

- 1)+ особенность анатомического расположения опухоли
- 2) гистологическое строение опухоли
- 3) дифференцировка опухоли
- 4) размер опухоли

421. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ST4BN1AM0 С ПРОРАСТАНИЕМ ОПУХОЛИ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ректовагинальный свищ
- 2) перифокальный абсцесс
- 3) кровотечение
- 4) псевдомембранозный колит

422. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ высокая дифференцировка опухоли
- 2) интраоперационная перфорация опухоли
- 3) венозная инвазия
- 4) III стадия заболевания

423. ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ сформировать отключающую стому
- 2) провести антибактериальную терапию
- 3) уменьшить дозу облучения
- 4) отказаться от лучевой терапии

424. ПРИМЕНЕНИЕ ОКСАЛИПЛАТИНА ПРИ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ОНА ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ

- 1)+ аденокарциномы
- 2) гастроинтестинальной стромальной опухоли
- 3) нейроэндокринной опухоли
- 4) саркомы

425. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНЫМ ПРИ

- 1)+ канцероматозе брюшины
- 2) метастазах колоректального рака в селезенку
- 3) метастазах колоректального рака в печень
- 4) метастазах колоректального рака в запирательные лимфатические узлы

426. В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СЛУЖИТ

- 1)+ несостоятельность швов анастомоза
- 2) распространение инфекции из какого - либо очага воспаления
- 3) вскрытие просвета кишки во время операции
- 4) ослабленное состояние пациента и метаболические нарушения в послеоперационном периоде

427. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ частичный регресс опухоли
- 2) полный регресс опухоли
- 3) прогрессирование
- 4) полное отсутствие эффекта

428. ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ трансверзостомии
- 2) операции Гартмана
- 3) левосторонней гемиколэктомии
- 4) илеотрансверзоанастомоза

429. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1)+ удалении всей толстой кишки
- 2) сегментарной резекции толстой кишки
- 3) эндоскопической полипэктомии
- 4) лечении клизмами с соком травы чистотел

430. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эозинофилия
- 2) тромбоцитопения
- 3) панцитопения
- 4) нейтропения

431. ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В КАЧЕСТВЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОПРЕПАРАТА/КОМБИНАЦИИ ХИМИОПРЕПАРАТОВ

- 1)+ кальция фолинат + панитумумаб
- 2) 5-фторурацил + кальция фолинат
- 3) капецитабин
- 4) 5-фторурацил + оксалиплатин + кальция фолинат

432. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ST2N0M0 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радикальное оперативное вмешательство
- 2) лучевая терапия
- 3) местное иссечение опухоли
- 4) химиотерапия

433. ЦИРКУЛЯРНАЯ ГРАНИЦА РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ R1, ЕСЛИ ОНА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1)+ <1
- 2) <3
- 3) <5
- 4) <7

434. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ХИМИОПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ митомицин С
- 2) 5-Фторурацил
- 3) иринотекан
- 4) циклофосфан

435. ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ НИЖНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ ВЕНА ПЕРЕСЕКАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- 1)+ нижнего края поджелудочной железы
- 2) основания нижней брыжеечной артерии
- 3) слияния ее с селезеночной веней
- 4) проксимальной границы резекции кишки

436. БАЗОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 5-фторурацил
- 2) винкристин
- 3) цисплатин
- 4) томудекс

437. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ST4AN1BM0, ОСЛОЖНЕННОМ ПАРАТУМОРАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВИТЬ

- 1)+ формирование отключающей стомы
- 2) установку внутрикишечного стента
- 3) системную химиотерапию
- 4) операцию Гартмана

438. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВОВЛЕЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ЦИРКУЛЯРНОГО КРАЯ РЕЗЕКЦИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ОПУХОЛЮ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ химиолучевой терапии
- 2) химиотерапии
- 3) оперативного вмешательства
- 4) криодеструкции

439. ДЛЯ ПОДСЧЕТА КАРЦИНОМАТОЗНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ИНДЕКСА БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИНЯТО УСЛОВНО ДЕЛИТЬ НА _____ ЗОН

- 1)+ 13
- 2) 11
- 3) 9
- 4) 8

440. НА НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЛИЯЕТ

- 1)+ местная распространенность опухоли
- 2) дифференцировка опухоли
- 3) экзофитный характер роста опухоли
- 4) эндофитный характер роста опухоли

441. СТАНДАРТОМ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ химиолучевая терапия с последующей операцией
- 2) системная химиотерапия иринотеканом и 5-фторурацилом с последующей операцией
- 3) операция с последующей системной химиотерапией иринотеканом и оксалиплатином
- 4) дистанционная и внутриволостная лучевая терапия с последующей операцией

442. ПРИ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ иринотекан
- 2) 5-фторурацил
- 3) капецитабин
- 4) оксалиплатин

443. ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ И НАЛИЧИИ РАКА НЕ ВЫШЕ 6 СМ ОТ КРАЯ АНУСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ колпроктоэктомию с илеостомией по Бруку
- 2) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тазового тонкокишечного резервуара
- 3) субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом
- 4) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

444. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОРГАННЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА МЕТАСТАЗИРУЮТ В

- 1)+ печень
- 2) яичники
- 3) лимфатические узлы
- 4) головной мозг

445. РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТЬ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ ТАЗА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ТОЧНО ТОЛЬКО ПРИ

- 1)+ лапаротомии
- 2) УЗ-исследовании
- 3) КТ
- 4) МРТ

446. ПРОВЕДЕНИЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ УДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПАРААОРТАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ УЗЛЫ

- 1)+ показано
- 2) не показано
- 3) не показано, если замещение лимфоузлов неполное
- 4) показано, если удалена только часть лимфоузлов

447. ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СРАВНЕНИЮ С НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ ниже
- 2) выше
- 3) одинакова
- 4) зависит от наличия превентивной стомы

448. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ раннего рака прямой кишки
- 2) геморроя
- 3) прямокишечных свищей
- 4) ректоцеле

449. ВНУТРИВЕННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ ЗА

- 1)+ 30-60 минут до кожного разреза
- 2) 6 часов до операции
- 3) 3 часа до наркоза
- 4) 12 часов до операции

450. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ (СТЕПЕНЬ А) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием выраженной клинической симптоматики
- 2) наличием перитонита
- 3) необходимостью в релапаротомии
- 4) наличием показаний для активной консервативной терапии

451. БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИЗБЫТКОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УТРАТИЛА АКТУАЛЬНОСТЬ В СВЯЗИ С

- 1)+ плохими функциональными результатами
- 2) высокой частотой местных рецидивов
- 3) техническими сложностями выполнения
- 4) высокой частотой некроза низведенной кишки

452. ЕСЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МУКОЗЭКТОМИИ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ, ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ 1,5 СМ В ДИАМЕТРЕ, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ДЕФЕКТЕ БЫЛО ВЫЯВЛЕНО ПЕРФОРАТИВНОЕ ОТВЕРСТИЕ (ДЕФЕКТ МЫШЕЧНОЙ ОБОЛОЧКИ) ДО 3-4 ММ В ДИАМЕТРЕ, ТО ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ укрытие дефекта при помощи эндоскопических клипс с последующим наблюдением
- 2) укрытие дефекта при помощи эндоскопических с последующим полостным вмешательством с целью ушивания дефекта.
- 3) прекращение эндоскопического вмешательства и переход на полостную операцию
- 4) прекращение выполнения мукозэктомии не укрывая дефект с последующим наблюдением

453. МИНИМАЛЬНО ДОСТАТОЧНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ (В СМ)

- 1)+ 5
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

454. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансанальная эндомикροхирургия
- 2) эндоскопическое удаление
- 3) химиолучевая терапия
- 4) химиотерапия

455. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЮЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ предотвращение жизнеугрожающих осложнений при возникновении несостоятельности анастомоза
- 2) предотвращение несостоятельности анастомоза
- 3) улучшение онкологических результатов операции
- 4) профилактика кровотечения из сформированного анастомоза

456. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ РЕЛАПАРОТОМИЙ

- 1)+ снижается
- 2) остается на прежнем уровне
- 3) полностью исключается
- 4) увеличивается

457. ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ _____ АНАСТОМОЗ

- 1)+ илеотрансверзо
- 2) илеосигмо
- 3) илеоректо
- 4) сигморектальный

458. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПЕРИТОНИТА

- 1)+ снижается
- 2) остается на прежнем уровне
- 3) полностью исключается
- 4) увеличивается

459. ТОТАЛЬНАЯ ЭВИСЦЕРАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ ВСЕХ ОРГАНОВ

- 1)+ малого таза
- 2) левого латерального канала
- 3) мезогастральной области
- 4) пищеварительной системы

460. ПРИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ полностенную резекцию
- 2) резекцию в пределах подслизистого слоя
- 3) удаление путем фрагментирования
- 4) петлевую электроэксцизию

461. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИ ОПРАВДАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ В СВЯЗИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

- 1)+ поражения регионарных лимфоузлов
- 2) формирования стомы
- 3) развития послеоперационных осложнений
- 4) возникновения отдаленных метастазов

462. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ПОДХОД

- 1)+ медиа-латеральный
- 2) каудо-краниальный
- 3) латеро-медиальный
- 4) кранио-каудальный

463. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ на ранней стадии
- 2) только у женщин
- 3) только у молодых пациентов
- 4) при наличии отдаленных метастазов

464. ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА – ЭТО РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ

- 1)+ одностольной колостомы
- 2) двустольной илеостомы
- 3) анастомоза
- 4) промежностной стомы

465. О НЕРАДИКАЛЬНОМ ХАРАКТЕРЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1)+ положительная циркулярная граница резекции
- 2) отказ от мобилизации левого изгиба ободочной кишки
- 3) формирование постоянной стомы
- 4) наличие пораженных регионарных лимфоузлов

466. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ ожирение
- 2) возраст старше 70 лет
- 3) женский пол
- 4) неоадьювантная химиолучевая терапия

467. НАИБОЛЕЕ ТОЧНО УСТАНОВИТЬ ГЛУБИНУ ПРОРАСТАНИЯ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВОЗМОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- 1)+ патоморфологического исследования удаленного препарата
- 2) трансректального УЗИ
- 3) пальцевого исследования
- 4) МРТ малого таза

468. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ - ВОЗНИКНОВЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМНОЙ (СТЕПЕНЬ С) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА

- 1)+ снижается
- 2) остается на прежнем уровне
- 3) полностью исключается
- 4) увеличивается

469. К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие пораженных тазовых лимфоузлов
- 2) размеры опухоли более 3 см
- 3) циркулярный характер опухоли
- 4) перифокальное воспаление

470. ПРИ ОТКРЫТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ латеро-медиальный подход
- 2) промежностный доступ
- 3) медиа-латеральный подход
- 4) кранио-каудальный доступ

471. ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОТКАЗ ОТ

- 1)+ кишечного анастомоза
- 2) формирования колостомы
- 3) выведения илеостомы
- 4) лапароскопической операции

472. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ местнораспространенный характер опухоли
- 2) возраст старше 70 лет
- 3) женский пол
- 4) неоадьювантная химиолучевая терапия

473. ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ (СТЕПЕНЬ А) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА

- 1)+ не влияет
- 2) снижает частоту несостоятельности
- 3) полностью предотвращает возникновение несостоятельности
- 4) увеличивает частоту несостоятельности

474. ПРИ ОТКРЫТОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ПОДХОД

- 1)+ латеро-медиальный
- 2) каудо-краниальный
- 3) медиа-латеральный
- 4) кранио-каудальный

475. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ операция
- 2) лучевая терапия
- 3) химиотерапия
- 4) эндоскопическое удаление

476. ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ чрезбрюшинную резекцию
- 2) операцию Гартмана
- 3) брюшно-анальную резекцию
- 4) брюшно-промежностную экстирпацию

477. ЭВИСЦЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН МОЖЕТ БЫТЬ ТОЛЬКО

- 1)+ тотальная
- 2) передняя
- 3) задняя
- 4) боковая

478. ПРИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ

- 1)+ en block
- 2) с лимфоузлами в мезоректум
- 3) путем фрагментирования
- 4) при помощи петлевой электроэксцизии

479. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИСЕКЦИЯ - ЭТО

- 1)+ удаление образования методом локального иссечения при помощи специального эндоскопического ножа
- 2) одномоментное удаление образования при помощи диатермической петли
- 3) инъекция в подслизистый слой образование раствором индигокармина
- 4) расширение просвета анастомоза при помощи специального эндоскопического инструментария

480. КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА (СТЕПЕНЬ С) ОТ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ (СТЕПЕНЬ В) ОТЛИЧАЕТСЯ

- 1)+ необходимостью в релапаротомии
- 2) наличием перитонита
- 3) наличием показаний для активной консервативной терапии
- 4) отсутствием выраженной клинической симптоматики

481. В ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСИЛИУМ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖЕН БЫТЬ ВКЛЮЧЕН

- 1)+ врач-радиотерапевт
- 2) врач-колопроктолог
- 3) врач-акушер-гинеколог
- 4) врач-гастроэнтеролог

482. НАЧАЛО ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРВИЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ

- 1)+ через 6-8 часов после операции
- 2) через 24 часа после операции
- 3) через 48 часов после операции
- 4) по желанию пациента

483. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПРИ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ сетчатый имплант
- 2) грушевидную мышцу
- 3) мочевого пузырь
- 4) поясничную мышцу

484. КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМНАЯ (СТЕПЕНЬ В) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием показаний для консервативной терапии
- 2) наличием перитонита
- 3) необходимостью в релапаротомии
- 4) отсутствием выраженной клинической симптоматики

485. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ необходимость выполнения комбинированного вмешательства
- 2) возраст старше 70 лет
- 3) женский пол
- 4) неoadъювантная химиолучевая терапия

486. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, КАК ПРАВИЛО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ цефалоспорины
- 2) фторхинолоны
- 3) гликопептиды
- 4) аминогликозиды

487. В СОСТАВ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ЛАТЕРАЛЬНЫХ СВЯЗОК ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ

- 1)+ средняя прямокишечная артерия
- 2) внутренняя половая вена
- 3) мочеточник
- 4) запирательный нерв

488. ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СРАВНЕНИЮ С РЕЗЕКЦИЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1)+ выше
- 2) ниже
- 3) одинакова
- 4) зависит от наличия превентивной стомы

489. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ положительную циркулярную границу резекции
- 2) размеры опухоли более 3 см
- 3) циркулярный характер опухоли
- 4) перифокальное воспаление

490. ЕСЛИ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ В КУПОЛЕ СЛЕПОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЕНО ОБРАЗОВАНИЕ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ, ПЛОТНОЙ ЭЛАСТИЧНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ, ЯМОЧНЫЙ РИСУНОК ПО KUDO VN - IIS ТИПА, LST – NG (ПА+ПС), ТО ВЫБОРОМ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полостная операция
- 2) мукозэктомия
- 3) аргонплазменная коагуляция
- 4) диссекция в подслизистом слое

491. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПРИ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ МЫШЦУ

- 1)+ большую ягодичную
- 2) грушевидную
- 3) поясничную
- 4) лобково-копчиковую

492. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие натяжения низводимой кишки
- 2) молодой возраст пациента
- 3) выполнение тотальной мезоректумэктомии
- 4) отсутствие отдаленных метастазов

493. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ВСЕГДА ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ кишечный анастомоз
- 2) одноствольная колостома
- 3) толстокишечный резервуар
- 4) забрюшинный тоннель

494. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ АДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ химиотерапия
- 2) операция
- 3) химиолучевая терапия
- 4) эндоскопическое удаление

495. НАЛИЧИЕ АБСЦЕССА В ЗОНЕ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ несостоятельности анастомоза
- 2) перитонита
- 3) стриктуры анастомоза
- 4) нормального течения послеоперационного периода

496. ЭНТЕРАЛЬНОЕ КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРВИЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ АДАПТИРОВАННЫМИ ПИТАТЕЛЬНЫМИ СМЕСЯМИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ __ ЧАСА/ЧАСОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ 6-8
- 2) 24
- 3) 48
- 4) 72

497. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ ВЫПОЛНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ мобилизацию сигмовидной кишки
- 2) выделение и пересечение нижних брыжеечных сосудов
- 3) выделение прямой кишки
- 4) мобилизацию левого изгиба ободочной кишки

498. ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ СИМПТОМНОМ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ циторедуктивному удалению опухоли
- 2) формированию обходного анастомоза
- 3) наложению проксимальной стомы
- 4) пробной лапаротомии

499. ПАЛЛИАТИВНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ СИМПТОМНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА

- 1)+ есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- 2) опухоль имеет большие размеры
- 3) имеются признаки паратуморального абсцесса
- 4) имеются множественные метастазы рака в печени

500. ФАСЦИЯ ВАЛЬДЕЙЕРА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1)+ прямокишечно-крестцовой
- 2) мезоректальной
- 3) прямокишечно-пузырной
- 4) пресакральной

501. ФАСЦИЯ ВАЛЬДЕЙЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ МЕЖДУ

- 1)+ прямой кишкой и крестцом
- 2) маткой и влагалищем
- 3) прямой кишкой и влагалищем
- 4) семенными пузырьками и простатой

502. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ снижает частоту инфекционных осложнений
- 2) не влияет на частоту инфекционных осложнений
- 3) противопоказано
- 4) определяется оперирующим хирургом

503. ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1)+ крестцового отдела спинного мозга
- 2) шейного отдела спинного мозга
- 3) копчика
- 4) подслизистых сплетений

504. МЕСТО УСТАНОВКИ ТРОАКАРА ДЛЯ КАМЕРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ параумбиликально
- 2) над лобком
- 3) в левой подвздошной области
- 4) в правой гипогастальной области

505. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T1N1M1A ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ

- 1)+ IVA
- 2) I
- 3) IIA
- 4) IIIA

506. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ ПО ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие внепеченочных нерезектабельных метастазов
- 2) недостаточный остающийся объем печени
- 3) наличие единичных метастазов в печени
- 4) цирроз печени Чайлд-Пью А

507. ПРИ РАКЕ НИСХОДЯЩЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, С НАЛИЧИЕМ УСЛОВНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ стентирования опухоли и проведение неоадьювантной химиотерапии
- 2) паллиативной резекции нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза
- 3) левосторонней гемиколэктомии с анастомозом и резекции печени
- 4) паллиативной левосторонней гемиколэктомии с анастомозом

508. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В

- 1)+ печени
- 2) головном мозге
- 3) костях скелета
- 4) легких

509. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАЗА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ЯИЧНИК В КАЧЕСТВЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАХОДКИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ удалить первичную опухоль и выполнить двустороннюю овариоэктомию
- 2) удалить первичную опухоль и произвести резекцию яичника
- 3) ограничиться удалением первичной опухоли
- 4) наложить проксимальную стому

510. ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1)+ S2-S4
- 2) Th11-L2
- 3) L3-L5
- 4) L1-L3

511. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЦИЕНТУ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ОПЕРАЦИИ В ОБЪЕМЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ, ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ МОЖНО ГОВОРИТЬ ОБ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ комбинированной
- 2) сочетанной
- 3) расширенной
- 4) стандартной

512. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ выделение и пересечение нижних брыжеечных сосудов
- 2) мобилизацию сигмовидной кишки
- 3) выделение прямой кишки
- 4) мобилизацию левого изгиба ободочной кишки

513. ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1)+ крестцовых нервов
- 2) гипогастральных сплетений
- 3) запирательного нерва
- 4) подслизистых сплетений

514. СТАНДАРТНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АНАСТОМОЗИРУЕМЫХ УЧАСТКОВ ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ

- 1)+ субъективна
- 2) очень сложна
- 3) достаточно объективна
- 4) практически не используется

515. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЦИЕНТУ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ И КАНЦЕРОМАТОЗОМ ОПЕРАЦИИ В ОБЪЕМЕ НАЛОЖЕНИЯ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА МОЖНО ГОВОРИТЬ ОБ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ симптоматической
- 2) расширенной
- 3) комбинированной
- 4) сочетанной

516. ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ обязательно
- 2) определяется оперирующим хирургом
- 3) необязательно
- 4) противопоказано

517. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ ПО ВЫЖИВАЕМОСТИ СРЕДИ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИССЕМИНИРОВАННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОБЛАДАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ метастаза в яичник
- 2) солитарного метастаза в легкое
- 3) солитарного метастаза в печень
- 4) метастаза в парааортальный лимфоузел

518. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЕДИНИЧНЫХ МЕТАХРОННЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ДО 2 СМ В ДИАМЕТРЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ операция + адъювантная химиотерапия
- 2) периоперационная системная химиотерапия
- 3) химиоэмболизация + операция
- 4) лучевая терапия

519. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ строго обязательно
- 2) необходимо только при варикозной болезни нижних конечностей
- 3) необходимо только при наличии тромбоза вен нижних конечностей
- 4) не обязательно

520. ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ ПОКРЫВАЕТ

- 1)+ простату
- 2) матку
- 3) мочевого пузыря
- 4) кости крестца

521. ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ, СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 20-30
- 2) 35-40
- 3) 40-60
- 4) 70-80

522. ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НА 12 СМ РТЗН1АМ1А С СОЛИТАРНЫМ МЕТАСТАЗОМ В 7 СЕГМЕНТ ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ _____ ХИМИОТЕРАПИИ

- 1)+ адъювантной
- 2) неоадъювантной
- 3) периоперационной
- 4) внутривенной

523. ФАСЦИЯ ВАЛЬДЕЙЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ позади от прямой кишки
- 2) впереди от прямой кишки
- 3) по ходу нижнебрыжеечных сосудов
- 4) между влагалищем и уретрой

524. ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ЧАСТЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью
- 2) формированию обходного анастомоза
- 3) наложению проксимальной стомы
- 4) эксплоративной лапаротомии

525. МЕСТО УСТАНОВКИ ТРОАКАРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИПАТОРА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ в правой подвздошной области
- 2) над лобком
- 3) в левой гипогастральной области
- 4) параумбиликально

526. ЛЕВАЯ ОБОДОЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1)+ нижней брыжеечной артерии
- 2) средней ободочной артерии
- 3) аорты
- 4) левой почечной артерии

527. ПРЕВЕНТИВНАЯ СТОМА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ «НИЗКИХ» КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

- 1)+ рекомендована
- 2) формируется только у мужчин
- 3) противопоказана
- 4) формируется только у женщин

528. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ ОБЪЯСНЯТЬСЯ

- 1)+ наличием множественных отдалённых метастазов рака
- 2) возрастом больного
- 3) толстокишечной непроходимостью
- 4) наличием солитарного отдалённого метастаза рака

529. ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ ПОКРЫВАЕТ

- 1)+ семенные пузырьки
- 2) матку
- 3) мочевого пузырь
- 4) кости крестца

530. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T1N2BM1C ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ

- 1)+ IVc
- 2) IIb
- 3) IIb
- 4) I

531. В ПРОГРАММУ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ

- 1)+ ранняя активизация пациента
- 2) профилактическая установка назогастрального зонда
- 3) выполнение лапароскопической операции
- 4) формирование стомы

532. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЦИЕНТУ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С НАЛИЧИЕМ МЕТАСТАЗА В ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ ОПЕРАЦИИ В ОБЪЕМЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИ МОЖНО ГОВОРИТЬ ОБ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ паллиативной
- 2) расширенной
- 3) комбинированной
- 4) сочетанной

533. СРЕДИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1)+ 15-20
- 2) 2-10
- 3) 40-50
- 4) 60-70

534. СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1)+ гипогастральных нервов
- 2) крестцовых сплетений
- 3) запирательного нерва
- 4) аутоиннервации

535. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ (R0) РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НЕГАТИВНОЙ СЧИТАЮТ ГРАНИЦУ, СОСТАВЛЯЮЩУЮ (В ММ)

- 1)+ ≥ 1
- 2) ≥ 5
- 3) ≥ 10
- 4) ≥ 15

536. КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ ТАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КОГДА

- 1)+ наряду с опухолью производится резекция печени по поводу метастазов рака
- 2) наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- 3) производится удаление опухоли с D3-лимфодиссекцией
- 4) наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями

537. ПРЕВЕНТИВНАЯ (ВРЕМЕННАЯ) СТОМА ОСТАЕТСЯ ПОСТОЯННОЙ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 15-20
- 2) 5-10
- 3) 20-25
- 4) 25-30

538. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЦИЕНТКЕ С РАКОМ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРИЗНАКАМИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОУЗЛОВ ВДОЛЬ ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ СОСУДОВ ОПЕРАЦИИ В ОБЪЕМЕ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С АОРТО-ПОДВЗДОШНОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИЕЙ МОЖНО ГОВОРИТЬ ОБ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ расширенной
- 2) сочетанной
- 3) комбинированной
- 4) стандартной

539. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПЕРИРУЮЩИЙ ХИРУРГ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ справа от пациента
- 2) между ног пациента
- 3) слева от пациента
- 4) в любой свободной зоне

540. СЛИЗИСТАЯ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТОИТ ИЗ

- 1)+ цилиндрического эпителия
- 2) мезотелия
- 3) плоского эпителия
- 4) эпидермиса

541. ПРИ ИНДЕКСЕ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ СС-2 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

- 1)+ размеры неудаленных очагов варьируют от 2,5 мм до 2,5 см
- 2) определяются неудаленные опухолевые очаги менее 2,5 мм в диаметре
- 3) очаги перитонеального канцероматоза визуально не определяются
- 4) имеются неудаленные опухолевые очаги более 2,5 см в диаметре

542. ПРИ КАНЦЕРОМАТОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, НЕОБХОДИМО КРОМЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРОВОДИТЬ

- 1)+ внутрибрюшную химиотерапию, системную химиотерапию
- 2) лучевую терапию
- 3) только внутрибрюшную химиотерапию
- 4) химио-лучевую терапию

543. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ за 12 часов перед операцией
- 2) сразу после операции
- 3) за 24 часа перед операцией
- 4) сразу перед кожным разрезом

544. СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1)+ Th11-L2
- 2) L1-L3
- 3) L3-L5
- 4) S2-S4

545. ПРИ ИНДЕКСЕ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ СС-1 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

- 1)+ определяются неудаленные опухолевые очаги менее 2,5 мм в диаметре
- 2) очаги перитонеального канцероматоза визуально не определяются
- 3) размеры неудаленных очагов варьируют от 2,5 мм до 2,5 см
- 4) имеются неудаленные опухолевые очаги более 2,5 см в диаметре

546. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЦИЕНТУ С ДИАГНОЗОМ РАКА НИСХОДЯЩЕЙ КИШКИ Т3N2AM1A И СОЛИТАРНЫМ МЕТАСТАЗОМ В 3 СЕГМЕНТ ПЕЧЕНИ ОПЕРАЦИИ В ОБЪЕМЕ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ 3 СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ МОЖНО ГОВОРИТЬ ОБ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ комбинированной
- 2) расширенной
- 3) сочетанной
- 4) стандартной

547. В ПОЛЯ ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОМИМО САМОЙ ОПУХОЛИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ паховые области
- 2) ягодичные области
- 3) парааортальную область
- 4) подмышечную область

548. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (ХЛТ) РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА СЛЕДУЕТ

- 1)+ сформировать отключающую стому и продолжить ХЛТ
- 2) выполнить брюшно-промежностную экстирпацию
- 3) прервать ХЛТ и провести консолидирующую системную химиотерапию
- 4) прервать ХЛТ и произвести оценку эффекта через 6 месяцев

549. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1)+ иринотекана и 5-фторурацила
- 2) цисплатина и иринотекана
- 3) гемцитабина и оксалиплатина
- 4) паклитаксела и карбоплатина

550. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОУЭНА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ местное иссечение в пределах здоровых тканей
- 2) выполнение экстирпации прямой кишки
- 3) проведение химио-лучевой терапии
- 4) проведение местной противовоспалительной терапии

551. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ДОСТОВЕРНО СНИЖАЕТ

- 1)+ наличие перерывов в курсе химиолучевой терапии
- 2) возраст >80 лет
- 3) наличие анальной инконтиненции 2 степени и выше
- 4) наличие ранее наложенной проксимальной стомы

552. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ морфологически верифицированный продолженный рост опухоли
- 2) указание в анамнезе на наличие рака анального канала
- 3) подозрение на наличие ректо-вагинального свища
- 4) наличие острого постлучевого проктита

553. ПРИ РАКЕ ДИСТАЛЬНОЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ПЕРИФОКАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ, ОПТИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ операция Гартмана
- 2) операция Микулича
- 3) левосторонняя гемиколэктомия
- 4) передняя резекция прямой кишки

554. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ радионекроз анального канала
- 2) рецидив первичной опухоли
- 3) неполный ответ первичной опухоли
- 4) рецидив в параректальных лимфоузлах

555. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ T1N0 БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ местное иссечение опухоли с отступом в 1 см
- 2) применение 5-фторурацил содержащей мази
- 3) проведение контактной лучевой терапии
- 4) выполнение брюшно-промежностной экстирпации

556. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ тиббиальная нейромодуляция
- 2) внутрианальная электростимуляция
- 3) экстракорпоральная и сакральная магнитная стимуляция
- 4) коротковолновая диатермия

557. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ местное иссечение в пределах здоровых тканей
- 2) проведение химио-лучевой терапии
- 3) криодеструкция опухоли
- 4) выполнение экстирпации прямой кишки

558. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ОБЪЕМ ОСТАЮЩЕЙСЯ ПАРЕНХИМЫ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 40
- 2) 10
- 3) 70
- 4) 90

559. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ ПАЦИЕНТУ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕПАРАТА ЦЕТУКСИМАБ РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ/ОТСУТСТВИЕ МУТАЦИИ В

- 1)+ генах RAS
- 2) гене APC
- 3) гене MLH1
- 4) гене MYN

560. КОМБИНАЦИЯ МИТОМИЦИНА С И 5-ФТОРУРАЦИЛА ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ КОМПОНЕНТОМ ВЫБОРА ПРИ

- 1)+ химио-лучевой терапии локализованного рака анального канала
- 2) химиотерапии диссеминированного рака анального канала
- 3) адъювантной химиотерапии после хирургического лечения рака анального канала
- 4) химиотерапии меланомы анального канала

561. СОЧЕТАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЮТ УДАЛЕНИЕ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1)+ удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания
- 2) аортоподвздошнотазовую лимфаденэктомию
- 3) резекцию какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли
- 4) низведение вышележащих отделов ободочной кишки

562. ПРИ ПОТЕНЦИАЛЬНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ/ЛЕГКИЕ ЦЕЛЕВЫМ ПАРАМЕТРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ R0 объем вмешательства на кишке
- 2) simultанное выполнение оперативного вмешательства
- 3) выполнение экономных вмешательств на печени/легких
- 4) минимальная кровопотеря

563. ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ KRAS, NRAS ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ТАРГЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бевацизумаб
- 2) ниволумаб
- 3) цетуксимаб
- 4) панитумумаб

564. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ТОКСИЧНОСТИ ДЛЯ МИТОМИЦИНА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гематологическая
- 2) нефротоксичность
- 3) гепатотоксичность
- 4) ладонно-подошвенный синдром

565. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 2) отсутствие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 3) высокая микросателлитная нестабильность
- 4) наличие мутации в гене APC

566. В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несостоятельность швов анастомоза
- 2) распространение инфекции из какого - либо очага воспаления
- 3) вскрытие просвета кишки во время операции
- 4) ослабленное состояние пациента и метаболические нарушения в послеоперационном периоде

567. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЛЕГКОЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ хирургическое удаление метастазов
- 2) обязательное проведение неоадьювантной химиотерапии
- 3) проведение лучевой терапии
- 4) симптоматическое лечение

568. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ МЕСТНОГО СТАДИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) трансректальное УЗИ
- 3) КТ органов малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ

569. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ РЕЖИМОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ митомицин С и 5-фторурацил + лучевая терапия СОД 54 Гр
- 2) 5-фторурацил + лучевая терапия СОД 54 Гр
- 3) цисплатин и 5-фторурацил + лучевая терапия СОД 54 Гр
- 4) лучевая терапия СОД 74 Гр

570. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТВЕТА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 3 месяца
- 3) 3 недели
- 4) 6-8 недель

571. ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ 5-фторурацила
- 2) сарколизина
- 3) метотрексата
- 4) циклофосфана

572. К МЕТОДАМ, ПОВЫШАЮЩИМ УРОВЕНЬ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ выполнение расширенной лимфодиссекции
- 2) двухэтапные резекции печени
- 3) резекцию печени в сочетании с одним из видов абляции метастазов
- 4) эмболизацию ветви воротной вены на стороне большего поражения

573. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ОБЪЕМ ОСТАЮЩЕЙСЯ ПАРЕНХИМЫ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 40
- 2) 10
- 3) 70
- 4) 90

574. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1)+ оксалиплатина и 5-фторурацила
- 2) цисплатина и иринотекана
- 3) гемцитабина и оксалиплатина
- 4) иринотекана и 5-фторурацила

575. МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 2) КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 3) УЗИ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой

576. ВНУТРИБРЮШНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ канцероматоза
- 2) метастазов колоректального рака в селезенку
- 3) метастазов колоректального рака в печень
- 4) метастазов колоректального рака в запирательные лимфатические узлы

577. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЧАСТОТА ПОЛНОЙ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ ДОСТИГАЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 70-80
- 2) 40-59
- 3) 20-39
- 4) менее 20

578. ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ KRAS, NRAS ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бевацизумаб
- 2) ниволумаб
- 3) цетуксимаб
- 4) панитумумаб

579. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ T2N0 С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ДИСТАЛЬНУЮ ТРЕТЬ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проведение химиолучевой терапии
- 2) местное иссечение опухоли с отступом в 1 см
- 3) применение 5-фторурацил содержащей мази
- 4) выполнение брюшно-промежностной экстирпации

580. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ химиолучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3) хирургия
- 4) иммунотерапия

581. ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ЛИНЧА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ

- 1)+ имеет мутацию гена системы репарации ДНК
- 2) соответствует рекомендациям Бетесда
- 3) имеет микросателлитную нестабильность
- 4) соответствует Амстердамским критериям

582. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА T4N1 С ПРОРАСТАНИЕМ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО РАССМАТРИВАТЬ

- 1)+ формирование отключающей стомы
- 2) системную химиотерапию
- 3) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с резекцией задней стенки влагиалища
- 4) химиолучевую терапию

583. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ НЕПОЛНОМ ОТВЕТЕ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ брюшно-промежностная экстирпация
- 2) местное иссечение остаточной опухоли
- 3) двуствольная сигмостомия
- 4) брюшно-анальная резекция

584. АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНОМ АНТИТЕЛОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цетуксимаб
- 2) трастузумаб
- 3) регорафениб
- 4) бевацизумаб

585. ДЛЯ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОПУХОЛИ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) трансректального УЗИ
- 3) КТ малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ

586. КАКОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ АССОЦИИ РАКА АНАЛЬНОГО И ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА?

