

Тесты с вариантами ответов по специальности «Колопроктология»

Купить тесты с ответами:

ekzamen-medik.ru/otvet/koloproktolog/

Оглавление

- Неотложная колопроктология
- Онкологическая колопроктология
- Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности
- Воспалительные и функциональные заболевания кишечника
- Диагностика колопроктологических заболеваний
- Заболевания заднего прохода и промежности
- Неопухольные заболевания прямой кишки
- Анестезиология и реаниматология в колопроктологии
- Организация колопроктологической службы
- Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами. Реабилитация колопроктологических больных
- Общественное здоровье и здравоохранение

Неотложная колопроктология

[Вернуться в начало](#)

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

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ КЛОСТРИДИАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ

- 1) поместить пациента в барокамеру до операции
- 2) начать интенсивную инфузионную терапию, выполнить экстренную операцию
- 3) изолировать пациента

4) получить лабораторное подтверждение клостридиальной инфекции

К ОРГАНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫМ РАНЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) некротизирующий фасциит
- 2) несостоятельность колоректального анастомоза
- 3) несостоятельность кишечно-кожных швов стомы
- 4) нагноение серомы в области послеоперационного рубца

СПАСТИЧЕСКИЙ ИЛЕУС ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) перитоните
- 2) гипокалиемии
- 3) панкреатите
- 4) порфирии

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПАРЕТИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) постоянные боли в животе
- 2) неравномерное вздутие живота
- 3) неукротимую рвоту
- 4) отсутствие перистальтических шумов в животе

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) высоким риском рецидивного воспаления
- 2) формированием плотной капсулы и множественных свищевых ходов промежности
- 3) молниеносной формой распространения гнойно-некротического процесса
- 4) низким уровнем риска летального исхода

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ С

- 1) паратуморальным абсцессом
- 2) острым воспалением эпителиального копчикового хода
- 3) тромбозом геморроидальных узлов
- 4) острым бартолинитом

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ультразвуковое исследование
- 2) компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза
- 3) колоноскопия
- 4) диагностическая лапароскопия

САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) подкожный
- 2) ретроректальный
- 3) ишиоректальный
- 4) подслизистый

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) промыть рану, назначить антибиотики
- 2) произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер
- 3) промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому
- 4) провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса

ОСТРАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- 1) сопровождается вздутием живота в первые 2-3 часа от начала болезни
- 2) всегда сопровождается симптомами перитонита
- 3) всегда характеризуется отсутствием отхождения стула и газов
- 4) наиболее часто развивается из-за послеоперационных спаек

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- 2) дисбактериоз
- 3) вскрытие просвета кишки во время операции
- 4) несостоятельность швов межкишечного соустья

ПРИЧИНОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) экзофитная опухоль ободочной кишки
- 2) наличие воспалительного инфильтрата
- 3) перекрут брыжейки кишки
- 4) инвагинация кишки

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

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

ДЛЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) формирование плотной капсулы и множественных свищевых ходов промежности

- 2) вялотекущая форма распространения гнойно-некротического процесса
- 3) чувствительность к пенициллинам
- 4) развитие синдрома системного воспалительного ответа

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) постоянная боль в животе
- 2) диарея
- 3) рвота цвета кофейной гущи
- 4) схваткообразная боль в животе

ПРИ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАБЛЮДАЮТ

- 1) схваткообразную боль
- 2) равномерное вздутие живота
- 3) раннюю повторную рвоту
- 4) чаши Клойбера в дистальных отделах тонкой кишки

НЕКРОБИОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ КИШКИ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАЧИНАЮТСЯ СО СТОРОНЫ

- 1) слизистого слоя
- 2) мышечного слоя
- 3) серозного покрова
- 4) подслизистого слоя

СИМПТОМЫ ПЕРИТОНИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) перкуторное усиление печеночной тупости
- 2) диарею
- 3) гипотермию
- 4) резкую боль в животе

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неукротимая рвота, не приносящая облегчения
- 2) положительный симптом Щёткина – Блюмберга
- 3) фебрильная лихорадка
- 4) отсутствие отхождения стула и газов

К ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА ОТНОСЯТ

- 1) непроникающие ранения живота
- 2) тупые травмы живота
- 3) повреждения живота с одной стороны
- 4) повреждения, затрагивающие одну анатомическую область

ДЛЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) умеренной боли в животе
- 2) многочисленных тонкокишечных уровней при нерасширенной толстой кишке

- 3) гипертермии
- 4) симптома Цеге-Мантейфеля

К ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) хронический дивертикулит
- 2) перфоративный дивертикулит
- 3) межкишечный свищ
- 4) стеноз

ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) склонность к запорам
- 2) кровотечение из прямой кишки
- 3) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
- 4) дефект слизистой прямой кишки

ПЕРВИЧНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИКОЙ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) компьютерная томография
- 2) ирригоскопия
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) магнитно-резонансная томография

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) фузобактерии
- 2) клостридии
- 3) бактериоиды
- 4) кишечная палочка и протей

ГЛАВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) туберкулезная палочка
- 2) стафилококк
- 3) смешанная микрофлора
- 4) протей

ДЛЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) постепенное нарастание симптомов
- 2) наличие задержки стула
- 3) быстрое (в течение суток) обезвоживание
- 4) появление чаш Клойбера

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОТНОСИТСЯ К _____ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) смешанной (обтурация + странгуляция)
- 2) динамической
- 3) функциональной
- 4) обтурационной

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

В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) спазму наружного сфинктера
- 2) спазму внутреннего сфинктера
- 3) затруднённого венозного оттока
- 4) анальному зуду и мацерации

РВОТУ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТ ТАКОВОЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТЛИЧАЕТ ТО, ЧТО ОНА

- 1) приводит к временному облегчению состояния
- 2) обильная, застойного характера
- 3) многократная, частая, необильная
- 4) сопровождается вздутием живота, отсутствием стула и газов

К ОСНОВАМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1) бактериофаги
- 2) антитоксины
- 3) хирургическую обработку раны
- 4) антибиотики

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ РАН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие бактериальной обсемененности
- 2) кровотечение из раневой поверхности
- 3) диастаз краев раны более 3 см
- 4) рваный край раны

НА ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ИШИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА У ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ПРОКРАШИВАНИЯ ГНОЙНОГО ХОДА ВЫЯВЛЕНА ПОРАЖЁННАЯ КРИПТА НА 10 ЧАСАХ ПО ЦИФЕРБЛАТУ С РУБЦОВЫМ ВТЯЖЕНИЕМ. ГНОЙНЫЙ ХОД РАСПОЛАГАЕТСЯ КНАРУЖИ ОТ СФИНКТЕРА. ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ВСКРЫТЬ ГНОЙНИК И

- 1) иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- 2) радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища
- 3) иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
- 4) сделать заднюю дозированную сфинктеротомию

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) острой «кинжальной» болью в эпигастрии
- 2) сильными схваткообразными болями в животе
- 3) незначительными преходящими болями в животе, без чёткой локализации
- 4) постоянной тупой болью в животе

КЛИНИЧЕСКИ РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА (ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ)

- 1) хроническую, рецидивирующую
- 2) острую, подострую
- 3) острую, молниеносную
- 4) острую, хроническую

ПАТОГЕННЫЕ ВИДЫ КЛОСТРИДИЙ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) строгие аэробы
- 2) кислотоустойчивы
- 3) не образуют спор
- 4) крупные грамположительные палочки

ГНОЙ ИЗ ПОЛОСТИ ТАЗА ПО ЗАПИРАТЕЛЬНОМУ ОТВЕРСТИЮ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

- 1) под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра
- 2) на латеральную поверхность бедра
- 3) на внутреннюю поверхность бедра
- 4) под малую ягодичную мышцу

ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РЕЖЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) вздутие живота
- 2) постоянная боль в животе
- 3) задержка стула и газов
- 4) схваткообразная боль в животе

ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТСЯ В СРОК

- 1) 48-72 часа от момента постановки диагноза
- 2) в течение трех суток от момента поступления пациента в стационар
- 3) 24-48 часов от момента постановки диагноза
- 4) до 2 часов от момента постановки диагноза

ПАТОГЕННЫЕ АНАЭРОБНЫЕ КЛОСТРИДИИ

- 1) не образуют споры
- 2) грамотрицательны
- 3) грамположительны
- 4) облигатные анаэробы

ДЕГИДРАТАЦИЯ ОРГАНИЗМА НАИБОЛЕЕ БЫСТРО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) динамической кишечной непроходимости
- 2) илеоцекальной инвагинации

- 3) завороте сигмовидной кишки
- 4) завороте тонкой кишки

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) ограничиться выполнением левосторонней гемиколэктомии
- 2) выполнить резекцию сигмовидной кишки с наложением анастомоза и резекцией левой доли печени
- 3) формирование проксимальной стомы и направление больного в специализированное лечебное учреждение
- 4) выполнение резекции левой доли печени первым этапом