- 1)+ улучшает
- 2) ухудшает
- 3) не влияет
- 4) прогноз зависит от типа вируса

587. НАЛИЧИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ СЕМЕЙСТВА RAS (KRAS, NRAS) ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ резистентности к проведению таргетной терапии анти-EGFR моноклональными антителами
- 2) наследственного характера болезни
- 3) микросателлитной нестабильности
- 4) резистентности к проведению химиотерапии 5-фторурацилом

588. КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ

- 1)+ APC
- 2) BRAF
- 3) CFTR
- 4) EGFR

589. НАИБОЛЕЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА Т4 С ПРОРАСТАНИЕМ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ формирование ректовагинального свища
- 2) лучевой проктит
- 3) диарея
- 4) лучевой цистит

590. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ митомицина С
- 2) 5-фторурацила
- 3) иринотекана
- 4) метотрексата

591. ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ ликвидировать нарушение проходимости
- 2) провести коррекцию белкового обмена
- 3) провести противоязвенную терапию
- 4) провести коррекцию дисбактериоза

592. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДОЛЖНО ОТДАВАТЬСЯ

- 1)+ радикальному курсу лучевой терапии СОД 46-58 Гр, в зависимости от Т
- 2) радикальному курсу лучевой терапии СОД не менее 60-70 Гр
- 3) крупнофракционному облучению по схеме 5×5 Гр
- 4) предоперационному курсу СОД 46 Гр

593. ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ: ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПО ХАРАКТЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптоматической
- 2) паллиативной
- 3) эксплоративной
- 4) радикальной

594. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕОРГАННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза с внутривенным контрастированием
- 2) КТ органов малого таза с внутривенным контрастированием
- 3) УЗИ органов малого таза с внутривенным контрастированием
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой

595. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ УДАЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИЗ-ЗА ЕЁ МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ наложение проксимальной стомы
- 2) эксплоративную лапаротомию
- 3) лапароскопию и дренирование брюшной полости
- 4) проведение внутрибрюшной химиотерапии

596. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 2) отсутствие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 3) высокая микросателлитная нестабильность
- 4) наличие мутации в гене APC

597. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ НЕОБХОДИМО ЛИГИРОВАТЬ

- 1)+ a. colica media
- 2) a. mesenterica superior
- 3) a. pancreatoduodenalis
- 4) a. colica sinistra

598. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1)+ множественными отдалёнными метастазами рака
- 2) толстокишечной непроходимостью
- 3) возрастом больного
- 4) солитарным отдалённым метастазом рака

599. ФОРМИРОВАНИЕ ОБХОДНОГО ИЛЕОСИГМОИДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ

- 1)+ симптоматической
- 2) паллиативной
- 3) условно-радикальной
- 4) эксплоративной

600. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ НЕУДАЛИМОЙ ОПУХОЛИ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПОКАЗАНО

- 1)+ ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости
- 2) ушивание перфорации, наложение двуствольного ануса
- 3) ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
- 4) подведение тампонов к перфорации, наложение одностовольного ануса

601. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1)+ гистологического строения
- 2) наличия осложнений
- 3) общего состояния больного
- 4) наличия метастазов

602. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБАМ ПОДГОТОВКИ КИШКИ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1)+ приём слабого раствора солевого слабительного (магнезии раствора 15%) и вазелинового масла
- 2) очистительные клизмы
- 3) приём касторового масла
- 4) голодание

603. ПРИ РАКЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, НЕ ВЫХОДЯЩИМ ЗА ПРЕДЕЛЫ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ПОКАЗАНА

- 1)+ сигмоидэктомия
- 2) дистальная резекция сигмовидной кишки
- 3) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- 4) операция Гартмана

604. ПРИ РАКЕ ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО ЛИГИРОВАТЬ

- 1)+ подвздошно-ободочную, правую ободочную и правую ветвь средней ободочной артерии
- 2) правые и средние ободочные сосуды
- 3) правые ободочные сосуды и аппендикулярные сосуды
- 4) подвздошно-ободочные, средние ободочные с правой и левой ветвями средней ободочной артерии

605. ПРОТЯЖЁННОСТЬ ВНУТРИСТЕНОЧНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ПРОКСИМАЛЬНОМ И ДИСТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИЯХ, КАК ПРАВИЛО, НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В СМ)

- 1)+ 1,5-2,0
- 2) 3,0-4,0
- 3) 5,0
- 4) 1

606. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСТАТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ОСЛОЖНЕННОМ СТРИКТУРОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ МРТ малого таза
- 2) трансректальное УЗИ
- 3) КТ малого таза
- 4) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ

607. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1)+ оксалиплатина и 5-фторурацила
- 2) цисплатина и иринотекана
- 3) гемцитабина и оксалиплатина
- 4) паклитаксела и карбоплатина

608. В КАЧЕСТВЕ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ 5-фторурацил
- 2) сарколизин
- 3) метотрексат
- 4) адриамицин

609. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТОМАНОСКОПИИ В ПРЯМОЙ КИШКЕ НА ВЫСОТЕ 7 СМ ОТ КРАЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ОБНАРУЖЕН ВОРСИНЧАТЫЙ ПОЛИП РАЗМЕРОМ 3×2 СМ, ТО В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ колоноскопию с биопсией
- 2) копрологическое исследование
- 3) цистоскопию
- 4) экскреторную урографию

610. ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЛИПАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И НАЛИЧИИ РАКА НЕ ВЫШЕ 6 СМ ОТ КРАЯ АНУСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ колпроктэктомия
- 2) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 3) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 4) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал

611. НАЛИЧИЕ СОЛИТАРНОГО ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗА В ОДНОМ ОРГАНЕ ИЛИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8 РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ M1a
- 2) M1b
- 3) M1c
- 4) Mx

612. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СТЕНТИРОВАНИЮ ОПУХОЛЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локализация опухоли в правых отделах ободочной кишки
- 2) наличие кишечного содержимого дистальнее опухоли
- 3) наличие периопухолевого воспаления
- 4) субкомпенсированная опухолевая кишечная непроходимость

613. НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В НЕСКОЛЬКИХ ОРГАНАХ ИЛИ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЯХ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8 РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1)+ M1b
- 2) M1a
- 3) M1c
- 4) Mx

614. ЦИТОРЕДУКТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО

- 1)+ при клинически выраженном симптомном ее характере
- 2) при ее резектабельности
- 3) для точного стадирования
- 4) перед началом паллиативной химиотерапии

615. ВЫПОЛНЕНИЕ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ _____ АНАСТОМОЗА

- 1)+ трансверзо-ректального
- 2) десцендо-сигмоидного
- 3) асцендо-ректального
- 4) десцендо-ректального

616. СУТЬ ОПЕРАЦИИ ЛАХЕЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СОСТОИТ В

- 1)+ правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой
- 2) проксимальной илеостомии без резекции кишки
- 3) наложении двуствольной трансверзостомы
- 4) правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой

617. ЕСЛИ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОМУ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ «РАК ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ cT3N0M0», ТО В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1)+ хирургического лечения
- 2) неоадьювантной химиотерапии
- 3) лучевой терапии
- 4) адьювантной химиотерапии

618. ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ С ЯВЛЕНИЯМИ ВЫРАЖЕННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОКАЗАНА

- 1)+ правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
- 2) операция Гартмана
- 3) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрасверзоанастомозом
- 4) операция по типу Микулича

619. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ ПАЦИЕНТУ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЕПАРАТА ЦЕТУКСИМАБ РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ/ОТСУТСТВИЕ МУТАЦИИ В

- 1)+ генах RAS
- 2) гене APC
- 3) гене MLH1
- 4) гене MSH

620. В СЛУЧАЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕДОПУСТИМО

- 1)+ наложение цекстомы
- 2) выполнение субтотальной колэктомии
- 3) формирование проксимальной трансверзостомы
- 4) выполнение операции по типу Гартмана

621. ЕСЛИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОДИНОЧНОГО ПОЛИПА ПОЛУЧЕН ОТВЕТ –АДЕНОКАРЦИНОМА В ПОЛИПЕ, ТО НЕОБХОДИМО

- 1)+ повторный осмотр места расположения полипа и взятие материала из ложа удалённого полипа для гистологического исследования
- 2) выписать больного домой под диспансерное наблюдение
- 3) подготовить больного к радикальной операции
- 4) выполнить ирригоскопию

622. НАЛИЧИЕ НЕУДАЛЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГОВ РАЗМЕРАМИ БОЛЕЕ 2,5 СМ В ДИАМЕТРЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ

- 1)+ СС-3
- 2) СС-0
- 3) СС-1
- 4) СС-2

623. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОЛИПА ПРЯМОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 1 СМ НЕОБХОДИМО

- 1)+ произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип
- 2) удалить полип через ректоскоп
- 3) направить больного к врачу-онкологу
- 4) направить больного на ирригоскопию

624. МРТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ

- 1)+ резекции печени по поводу метастазов колоректального рака
- 2) проведения предоперационной химио-лучевой терапии
- 3) проведения паллиативной химиотерапии
- 4) удаления первичной опухоли

625. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА АМПУЛЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хирургический
- 2) лучевая терапия
- 3) химиотерапия
- 4) сочетание лучевого лечения и химиотерапии

626. ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1)+ 5-фторурацила
- 2) сарколизина
- 3) метотрексата
- 4) циклофосфана

627. НАЛИЧИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К

- 1)+ резекции печени
- 2) проведению системной химиотерапии
- 3) проведению симптоматического лечения
- 4) удалению первичной опухоли

628. ЕСЛИ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОМУ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ «РАК ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ cT3N0M0», ТО ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правосторонняя гемиколэктомия
- 2) резекция правых отделов ободочной кишки
- 3) илеоцекальная резекция
- 4) субтотальная резекция ободочной кишки

629. ЕСЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ РАКА И НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛЬНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ПЕЧЕНИ, ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТОВ ОПУХОЛИ МУТАЦИИ ГЕНОВ RAS И BRAF НЕ ВЫЯВЛЕНЫ, ТО В ТАКОЙ СИТУАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНЕНИЯ К РЕЖИМУ FOLFOX ОПРАВДАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА

- 1)+ цетуксимаб
- 2) бевацизумаб
- 3) капецитабин
- 4) цисплатин

630. ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ илеоцекальная резекция
- 2) правосторонняя гемиколэктомия
- 3) аппендэктомия
- 4) субтотальная резекция ободочной кишки

631. МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ правосторонняя гемиколэктомия
- 2) резекция слепой кишки
- 3) илеотрансверзоанастомоз
- 4) цекостомия

632. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИМИО-ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ РОД 2 Гр до СОД за весь курс 54-60 Гр
- 2) РОД 5 Гр до СОД 25 Гр (схема 5×5)
- 3) РОД 2 Гр до СОД 78-80 Гр
- 4) РОД 1,5 Гр до СОД 90 Гр

633. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ ПО ТОРНБОЛЛУ ПРИВОДЯЩЕЕ КОЛЕНО КИШКИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОТВОДЯЩЕГО РАСПОЛАГАЮТ

- 1)+ снизу
- 2) сверху
- 3) медиально
- 4) латерально

634. ХИМИО-ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ локализованного рака анального канала
- 2) диссеминированного рака анального канала
- 3) локализованного рака перианальной кожи
- 4) меланомы анального канала

635. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ УДАЕТСЯ ОБНАРУЖИТЬ ОПУХОЛЬ _____ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ ректосигмоидного отдела
- 2) нижне-ампулярного отдела
- 3) средне-ампулярного отдела
- 4) анального канала

636. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЁМ ФОРМИРОВАНИЯ _____ АНАСТОМОЗА

- 1)+ сигмо-ректального
- 2) сигмо-сигмоидного
- 3) трансверзо-ректального
- 4) десцендо-ректального

637. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБАМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ электроэксцизию полипов
- 2) клизмы с соком чистотела
- 3) клизмы с ромашкой
- 4) диету

638. ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ трансверзостомия
- 2) операция Гартмана
- 3) левосторонняя гемиколэктомия
- 4) илеотрансверзоанастомоз

639. ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1)+ операция Гартмана
- 2) левосторонняя гемиколэктомия
- 3) резекция сигмовидной кишки
- 4) цекостомия

640. В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТА РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ЕДИНИЧНЫМ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ МЕТАСТАЗОМ В ЛЕВОЙ ДОЛЕ ПЕЧЕНИ, ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ одномоментная резекция кишки и печени
- 2) химиолучевая терапия
- 3) лучевая терапия
- 4) паллиативная резекция кишки

641. ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ

- 1)+ одноствольной колостомы
- 2) двуствольной колостомы
- 3) одноствольной илеостомы
- 4) двуствольной илеостомы

642. ДЛЯ УХОДА ЗА ИЛЕОСТОМОЙ В ПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ _____ КАЛОПРИЁМНИК

- 1)+ однокомпонентный дренируемый прозрачный
- 2) однокомпонентный дренируемый непрозрачный
- 3) двухкомпонентный недренируемый
- 4) однокомпонентный недренируемый

643. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аденокарцинома
- 2) плоскоклеточный рак без ороговения
- 3) низкодифференцированный плоскоклеточный рак
- 4) плоскоклеточный рак с ороговением

644. АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНОМ АНТИТЕЛОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цетуксимаб
- 2) трастузумаб
- 3) регорафениб
- 4) бевацизумаб

645. НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИО-ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ АССОЦИИ РАКА И

- 1)+ вируса папилломы человека
- 2) цитомегаловирусной инфекции
- 3) вируса иммунодефицита
- 4) ротавирусной инфекции

646. ПРИ РАННЕМ РАКЕ (T1) ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ СТАНДАРТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ местное иссечение опухоли при возможности достижения краёв резекции не менее 1 см
- 2) выполнение расширенной экстралеваторной экстирпации прямой кишки
- 3) проведение химио-лучевой терапии
- 4) проведение системной химиотерапии

647. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР

- 1)+ 1 раз в год
- 2) ежемесячно
- 3) 1 раз в два месяца
- 4) 1 раз в два года

648. ВОРСИНЧАТУЮ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ РАЗМЕРАМИ ДО 2 СМ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ ПУТЁМ

- 1)+ эндоскопического удаления
- 2) лучевой терапии
- 3) резекции кишки с опухолью
- 4) консервативной терапии

649. ОСНОВНЫМ ОТЯГОЩАЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НЕРЕДКО СПОСОБСТВУЮЩИМ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перфорация опухоли
- 2) возраст больного
- 3) истощение больного
- 4) длительность заболевания

650. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выздоровление
- 2) язвенный проктит
- 3) рецидив полипа прямой кишки
- 4) появление рака прямой кишки

651. ПРИ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ (ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ) ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

- 1)+ кровотечения и перфорации кишки
- 2) непроходимости
- 3) интоксикации
- 4) анемии

652. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** удаление толстой кишки, поражённой полипами
- 2) симптоматическое лечение
- 3) лучевая терапия
- 4) удаление полипов через эндоскоп

Тема 10. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами. Реабилитация колопроктологических больных.

1. В УСЛОВИЯХ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВотоКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ некроза
- 2) пролапса
- 3) флегмоны
- 4) абсцесса

2. ПОЗДНИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ выпадение
- 2) кровотечение
- 3) флегмона
- 4) абсцесс

3. ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ

- 1)+ одноствольной колостомы
- 2) одноствольной илеостомы
- 3) петлевой колостомы
- 4) петлевой илеостомы

4. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПРОТИВОБРЫЖЕЕЧНАЯ ЧАСТЬ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1)+ каудально
- 2) краниально
- 3) медиально
- 4) латерально

5. МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ трансректальный способ выведения кишки
- 2) параректальный способ выведения кишки
- 3) выворачивание слизистой оболочки кишечной стенки
- 4) формирование забрюшинного тоннеля

6. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ герметичность колоректального анастомоза
- 2) отсутствие гематогенных метастазов
- 3) отсутствие хронических заболеваний
- 4) удовлетворительная функция анальной континенции

7. ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЗАБРЮШИННЫЙ ТОННЕЛЬ ФОРМИРУЮТ ДЛЯ

- 1)+ одноствольной колостомы
- 2) двуствольной колостомы
- 3) одноствольной илеостомы
- 4) двуствольной илеостомы

8. ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ КАЛОПРИЕМНИК НАКЛЕИВАЮТ

- 1)+ по окончании операции
- 2) через 12 часов после операции
- 3) через 24 часа после операции
- 4) через 48 часов после операции

9. ОДИНАКОВЫМ СПОСОБОМ ФОРМИРУЕТСЯ СТОМА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ

- 1)+ Гартмана и Кеню-Майлса
- 2) Микулича и Гартмана
- 3) Лахей и Гартмана
- 4) Лахей и Кеню-Майлса

10. ДЛЯ ИЛЕОСТОМЫ, НАЛОЖЕННОЙ НА РАССТОЯНИИ 100 СМ ОТ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ водно-электролитного дисбаланса
- 2) ретракции стомы
- 3) пролапса стомы
- 4) парастомальной грыжи

11. ДЛЯ ВЫБОРА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОГО УЧАСТКА КИШКИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ БУДУЩЕЙ ИЛЕОСТОМЫ НЕОБХОДИМО ОТСТУПИТЬ ОТ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА НА РАССТОЯНИЕ (В СМ)

- 1)+ 30-40
- 2) 15-20
- 3) 20-15
- 4) 50-55

12. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ МИКУЛИЧА НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ раздельная колостома
- 2) раздельная илеотрансверзостома
- 3) петлевая колостома
- 4) петлевая илеостома

13. ДЛЯ ОТКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПАССАЖА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ТОЛЬКО ПРЯМОЙ И ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ФОРМИРУЮТ

- 1)+ сигмостому
- 2) илеостому
- 3) трансверзостому
- 4) цекостому

14. ПАЦИЕНТ С ИЛЕОСТОМОЙ ДОЛЖЕН ВЫПИВАТЬ В СУТКИ НЕ МЕНЕЕ _____ МЛ ЖИДКОСТИ

- 1)+ 1500
- 2) 300
- 3) 500
- 4) 1000

15. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ ИЗБЫТОК ВНУТРИБРЮШНОЙ ЧАСТИ КИШКИ ЛИКВИДИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ пролапса
- 2) некроза
- 3) абсцесса
- 4) стриктуры

16. НАИМЕНЬШАЯ ШИРИНА РАЗРЕЗА АПОНЕВРОЗА ТРЕБУЕТСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1)+ одноствольной илеостомы
- 2) двуствольной илеостомы
- 3) двуствольной колостомы
- 4) одноствольной колостомы

17. МАРКИРОВКА МЕСТА КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1)+ в палате до оперативного вмешательства
- 2) на операционном столе до начала вмешательства
- 3) после выполнения основного этапа операции
- 4) после интраоперационной ревизии

18. КЛАПАННАЯ ИЛЕОСТОМА ПО КОКУ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ КОНЕЧНЫМ ЭТАПОМ

- 1)+ колпроктэктомии
- 2) низкой передней резекции прямой кишки
- 3) операции Гартмана
- 4) левосторонней гемиколэктомии

19. РАННИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ абсцесс
- 2) грыжа
- 3) стриктура
- 4) стеноз

20. ЛИХОРАДКА В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1)+ парастомального абсцесса
- 2) парастомальной грыжи
- 3) эвагинации
- 4) стриктуры стомы

21. ОСЛОЖНЕНИЕМ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ОБУСЛОВЛЕННОГО УЗОСТЬЮ ЗАБРЮШИННОГО ТОННЕЛЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ некроз колостомы
- 2) стеноз колостомы
- 3) пролапс колостомы
- 4) параилеостомический абсцесс

22. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ КАК ПРАВИЛО ФОРМИРУЕТСЯ ПРЕВЕНТИВНАЯ

- 1)+ илеостома
- 2) цекостома
- 3) сигмостома
- 4) еюностома

23. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕТЛЕВОЙ КОЛОСТОМЫ ПЛАСТИКОВЫЙ ДЕРЖАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- 1)+ профилактики ретракции
- 2) профилактики некроза
- 3) формирования хоботка
- 4) формирования шпоры

24. В СЛУЧАЕ ИМЕЮЩИХСЯ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЫВЕДЕННОЙ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ КИШКЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ выполнить повторное формирование кишечной стомы
- 2) использование антикоагулянтов после операции
- 3) применение препаратов, улучшающих реологию крови
- 4) назначение антибактериальных препаратов

25. ПО ПРИЧИНЕ РАНЕНИЯ КРАЕВОГО СОСУДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ ОДНОСТВОЛЬНОЙ СИГМОСТОМЫ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ некроза
- 2) перитонита
- 3) пролапса
- 4) ретракции

26. В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПЕТЛЕВОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ТРОМБОЗА ЯВЛЯЮТСЯ СОСУДЫ

- 1)+ верхней брыжеечной артерии
- 2) нижней брыжеечной артерии
- 3) верхней прямокишечной артерии
- 4) левой ободочной артерии

27. ПРИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ КОРОТКОЙ СТРИКТУРЕ КИШЕЧНОЙ КОЛОСТОМЫ ПОКАЗАНА

- 1)+ реконструкция из местного доступа
- 2) проксимальная колостомия
- 3) транспозиция стомы
- 4) резекция участка кишки, несущего стому

28. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перитонит или инфицирование брюшной полости
- 2) дивертикулярная болезнь ободочной кишки, неосложненная форма
- 3) паллиативный характер операции
- 4) избыточное развитие подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки

29. УШИВАНИЕ СВОБОДНОГО ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКОЙ И ПЕТЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, НЕСУЩЕЙ КОНЦЕВУЮ СИГМОСТОМУ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ, ВЫПОЛНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ непроходимости
- 2) перитонита
- 3) некроза
- 4) ретракции

30. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕТЛЕВОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ С МОБИЛЬНОЙ БРЫЖЕЙКОЙ ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пролапс
- 2) стриктура
- 3) некроз
- 4) абсцесс

31. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПИТАНИЮ БОЛЬНЫМ СО СТОМАМИ В ПЕРВЫЕ 4-6 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПИЩИ, БОГАТОЙ

- 1)+ клетчаткой
- 2) холестерином
- 3) поваренной солью
- 4) белками

32. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОЛОСТОМЫ ПРОСВЕТ КИШКИ ВСКРЫВАЮТ

- 1)+ по окончании операции
- 2) через 24 часа после операции
- 3) через 24-48 часов после операции
- 4) через 48-72 часов после операции

33. ПРИЧИНОЙ НЕКРОЗА КИШКИ, НЕСУЩЕЙ СТОМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тромбоз сосудов брыжейки
- 2) мобильность брыжейки
- 3) избыточное развитие подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки
- 4) парастомальный абсцесс

34. СЛЕДСТВИЕМ УЗКОГО РАЗРЕЗА АПОНЕВРОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ некроза
- 2) пролапса
- 3) грыжи
- 4) кровотечения

35. ДЛЯ ОТКЛЮЧЕНИЯ ПАССАЖА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПО ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКЕ ФОРМИРУЮТ

- 1)+ илеостому
- 2) гастростому
- 3) трансверзостому
- 4) сигмостому

36. ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА РУТИННО ФОРМИРУЮТ ПЕТЛЕВУЮ

- 1)+ илеостому
- 2) цекостому
- 3) еюностому
- 4) гастростому

37. УРЕТЕРОИЛЕОСТОМИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ БРИКЕРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ФОРМИРОВАНИЕ _____ ИЛЕОСТОМЫ

- 1)+ одноствольной
- 2) двуствольной
- 3) раздельной
- 4) петлевой

38. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАСТОМАЛЬНОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА В ТКАНЯХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ВЫШЕ АПОНЕВРОЗА ПОКАЗАНО

- 1)+ снятие швов и дренирование через серозно-кожную рану
- 2) срочное вмешательство с повторным формированием стомы
- 3) вскрытие и дренирование абсцесса вне области калоприемника
- 4) формирование проксимальной стомы

39. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБРОСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИВОДЯЩЕЕ КОЛЕНО ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ОТВОДЯЩЕГО РАСПОЛАГАЮТ

- 1)+ ниже
- 2) выше
- 3) медиальнее
- 4) латеральнее

40. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ СТЕЖКАМИ КОЖНО-СЕРОЗНО-МЫШЕЧНЫХ ШВОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (В ММ)

- 1)+ 3-5
- 2) 1-2
- 3) 5-10
- 4) 10-15

41. ПРИ ЭВЕНТРАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ПОКАЗАНО

- 1)+ экстренное хирургическое вмешательство
- 2) плановое хирургическое вмешательство
- 3) срочное хирургическое вмешательство
- 4) консервативное лечение

42. ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПОДВЗДОШНАЯ КИШКА ВЫВОДИТСЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ НА РАССТОЯНИИ _____ СМ ОТ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

- 1)+ 15-30
- 2) 5-10
- 3) 40-50
- 4) 50- 70

43. ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ НАТЯЖЕНИЯ ПЕТЛИ, НЕСУЩЕЙ СИГМО-/ ТРАНВЕРЗОСТОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УДАЛЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО СТРЕЖНЯ ПОД ШПОРОЙ К

- 1)+ 10-12 суткам
- 2) 2-3 суткам
- 3) 4-5 суткам
- 4) 6-7 суткам

44. ПРИ НОРМАЛЬНОМ ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ У ПАЦИЕНТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ до 1000 мл кишечного содержимого
- 2) от 1000 мл до 1500 мл кишечного содержимого
- 3) от 1500 мл до 2000 мл кишечного содержимого
- 4) более 2000 мл кишечного содержимого

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ МЕХАНИЧЕСКИМ ШВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кровотечение
- 2) кишечная непроходимость
- 3) анастомозит
- 4) несостоятельность анастомоза

46. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АНАСТОМОЗИТА С СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АНАСТОМОЗА