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) людей с почечной недостаточностью
- 2) больных сахарным диабетом
- 3) пациентов перенесших хирургическое лечение по поводу колоректального рака
- 4) больных с обострением язвенного колита

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

К НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРАМ В ЛЕЧЕНИИ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНОЙ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1) радикальное иссечение пораженных тканей
- 2) вскрытие гнояника, антибактериальную терапию
- 3) физиотерапию
- 4) иммунотерапию

С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПЕРЕД УШИВАНИЕМ ЧИСТЫХ И УСЛОВНО-ЧИСТЫХ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН РЕКОМЕНДОВАНО

- 1) промывание ран растворами антибиотиков
- 2) ушивание ран без дополнительной их обработки растворами антисептиков при проведении антибиотикопрофилактики
- 3) промывание ран физиологическим раствором
- 4) промывание ран водным раствором повидон-йода

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАСТО ТРЕБУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ _____ ПАРАПРОКТИТА

- 1) пельвиоректального
- 2) подкожного
- 3) подслизистого
- 4) межмышечного

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) и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- 2) и дренировать
- 3) иссечь поражённую крипту и рассечь гнойный ход в просвет прямой кишки
- 4) иссечь поражённую крипту, провести лигатуру

ХРОНИЧЕСКИЕ ПАРАПРОКТИТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) перианальных кондилом
- 2) острого парапроктита
- 3) анальной трещины
- 4) злокачественного процесса

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) назначить антибактериальную терапию, оперировать только при ухудшении состояния
- 2) попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- 3) срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- 4) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИНВАГИНАЦИЯ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) сигмовидной кишке
- 2) илеоцекальном сегменте кишки
- 3) слепой кишке
- 4) ректосигмоидном отделе

РЕАКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРИТОНИТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ____ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) 6
- 2) 12
- 3) 24
- 4) 48

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) колоноскопия
- 2) лапароскопия
- 3) исследование пассажа бария по кишечнику
- 4) обзорная рентгенография/компьютерная томография брюшной полости

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

ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ТРАВМЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) не выполняется при подозрении на внебрюшинное повреждение
- 2) не выполняется при подозрении на внутрибрюшное повреждение
- 3) противопоказано
- 4) выполняется всегда

К ВЕДУЩИМ ФАКТОРАМ ПАТОГЕННОСТИ КЛОСТРИДИЙ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ОТНОСЯТ

- 1) эндотоксины
- 2) бактериальную капсулу
- 3) высокую биохимическую активность
- 4) экзотоксины

ГНОЙНЫЕ ЗАТЕКИ ИЗ ПОЗАДИПУЗЫРНОГО КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ

- 1) на латеральную поверхность бедра
- 2) во влагалище прямой мышцы живота
- 3) на медиальную поверхность бедра
- 4) в забрюшинное клетчаточное пространство

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

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

К СИМПТОМАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОТНОСЯТ

- 1) схваткообразные боли
- 2) вздутие живота первые часы заболевания
- 3) неукротимую рвоту
- 4) быстрое снижение объема циркулирующей крови

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА АНАЭРОБНОГО КЛОСТРИДИАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) первичную хирургическую обработку раны
- 2) массивную антибиотикотерапию
- 3) введение противогангренозной сыворотки
- 4) обкалывание раны антибиотиками

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) резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана
- 2) резекцию выпавших петель тонкой кишки
- 3) ушивание дефекта стенки кишки
- 4) петлевую сигмостомию

ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В РОДАХ ВОЗНИКАЕТ

- 1) при разрыве промежности II степени
- 2) при разрыве промежности III степени
- 3) возникает во время перинеотомии
- 4) при разрыве промежности I степени

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

СИМПТОМЫ ЦЕГЕ-МАНТЕЙФЕЛЯ И ОБУХОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) илеоцекальной инвагинации
- 2) заворота тонкой кишки
- 3) заворота сигмовидной кишки
- 4) обтурации опухолью восходящей кишки

К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПЕРЕВОДА БОЛЬНОГО АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1) подозрение на анаэробный характер микрофлоры
- 2) нестабильную гемодинамику
- 3) наличие сопутствующего сахарного диабета
- 4) высокую лихорадку, распространение гнойно-некротического процесса за пределы области промежности

ПРИ УЗЛООБРАЗОВАНИИ, УЩЕМЛЕНИИ КИШКИ И ЗАВОРОТЕ КИШКИ

- 1) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
- 2) показана экстренная операция
- 3) необходимо динамическое наблюдение
- 4) предпочтительна операция в «холодном» периоде