- 1)+ конец в конец двухрядным швом
- 2) конец в конец однорядным швом
- 3) бок в бок ручным швом
- 4) бок в бок механическим швом

47. ВЫВОРАЧИВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1)+ воспаления серозной оболочки
- 2) флегмоны передней брюшной стенки
- 3) перистомального дерматита
- 4) парастомальной грыжи

48. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТЕН РИСК РАЗВИТИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1)+ трансверзостомы
- 2) илеостомы
- 3) еюностомы
- 4) асцендостомы

49. ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И НЕВЫРАЖЕННОЙ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1)+ ликвидации эвагинации стомы по типу операции Альтмайера
- 2) транспозиции стомы
- 3) пластики грыжи с использованием сетчатого импланта
- 4) вмешательства с формированием проксимальной стомы

50. К КОНСЕРВАТИВНОМУ СПОСОБУ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИЛЕОСТОМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ использование гемостатика
- 2) прошивание кровотока участка
- 3) электрокоагуляцию
- 4) реилеостомию

51. СЕПТИЧНЫМ СЧИТАЕТСЯ КИШЕЧНЫЙ ШОВ ПРИ ЗАХВАТЕ ИГЛОЙ

- 1)+ слизистой оболочки
- 2) серозной оболочки
- 3) мышечного слоя
- 4) подслизистого слоя

52. ПОД ОПЕРАЦИЕЙ МИКУЛИЧА ПОНИМАЮТ

- 1)+ резекцию ободочной кишки с формированием отдельных колостом
- 2) обструктивную резекцию толстой кишки
- 3) гастростомию
- 4) резекцию тонкой кишки

53. КОНЦЕВАЯ КИШЕЧНАЯ СТОМА НЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ

- 1)+ по типу Микулича
- 2) по типу Гартмана
- 3) с формированием илеостомы по Бруку
- 4) по типу Дюамеля

54. В СЛУЧАЕ СОМНЕНИЙ В ГЕРМЕТИЧНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1)+ формирование превентивной кишечной стомы
- 2) дополнительное дренирование полости малого таза
- 3) применение биологического клея на основе фибрина
- 4) соблюдение постельного режима и строгого ограничения диеты в течение недели после операции

55. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПОЗДНЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПРИ НАЛИЧИИ ПЕРИТОНИТА И СЕПСИСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ разобщение анастомоза с повторным формированием стомы
- 2) резекцию кишки с дефектом и реформированием анастомоза
- 3) ушивание дефекта кишечной стенки
- 4) ортоградную интубацию тонкой кишки

56. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ФОРМИРОВАНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРОИЗВОДЯТ

- 1)+ выделение и мобилизацию кишки, несущей стому
- 2) выделение и мобилизацию культи отключенной культи
- 3) последовательное разделение спаек в брюшной полости
- 4) выведение превентивной петлевой илеостомы

57. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретракция кишки ниже уровня апоневроза
- 2) ретракция кишки ниже уровня кожи
- 3) пролапс кишечной стомы
- 4) парастомальная грыжа

58. ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ КИШКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ СФОРМИРОВАТЬ АНАСТОМОЗ

- 1)+ в 3/4
- 2) конец в конец
- 3) бок в бок
- 4) конец в бок

59. ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ В $\frac{3}{4}$ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СТРИКТУРЫ СЛЕДУЕТ ФОРМИРОВАТЬ АНАСТОМОЗ

- 1)+ параллельно задней стенке
- 2) перпендикулярно задней стенки
- 3) в косом направлении
- 4) крестообразно

60. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ послеоперационная грыжа
- 2) несостоятельность анастомоза
- 3) кровотечение
- 4) анастомозит

61. ЭВЕНТРАЦИЯ КИШКИ В ОБЛАСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ

- 1)+ всегда является показанием к экстренному вмешательству
- 2) является показанием к операции в случае перитонита
- 3) является показанием к операции в случае невозможности вправления кишки
- 4) не является показанием к операции

62. РИСК ЭВАГИНАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ МОЖНО СНИЗИТЬ ПУТЕМ

- 1)+ применения синтетических сеток
- 2) дополнительной фиксации брыжейки
- 3) наложения частых кожно-слизистых швов
- 4) формирования узкого отверстия в передней брюшной стенке

63. НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ, НЕ ОБРАЗУЮЩИМ СЛЕПОГО КАРМАНА ПРИ ЛИКВИДАЦИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ ЯВЛЯЕТСЯ АНАСТОМОЗ

- 1)+ конец в конец
- 2) бок в конец
- 3) конец в бок
- 4) бок в бок

64. ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА СЕРОЗНЫЕ ОБОЛОЧКИ СТЕНОК КИШКИ СКЛЕИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 1-2 часа
- 2) 3-6 часов
- 3) 6-12 часов
- 4) 12-24 часа

65. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИКВИДАЦИИ КОНЦЕВОЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие декомпенсированных сопутствующих заболеваний
- 2) тотальный дивертикулез ободочной кишки
- 3) короткая (менее 10 см) культи прямой кишки
- 4) недостаточность анального сфинктера 2 степени

66. НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АНАСТОМОЗИТА С СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ СУЩЕСТВУЕТ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ

- 1)+ илеостомы
- 2) цекостомы
- 3) сигмостомы
- 4) трансверзостомы

67. ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА СЕРОЗНО-ФИБРИНОЗНЫЙ ЭКССУДАТ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ОБРАЗОВАНИЕ МОЛОДОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ОБРАЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 6-8 часов
- 2) 1-2 часа
- 3) 12-24 часов
- 4) 24-48 часов

68. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ДВУХРЯДНЫМ РУЧНЫМ ШВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анастомозит
- 2) кровотечение
- 3) сепсис
- 4) несостоятельность анастомоза

69. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ПЕТЛЕВОЙ СИГМОСТОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ ретроградное рентгеноконтрастное исследование
- 2) эндоректальное ультразвуковое исследование
- 3) магнитно-резонансную томографию брюшной полости
- 4) ортоградное рентгенконтрастное исследование

70. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ТИПУ ГАРТМАНА ЯВЛЯЕТСЯ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 6-12
- 2) 1-2
- 3) 2-6
- 4) 12-18

71. ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ОТСУТСТВУЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ К ПОВТОРНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ РАЗВИТИИ

- 1)+ анастомозита
- 2) несостоятельности швов анастомоза
- 3) странгуляционной кишечной непроходимости
- 4) мезентериального тромбоза

72. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ДВУСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ В ХОДЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1)+ высоком риске несостоятельности колоректального анастомоза
- 2) выраженных сопутствующих заболеваниях
- 3) активном воспалении слизистой оболочки отключенной кишки
- 4) выраженном спаечном процессе в брюшной полости

73. ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ РУТИННО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ местный доступ
- 2) люмбальный доступ
- 3) верхнесрединную лапаротомию
- 4) нижнесрединную лапаротомию

74. ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ДВУСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ ОТСУТСТВУЕТ ЭФФЕКТ В ЛЕЧЕНИИ АНАСТОМОЗИТА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

- 1)+ опиоидных анальгетиков
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) блокаторов H1-гистаминовых рецепторов
- 4) глюкокортикостероидов

75. В ХОДЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ОДНУСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ РУЧНЫМ СПОСОБОМ ПРИ ДЛИНЕ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1)+ более 15 см
- 2) 10-15 см
- 3) 5-10 см
- 4) менее 5 см

76. К РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ выраженная боль в области стомы
- 2) индурация мягких тканей в области стомы
- 3) выраженная дегидратация с лихорадкой
- 4) цианотическая окраска кожи парастомальной области

77. ПРИ РЕТРАКЦИИ КИШЕЧНОЙ КОЛОСТОМЫ ДО УРОВНЯ АПОНЕВРОЗА ПОКАЗАНА

- 1)+ транспозиция стомы
- 2) консервативная тактика ведения
- 3) проксимальная илеостомия
- 4) антибактериальная терапия

78. НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЧАСТЬЮ КАЛОПРИЕМНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адгезивная пластина
- 2) стомный мешок
- 3) фильтр
- 4) застежка

79. ДЛЯ АДЕКВАТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ И МИНИМАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ РАЗМЕР ФОРМИРУЕМОГО ДЕФЕКТА В АПОНЕВРОЗЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1)+ равен диаметру выводимой кишки
- 2) в 1,5 раза больше диаметра выводимой кишки
- 3) в 2 раза больше диаметра выводимой кишки
- 4) в 2,5 раза больше диаметра выводимой кишки

80. ПОД ОДНОКОМПОНЕНТНЫМ КАЛОПРИЕМНИКОМ ПОНИМАЮТ КАЛОПРИЕМНИК, В КОТОРОМ СТОМНЫЙ МЕШОК

- 1)+ и адгезивная пластина составляют единое целое
- 2) и адгезивная пластина представлены отдельно
- 3) можно дренировать
- 4) нельзя дренировать

81. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПАСТЫ В ТУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие поверхностных складок, шрамов, неровностей
- 2) развитие перистомального дерматита
- 3) наличие глубоких складок, неровностей
- 4) наличие петлевой илеостомы

82. ПОЯС ДЛЯ КАЛОПРИЕМНИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ при необходимости дополнительной фиксации калоприемника
- 2) всегда, для всех калоприемников
- 3) для пациентов, которым показан дренируемый калоприемник
- 4) при наличии кишечного свища на передней брюшной стенке

83. ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МЕСТНЫМ ДОСТУПОМ С ПЛАСТИКОЙ СОБСТВЕННЫМИ ТКАНЯМИ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 46-100
- 2) 10-20
- 3) 21-45
- 4) 5-10

84. ПАЦИЕНТАМ С ИЛЕОСТОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ употребление блюд, содержащих грубую клетчатку
- 2) жидкость принимать отдельно от плотной пищи
- 3) прием 2000-2500 мл жидкости в сутки
- 4) соблюдать уровень приема соли до 3-5 г в сутки

85. ОПЕРАЦИЯ КЕНЮ-МАЙЛСА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ

- 1)+ концевой колостомы
- 2) концевой илеостомы
- 3) петлевой колостомы
- 4) петлевой илеостомы

86. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПАСТЫ ГЕРМЕТИК В ПОЛОСКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие глубоких складок, неровностей в перистомальной области
- 2) развитие перистомального дерматита
- 3) наличие петлевой илеостомы
- 4) наличие поверхностных складок, шрамов, неровностей

87. ДИАМЕТР ВЫРЕЗАЕМОГО ОТВЕРСТИЯ В ПЛАСТИНЕ КАЛОПРИЕМНИКА

- 1)+ равен диаметру стомы
- 2) равен диаметру стомы + 1 см
- 3) равен диаметру стомы + 2,5 см
- 4) вычисляется по формуле $D=2\sqrt{S/\pi}$

88. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАСТОМАЛЬНОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА В ТКАНЯХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА УРОВНЕ АПОНЕВРОЗА ПОКАЗАНО

- 1)+ вскрытие и дренирование абсцесса вне области калоприемника
- 2) снятие швов и дренирование через серозно-кожную рану
- 3) использование адсорбирующих и альгинатных повязок
- 4) формирование проксимальной стомы

89. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБРОСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИВОДЯЩЕЕ КОЛЕНО ДВУСТВОЛЬНОЙ СТОМЫ РАСПОЛАГАЮТ

- 1)+ ниже отводящего
- 2) выше отводящего
- 3) медиальнее отводящего
- 4) латеральнее отводящего

90. НАИБОЛЕЕ СЛОЖНОЙ В УХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ еюностома
- 2) сигмостома
- 3) трансверзостома
- 4) илеостома

91. В НОРМЕ КОЛОСТОМА ФОРМИРУЕТСЯ

- 1)+ выпуклой
- 2) плоской
- 3) втянутой
- 4) «столбиком»

92. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ИМЕЕТ

- 1)+ одностовольная колостома
- 2) двустовольная колостома
- 3) одностовольная илеостома
- 4) двустовольная илеостома

93. ПОД ДВУХКОМПОНЕНТНЫМ КАЛОПРИЕМНИКОМ ПОНИМАЮТ КАЛОПРИЕМНИК, В КОТОРОМ КАЛОПРИЕМНЫЙ МЕШОК

- 1)+ и адгезивная пластина представлены отдельно
- 2) и адгезивная пластина составляют единое целое
- 3) можно дренировать
- 4) нельзя дренировать

94. ОДНОКОМПОНЕНТНЫЙ НЕДРЕНИРУЕМЫЙ КАЛОПРИЕМНИК ПОКАЗАН ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ колостомы с оформленным кишечным отделяемым
- 2) колостомы с жидким кишечным отделяемым
- 3) еюностомы
- 4) илеостомы

95. КАЛОПРИЕМНИКИ С КОНВЕКСНОЙ ПЛАСТИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ

- 1)+ втянутых стомах
- 2) выпуклых стомах
- 3) илеостомах
- 4) пролапсе кишки через стому

96. ОСТАТКИ АДГЕЗИВА УДАЛЯЮТ С КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ очистителя для кожи
- 2) спиртсодержащих очистителей
- 3) ацетонсодержащих очистителей
- 4) жирного крема

97. СТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЙ ПРИ

- 1)+ распространении опухолевого процесса на сфинктерный аппарат прямой кишки
- 2) близком расположении опухоли к сфинктеру прямой кишки
- 3) наличии единичного метастатического очага в печени
- 4) сопутствующей анемии в момент наложения стомы

98. МАРКИРОВКА МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1)+ удобства последующего ухода за стомой
- 2) удобства работы оперирующего хирурга
- 3) профилактики осложнений стомы
- 4) формирования стомы в проекции, соответствующей анатомическому расположению выводимой кишки

99. ПРИ НАЛИЧИИ ВОЛОС В ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ срезание волос ножницами
- 2) бритье волос
- 3) удаление волос с помощью лазерной эпиляции
- 4) применение защитного кольца

100. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ КОЛЭКТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕОРЕКТАЛЬНОГО РЕЗЕРВУАРА МАРКИРУЮТ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ИЛЕОСТОМЫ В ____ КВАДРАНТЕ

- 1)+ левом нижнем
- 2) правом нижнем
- 3) левом верхнем
- 4) правом верхнем

101. МАРКИРОВКА МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ методом профилактики осложнений стомы
- 2) мерой для сокращения длительности операции
- 3) способом формирования стомы
- 4) способом ухода за стомой

102. ПОД ИРРИГАЦИЕЙ ПРИ УХОДЕ ЗА СТОМОЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ опорожнение кишечника с помощью промывания
- 2) опорожнение кишечника с помощью слабительных препаратов
- 3) санацию культи прямой кишки
- 4) заполнение кишечника ренетгенконтрастным веществом

103. ЧЕРЕЗ 2 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ С НАЛОЖЕНИЕМ ИЛЕОСТОМЫ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ КИШКИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

- 1)+ от 600 до 700 мл
- 2) до 300 мл
- 3) не менее 1 литра
- 4) до 2 литров

104. УДЕРЖИВАЮЩИЙ СТЕРЖЕНЬ ДЛЯ СТОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ временной фиксации петлевой стомы
- 2) формирования петлевой стомы
- 3) формирования илеостомы по Торнболлу
- 4) фиксации одноствольной стомы

105. КОЖА ВОКРУГ СТОМЫ В НОРМЕ

- 1)+ сходная с кожей другой половины живота
- 2) гиперемизированная
- 3) цианотичная
- 4) бледная

106. СТОМА, ГДЕ ОДИН СТОЛ КИШКИ ВЫВОДИТСЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ И ПОДШИВАЕТСЯ К КОЖЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ концевой
- 2) пристеночной
- 3) петлевой
- 4) телескопической

107. У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ СИГМОСТОМЫ МАРКИРУЮТ

- 1)+ в верхнем квадранте слева
- 2) в нижнем квадранте справа
- 3) в нижнем квадранте слева
- 4) выше пупка

108. К ФАКТОРУ, ПРЕПЯТСТВУЮЩЕМУ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭВАГИНАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие избытка внутрибрюшной части кишки, несущей стому
- 2) ожирение
- 3) повышенное внутрибрюшное давление
- 4) избыточную длину выводимой кишки на переднюю брюшную стенку

109. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОЛИТА ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ механическую очистку и гидромассаж отключенных отделов кишки
- 2) местное введение антибактериальных препаратов, активных в отношении анаэробов
- 3) ретроградное введение в отключенную кишку кишечного содержимого
- 4) местное введение препаратов 5-аминосалициловой кислоты и/или глюкокортикоидов

110. ОДНОСТВОЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СТОМА, ВЫПОЛНЕННАЯ ПРИ ЭНТЕРОСТОМИИ ПО

- 1)+ Бруку
- 2) Торнболлу
- 3) Лахейю
- 4) Микуличу

111. ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ СТОМНОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ газо-и запахомепроницаемость
- 2) прозрачность
- 3) эстетичность
- 4) отсутствие шуршания

112. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ МАРКИРУЮТ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ

- 1)+ для илеостомы, трансверзостомы, сигмостомы
- 2) только для илеостомы
- 3) только для трансверзостомы
- 4) только для сигмостомы

113. МАРКИРОВКУ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КИШЕЧНИКЕ ПРОВОДЯТ

- 1)+ всем пациентам, даже в случаях вероятного формирования стомы
- 2) пациентам только в плановой хирургии
- 3) пациентам только в экстренной хирургии
- 4) пациентам по желанию

114. НАИМЕНЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ИМЕЕТ

- 1)+ двуствольная илеостомы
- 2) двуствольная колостома
- 3) одноствольная илеостомы
- 4) одноствольная колостома

115. АБСОРБИРУЮЩИЙ ПОРОШОК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1)+ лечения мацерации и эрозирования кожи вокруг стомы
- 2) лечения фолликулита перистомальной кожи
- 3) улучшения адгезивных свойств пластины
- 4) уменьшения объема кишечного отделяемого

116. К ФАКТОРУ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩЕМУ К РАЗВИТИЮ СТРИКТУРЫ СТОМЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ ретракцию
- 2) эвагинацию
- 3) пролапс
- 4) парастомальную грыжу

117. ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ СИГМОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ левая мезогастральная область
- 2) правая мезогастральная область
- 3) правая подреберная область
- 4) левая подреберная область

118. ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КАЛОПРИЕМНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прозрачность
- 2) наличие сливного клапана
- 3) наличие окна
- 4) наличие антирефлюксного клапана

119. КАЛОПРИЕМНИК ИЗ ПЛАСТМАССЫ НА ПОЯСЕ РЕКОМЕНДОВАН ПАЦИЕНТАМ С

- 1)+ непереносимостью адгезивов
- 2) илеостомами
- 3) колостомами
- 4) «порочными» стомами

120. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отведение кишечного содержимого
- 2) защита анастомоза
- 3) завершение операции на кишечнике
- 4) отведение мочи

121. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ ПО УХОДУ ЗА СТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ калоприемник
- 2) очиститель для кожи
- 3) защитная пленка для кожи вокруг стомы
- 4) абсорбирующий порошок

122. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТОМЫ ПЕТЛЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ДОЛЖНА СВОБОДНО ВЫВОДИТЬСЯ НА _____ СМ ВЫШЕ УРОВНЯ КОЖИ

- 1)+ 3-4
- 2) 1-2
- 3) 4-5
- 4) 5-10

123. НЕДРЕНИРУЕМЫЙ МЕШОК КАЛОПРИЕМНИКА ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ НАЛИЧИИ

- 1)+ илеостомы или еюностомы, колостомы с жидким кишечным отделяемым
- 2) колостомы с оформленным кишечным отделяемым
- 3) дивертикулеза ободочной кишки
- 4) воспалительных заболеваний кишечника

124. ЧАСТОТА РЕТРАКЦИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 1-2
- 2) 3-14
- 3) 15-20
- 4) 21-25

125. К ТЕХНИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ОТНОСЯТ

- 1)+ расположение стомы за пределами прямой мышцы живота
- 2) ожирение
- 3) хронический кашель с резко увеличенным внутрибрюшным давлением
- 4) парастомальные гнойно-воспалительные осложнения

126. КРАЕВОЙ НЕКРОЗ СЛИЗИСТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ одноствольной колостомии
- 2) одноствольной илеостомии
- 3) двуствольной колостомии
- 4) двуствольной илеостомии

127. МАРКИРОВКУ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ПРОВОДИТ

- 1)+ специально обученный медицинский работник
- 2) оперирующий врач-хирург
- 3) операционная медицинская сестра
- 4) перевязочная медицинская сестра

128. К ОДНОМУ ИЗ ОСНОВНЫХ СВОЙСТВ АДГЕЗИВНОЙ ПЛАСТИНЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ устойчивость к эрозии кишечным содержимым
- 2) эстетичность
- 3) безболезненность при приклеивании
- 4) пластичность

129. ПАЦИЕНТАМ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ поднимать тяжести
- 2) заниматься бегом
- 3) кататься на лыжах
- 4) заниматься плаванием

130. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПО УХОДУ ЗА СТОМОЙ

- 1)+ рекомендуют в раннем послеоперационном периоде
- 2) рекомендуют в отдаленном послеоперационном периоде
- 3) рекомендую в предоперационном периоде
- 4) не рекомендовано

131. МАРКИРОВКА СТОМЫ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА

- 1)+ лежа, сидя и стоя
- 2) только лежа
- 3) только сидя
- 4) только стоя

132. НАЧИНАТЬ ПОДБОР СРЕДСТВ УХОДА ЗА СТОМОЙ СЛЕДУЕТ С ОЦЕНКИ

- 1)+ перистомальной области
- 2) рациона питания
- 3) индекса массы тела
- 4) функционирования стомы

133. ПОД КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ ПОНИМАЮТ

- 1)+ отверстие, созданное хирургическим путем на каком-либо участке кишечника и выведенное на брюшную стенку или промежность
- 2) ствол кишки, выведенный через переднюю брюшную стенку, подшитый к поверхности кожи
- 3) патологическое сообщение просвета кишки с поверхностью кожи или внутренним органом
- 4) врожденное или приобретенное слепо заканчивающееся выпячивание стенки полого или трубчатого органа

134. КАЛОПРИЕМНИКИ С КОНВЕКСНОЙ ПЛАСТИНОЙ ФИКСИРУЮТ ЭЛАСТИЧНЫМ РЕМНЕМ

- 1)+ всегда
- 2) только у пациентов с грыжами живота
- 3) только у пациентов с ожирением
- 4) только у пациентов с астенизацией

135. КИШЕЧНАЯ СТОМА ОТНОСИТЕЛЬНО УРОСТОМЫ МАРКИРУЕТСЯ

- 1)+ ниже уростомы
- 2) на одном уровне
- 3) выше уростомы
- 4) с противоположной стороны

136. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БАНДАЖА У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НЕОБХОДИМО

- 1)+ сделать щелевидное отверстие на уровне нижнего края пластины калоприемника, или на 3-4 см ниже
- 2) сделать круглое отверстие в проекции стомы
- 3) сделать щелевидное отверстие на уровне верхнего края пластины калоприемника
- 4) туго затягивать бандаж

137. ПРИ НАЛИЧИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ КОЖИ В ВИДЕ ЭРОЗИЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗАЩИТНУЮ ПЛЕНКУ В ФОРМЕ

- 1)+ аэрозоля
- 2) салфетки
- 3) раствора
- 4) порошка

138. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕМ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проекция прямой мышцы живота, в самом выпуклом месте
- 2) плоская площадка на передней брюшной стенке
- 3) медиальная площадка, ниже пупка
- 4) медиальная площадка, выше пупка

139. ПЕРЕД ПРИКЛЕИВАНИЕМ ПЛАСТИНЫ КАЛОПРИЕМНИКА КОЖУ ВОКРУГ СТОМЫ СЛЕДУЕТ ОБРАБАТЫВАТЬ

- 1)+ защитной пленкой
- 2) увлажняющим кремом
- 3) спиртовым раствором антисептика
- 4) водным раствором антисептика

Тема 11. Анестезиология и реаниматология в колопроктологии.

1. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ, ДОПУСКАЕТСЯ ПОДКОЖНОЕ ИЛИ ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ 1 МЛ РАСТВОРА

- 1)+ глюкогона
- 2) адреналина
- 3) тиамин
- 4) налоксона

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСТОЧНИК ТЭЛА – ПЕРВИЧНЫЙ ТРОМБОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС – ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1)+ венах конечностей и таза
- 2) левых отделах сердца
- 3) печёночных венах
- 4) яремных венах

3. НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гемоторакс
- 2) тахикардия
- 3) цианоз
- 4) внезапная одышка после смены положения тела

4. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕОБХОДИМА

- 1)+ внутривенная инфузия нитроглицерина
- 2) повторная инъекция морфина
- 3) грудная эпидуральная аналгезия наротином
- 4) инфузия фуросемида

5. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ СО СТРИДОЗНЫМ КОМПОНЕНТОМ С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ И АКРОЦИАНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инородное тело гортани или трахеи
- 2) приступ бронхиальной астмы
- 3) опухоль гортани или трахеи
- 4) дискинезия трахеи и крупных бронхов

6. ИЗ ВСЕХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ КОМА

- 1)+ гипогликемическая
- 2) диабетическая кетоацидотическая
- 3) гиперосмолярная некетацидотическая
- 4) лактацидотическая

7. НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ _____ КОМА

- 1)+ гиперосмолярная гипергликемическая
- 2) кетоацидотическая
- 3) лактацидотическая
- 4) гипогликемическая

8. К НАИБОЛЕЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕМУ ПРОЯВЛЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ анафилактический шок
- 2) локализованная форма крапивницы
- 3) генерализованная форма крапивницы
- 4) ангионевротический отек

9. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АСПИРАЦИИ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ASA 2017 Г, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЛАНОВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД ОБЩЕЙ, РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ, СЕДАЦИЕЙ И АНАЛЬГЕЗИЕЙ НЕ РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ ТВЕРДОЙ ПИЩИ ЗА (В ЧАСАХ)

- 1)+ 6
- 2) 2
- 3) 24
- 4) 12

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВАРИАНТОМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ типичный
- 2) асфиксический
- 3) абдоминальный
- 4) церебральный

11. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НИТРОГЛИЦЕРИН В ДОЗЕ 0,4-0,5 МГ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВВОДИТСЯ НЕ БОЛЕЕ _____ РАЗ/РАЗА

- 1)+ 3
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4

12. ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ СИДЕТЬ, ПРОВОДЯТ

- 1)+ во втором межреберье по среднеключичной линии
- 2) в третьем межреберье по среднеключичной линии
- 3) в пятом межреберье по средней аксиллярной линии
- 4) в шестом межреберье по средней аксиллярной линии

13. БЫСТРОЕ (БОЛЕЕ 4 ММОЛЬ/Ч) СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ОПАСНО РАЗВИТИЕМ

- 1)+ отека головного мозга
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) острой печеночной недостаточности
- 4) отека легких

14. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ КОЖНАЯ СЫПЬ

- 1)+ уртикарная
- 2) везикулярная
- 3) папулезная
- 4) пустулезная

15. С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИДА ОНМК, ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ТРОМБОЦИТОВ, ГЛЮКОЗЫ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, МНО, АЧТВ ПРОИЗВОДИТСЯ ПОСЛЕ ЗАБОРА КРОВИ, НЕ ПОЗДНЕЕ, ЧЕМ ЧЕРЕЗ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 20
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 30

16. ВАЖНЕЙШИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ИМ С ПОДЪЕМОМ ST, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ время от момента возникновения приступа до начала реперфузионной терапии
- 2) время от момента повреждения миокарда до окончания реабилитационных мероприятий
- 3) комфортное пребывания пациента в палате
- 4) наличие дополнительных медицинских услуг

17. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ

- 1)+ допамина
- 2) норадреналина
- 3) дигоксина
- 4) анаприллина

18. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ТЯЖЕСТИ

- 1)+ 4 степени
- 2) 2 степени
- 3) 3 степени
- 4) 1 степень

19. С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕЖРЕБЕРНЫХ АРТЕРИЙ ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1)+ по верхнему краю нижележащего ребра
- 2) по нижнему краю нижележащего ребра
- 3) по верхнему краю вышележащего ребра
- 4) по нижнему краю вышележащего ребра

20. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ регистрацию электрокардиограммы
- 2) компьютерную томографию грудной клетки
- 3) сцинтиграфию миокарда
- 4) эхокардиографию

21. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резко выраженные нарушения свертывающей системы крови
- 2) необходимость длительного полного парентерального питания
- 3) необходимость интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии
- 4) отсутствие видимых поверхностных периферических вен

22. ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА НЕ ПОЗДНЕЕ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 20
- 2) 30
- 3) 60
- 4) 120

23. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМО ВНУТРИВЕННО СТРУЙНО ВВЕСТИ РАСТВОР ДЕКСТРОЗЫ ____% _____ МЛ

- 1)+ 40; 40-100
- 2) 40; 250-500
- 3) 40; 5-10
- 4) 5; 50-100

24. У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИГРАЕТ

- 1)+ полицитемия и повышение свертываемости крови
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) гипоксия
- 4) склонность к затяжному течению обострений и рецидивам

25. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ФЕНТАНИЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ послеоперационную тошноту и рвоту
- 2) тахикардию
- 3) длительную послеоперационную седацию и аналгезию
- 4) депрессию дыхания

26. ОПТИМАЛЬНАЯ ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1)+ 5-6
- 2) 3-4
- 3) 7-8
- 4) 8-9

27. ДЕПРЕССИЮ ДЫХАНИЯ В ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

- 1)+ морфин
- 2) промедол
- 3) фентанил
- 4) трамадол

28. БАЗОВАЯ ТЕРАПИЯ ОКС ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИЕМ _____ МГ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

- 1)+ 300
- 2) 75
- 3) 150
- 4) 225

29. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ОЦЕНКУ РИТМА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ КАЖДЫЕ (В МИНУТАХ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 4

30. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ сывороточной триптазы
- 2) сывороточных трансаминаз
- 3) сывороточного железа
- 4) сывороточного альбумина

31. ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ДЛЯ БОРЬБЫ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ДО

- 1)+ анализа кислотного-щелочного состояния
- 2) биохимического анализа
- 3) анализа свертывающей системы крови
- 4) общего анализа крови

32. ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- 1)+ обеспечить проходимость дыхательных путей
- 2) обеспечить венозный доступ
- 3) выполнить промывание желудка
- 4) установить мочевого катетер

33. МАРКЕРОМ АНАЭРОБНОГО ГЛИКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лактат
- 2) пируват
- 3) глюкоза
- 4) D-димер

34. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие сознания и реакции на оклик
- 2) отсутствие тонов сердца и пульсации на магистральных артериях
- 3) широкие зрачки и отсутствие реакции на свет
- 4) бледность или цианотичность кожных покровов

35. ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

- 1)+ аминогликозиды
- 2) цефалоспорины
- 3) тетрациклины
- 4) макролиды

36. ЕСЛИ ПОСЛЕ ТРЕХКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НЕ КУПИРОВАН, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1)+ морфин гидрохлорид
- 2) трамадол
- 3) кетопрофен
- 4) метамизол

37. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ первичным снижением объема циркулирующей крови
- 2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- 3) препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- 4) снижением сократительной способности миокарда

38. К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1)+ адреномиметики
- 2) β 2-агонисты
- 3) системные глюкокортикоиды
- 4) блокаторы H1-гистаминовых рецепторов

39. ДЛЯ БОРЬБЫ С ДЕГИДРАТАЦИЕЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ НЕОБХОДИМО НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАЛАДИТЬ ВНУТРИВЕННУЮ ИНФУЗИЮ

- 1)+ натрия хлорида раствор 0,9%
- 2) гидроксипрохлорида
- 3) модифицированного желатина
- 4) глюкозы раствор 5%

40. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НАИБОЛЬШУЮ НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ

- 1)+ обезвоживание
- 2) нарушение сознания
- 3) снижение темпа диуреза
- 4) увеличение частоты дыхания

41. ПРИ АСИСТОЛИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ непрямой массаж сердца
- 2) введение атропина
- 3) дефибрилляция
- 4) установка временного электрокардиостимулятора

42. ДИАГНОСТИКА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- 1)+ данных клинической картины и анамнеза
- 2) инструментальных методах исследования
- 3) лабораторных методах исследования
- 4) функциональных методах исследования

43. СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ менингеальных симптомов
- 2) атаксии
- 3) гемипареза
- 4) изоэлектрической ЭЭГ

44. ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ ГИДРОТОРАКСЕ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА (ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ МОЖЕТ СИДЕТЬ) ПРОВОДЯТ

- 1)+ в пятом - шестом межреберье по средней аксиллярной линии
- 2) в третьем межреберье по среднеключичной линии
- 3) во втором межреберье по среднеключичной линии
- 4) в четвертом межреберье по средней аксиллярной линии

45. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОКС В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВЕНЬ

- 1)+ тропонина
- 2) МВ фракции КФК
- 3) соотношения ЛДГ – 1 / ЛДГ - 2
- 4) общей КФК

46. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В МАКСИМАЛЬНО РАННИЕ СРОКИ, ЕСЛИ НЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ β -адреноблокаторы
- 2) диуретики
- 3) антиаритмики
- 4) гипотензивные

47. ЭКВИВАЛЕНТОМ БОЛИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ одышка при физической нагрузке
- 2) головокружение при переходе в ортостаз
- 3) повышение АД при физической нагрузке
- 4) появление колющих болей в области сердца при наклонах туловища

48. ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ПОДГОТОВЛЕННЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

- 1)+ 30:2
- 2) 15:2
- 3) 15:1
- 4) 30:1

49. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эпинефрин
- 2) норэпинефрин
- 3) преднизолон
- 4) тавегил

50. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ИЛИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ НАТРИЯ ХЛОРИДА РАСТВОРА 0,9% ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ И ГИПЕРОСМОЛЯРНОМ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В МЛ/Ч)

- 1)+ 1000
- 2) 500
- 3) 250
- 4) 2000

51. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1)+ типичный
- 2) асфиксический
- 3) абдоминальный
- 4) церебральный

52. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ» В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВЕНЬ

- 1)+ тропонина
- 2) МВ фракции КФК
- 3) соотношения ЛДГ-1/ЛДГ-2
- 4) общей КФК

53. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие сознания и реакции на оклик
- 2) отсутствие тонов сердца и пульсации на магистральных артериях
- 3) широкие зрачки и отсутствие реакции на свет
- 4) бледность или цианотичность кожных покровов

54. БАЗОВАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИЕМ ____ МГ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

- 1)+ 300
- 2) 75
- 3) 150
- 4) 225

55. ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА, В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА, ПЕРВАЯ ИНЪЕКЦИЯ ЭПИНЕФРИНА ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ внутримышечно
- 2) внутривенно струйно
- 3) внутривенно капельно
- 4) подкожно

56. ЕСЛИ ПОСЛЕ ТРЕХКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НЕ КУПИРОВАН, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1)+ морфина гидрохлорид
- 2) трамадол
- 3) кетопрофен
- 4) метамизол

57. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ИЛИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ 0,9% РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ И ГИПЕРОСМОЛЯРНОМ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В МЛ/Ч)

- 1)+ 1000
- 2) 500
- 3) 250
- 4) 2000

58. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМО ВНУТРИВЕННО СТРУЙНО ВВЕСТИ ДЕКСТРОЗЫ РАСТВОР ____% В ОБЪЕМЕ ____ МЛ

- 1)+ 40; 40-100
- 2) 40; 250-500
- 3) 40; 5-10
- 4) 5; 50-100

59. ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НИТРОГЛИЦЕРИН В ДОЗЕ 0,4-0,5 МГ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВВОДИТСЯ НЕ БОЛЕЕ

- 1)+ 3 раз
- 2) 1 раза
- 3) 2 раз
- 4) 4 раз

60. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ ____ В МИНУТУ

- 1)+ 100-120
- 2) 80-100
- 3) 140-160
- 4) 120-140

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. Общественное здоровье и здравоохранение.	2
Тема 2. Организация колопроктологической службы.	12
Тема 3. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности.	15
Тема 4. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.	27
Тема 5. Диагностика колопроктологических заболеваний.	55
Тема 6. Заболевания заднего прохода и промежности.	78
Тема 7. Неопухольные заболевания прямой кишки.	137
Тема 8. Неотложная колопроктология.	153
Тема 9. Онкологическая колопроктология.	171
Тема 10. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами. Реабилитация колопроктологических больных.	254
Тема 11. Анестезиология и реаниматология в колопроктологии.	272