К ГРАМПЛОЖИТЕЛЬНЫМ АНАЭРОБНЫМ МИКРООРГАНИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ ВОЗБУДИТЕЛИ

- 1) *Bacteroides* spp.
- 2) *Eubacterium* spp.
- 3) *Cl. perfringens*
- 4) *Cl. septicum*

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАШЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) смешанная микрофлора
- 2) туберкулезная палочка
- 3) стафилококк
- 4) кишечная палочка

К ГЛУБОКИМ РАНЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) несостоятельность кишечно-кожных швов стомы
- 2) несостоятельность колоректального анастомоза
- 3) некротизирующий фасциит
- 4) нагноение серомы в области послеоперационного рубца

МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ПРОТИВОГАНГРЕНОЗНОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СОСТАВЛЯЕТ (МЕ)

- 1) 150 000
- 2) 30 000
- 3) 90 000
- 4) 300 000

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

ПОСТОЯННАЯ УМЕРЕННАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) узлообразовании
- 2) завороте тонкой кишки
- 3) паралитической кишечной непроходимости
- 4) завороте толстой кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) огнестрельные ранения живота и таза
- 2) падение на острые предметы
- 3) ножевые ранения
- 4) дорожно-транспортная травма

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тщательное зашивание раны
- 2) назначение антибактериальной терапии
- 3) иссечение краев раны
- 4) обильное промывание раны антисептическими растворами

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПЕРФОРАЦИИ (МИКРОПЕРФОРАЦИИ) ОПУХОЛИ ИЛИ ПРИВОДЯЩИХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, А ТАКЖЕ ТРАНСЛОКАЦИИ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ТРАНССУДАТ, ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ

- 1) толсто-тонкокишечных свищей
- 2) местного или распространенного перитонита
- 3) парезу желудочно-кишечного тракта
- 4) тонко-тонкокишечных свищей

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

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

ФАКТОРОМ РИСКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) предшествующая диета больного
- 2) лапароскопический характер вмешательства
- 3) опыт хирурга
- 4) сахарный диабет

СИМПТОМЫ ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) острого тромбоза наружного геморроидального узла
- 2) острой анальной трещины
- 3) острого парапроктита
- 4) острого воспаления эпителиального копчикового хода

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

НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) перитонит
- 2) почечная колика
- 3) порфирия
- 4) уремия

К ПОВЕРХНОСТНЫМ РАНЕВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) тазовый перитонит, вследствие несостоятельности колоректального анастомоза
- 2) нагноение серомы в области послеоперационного рубца
- 3) биллома в области краевой резекции печени
- 4) некротизирующий фасциит

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ПРОВОДИТСЯ С

- 1) калькулезным холециститом
- 2) аппендицитом, опухолевыми, воспалительными заболеваниями кишечника
- 3) геморроидальной болезнью, эпителиальным копчиковым ходом и хронической анальной трещиной
- 4) болезнью Лайма

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

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) спайки брюшной полости
- 2) опухоли тонкой кишки
- 3) инородные тела
- 4) гельминты

ПРИ ОЖОГАХ РАСТВОРОМ ПЕРМАНГАНАТА КАЛИЯ ДЛЯ ЕГО УДАЛЕНИЯ И УМЕНЬШЕНИЯ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ ПРОМЫВАНИЕ ПОЛОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) гипертоническим раствором
- 2) раствором формальдегида
- 3) 2% взвесь окиси магния
- 4) раствором аскорбиновой кислоты

ГЛАВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАРАПРОКТИТА ИГРАЮТ АНАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ, БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОТОРЫХ РАСПОЛОЖЕНА В

- 1) параректальной клетчатке
- 2) толще внутреннего сфинктера
- 3) подслизистом слое дистальной части прямой кишки
- 4) толще наружного сфинктера

ДЛЯ ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие слизисто-кровянистых выделений из прямой кишки
- 2) преимущественное развитие у детей
- 3) наличие постоянных болей в животе
- 4) острое развитие у взрослых

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОЛИП ПРЯМОЙ КИШКИ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1) рентгенографии пищеварительного тракта с контрастом
- 2) ангиографии
- 3) фиброколоноскопии
- 4) радиоизотопного исследования

ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИИ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) острый тромбоз геморроидальных узлов
- 2) острый парапроктит
- 3) острое воспаление эпителиального копчикового хода
- 4) острая анальная трещина

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

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) магнитно-резонансную томографию с контрастированием органов малого таза
- 2) колоноскопию
- 3) сфинктерометрию
- 4) ирригоскопию

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСХОДОМ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) формирование свища прямой кишки
- 2) выздоровление
- 3) недостаточность анального сфинктера
- 4) рецидивирующий парапроктит

ПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ

- 1) злоупотребление алкоголем
- 2) психологическая травма
- 3) повышение внутрибрюшного давления
- 4) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой

К ГЛУБОКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1) ишиоректальные
- 2) подкожные и подслизистые
- 3) реторектальные
- 4) подковообразные подкожные

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

К ВОЗБУДИТЕЛЯМ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТНОСЯТ

- 1) смешанную микрофлору
- 2) кишечную палочку
- 3) эшерихии и протейную палочку
- 4) туберкулезную палочку

САМАЯ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____

ПАРАПРОКТИТ

- 1) пельвиоректальный
- 2) ретроректальный
- 3) ишиоректальный
- 4) подкожный

МЕХАНИЧЕСКОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ ОБУСЛАВЛИВАЕТ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ

- 1) опухоли толстой кишки
- 2) перитоните
- 3) остром панкреатите
- 4) забрюшинной гематоме

К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ У БОЛЬНЫХ АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ ОТНОСЯТ

- 1) патологический эпифизеолиз
- 2) истощение
- 3) вторичную анемию
- 4) пневмонию

ПРИ ИНВАГИНАЦИИ _____ ТИП НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) смешанный
- 2) обтурационный
- 3) паралитический
- 4) спастический

ЭКСИКОЗ НАИБОЛЕЕ БЫСТРО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) раке прямой кишки с перифокальным воспалением
- 2) остром дивертикулите
- 3) завороте тонкой кишки
- 4) завороте сигмовидной кишки

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) симптом Валя
- 2) наличие чаш Клойбера
- 3) симптом Обуховской больницы
- 4) свободный газ под правым куполом диафрагмы

КАРАНТИН В ОТДЕЛЕНИИ

- 1) устанавливается при неклостридиальной анаэробной инфекции
- 2) устанавливается при поступлении больного с клостридиальным процессом
- 3) устанавливается, если поступил больной с гнилостным парапроктитом
- 4) не объявляется ни при каком виде парапроктита

ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИМИ АНАЭРОБАМИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) эндогенными
- 2) трансмиссивными
- 3) особо опасными
- 4) экзогенными

ПРИ ОСТРОЙ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие неукротимой рвоты
- 2) быстрое снижение объема циркулирующей крови
- 3) вздутие живота
- 4) быстрое обезвоживание

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

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) постоянные интенсивные боли в животе
- 2) однократную рвоту
- 3) гипертермию
- 4) схваткообразные боли в животе

ИНФЕКЦИЯ ИЗ ПРОСВЕТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОПАДАЕТ

- 1) через дефект слизистой анального канала
- 2) из крипты по межфасциальным промежуткам
- 3) из крипты через протоки анальных желёз
- 4) через повреждённую слизистую прямой кишки выше аноректальной линии

СОДЕРЖИМОЕ ПРИВОДЯЩИХ ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗАВОРОТЕ ТОНКОЙ? КИШКИ СЛЕДУЕТ

- 1) сцеживать в отводящие отделы тонкой? кишки
- 2) удалять вместе с нежизнеспособной? петлей? кишки
- 3) удалять через назо-интестинальный? зонд
- 4) сцеживать через желудочный? зонд

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОБЛАДАЕТ НАИХУДШИМ ПРОГНОЗОМ ПРИ

- 1) обтурационной тонкокишечной непроходимости
- 2) инвагинации
- 3) спайках брюшной полости
- 4) мезентериальном тромбозе

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

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

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ИСХОД РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) формирование свища прямой кишки
- 2) выздоровление
- 3) недостаточность анального сфинктера
- 4) рецидивирующий парапроктит

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ НЕОБХОДИМО СЧИТАТЬ

- 1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) пассаж бария по желудочно-кишечному тракту
- 3) колоноскопию
- 4) рентгенологическое исследование органов брюшной полости (обзорная рентгенография/компьютерная томография)

ВКЛЮЧЕНИЕ В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПОКАЗАНО ПРИ ____ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) стафилококковом
- 2) любом остром
- 3) синегнойном
- 4) клостридиальном

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 все швы, делать повязки с гипертоническим раствором
- 2) считать, что это обычное течение раневого процесса, ничего не предпринимать
- 3) снять швы, применить мази на водорастворимой основе, в последующие дни физиотерапию
- 4) не снимая швов, назначить антибактериальные препараты

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 per os бария
- 4) ирригоскопию

ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОЛЖНОГО ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДОСТАТОЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧА-ХИРУРГА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛИКВИДАЦИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) формирование цекостомы
- 2) перевод пациента в специализированное лечебное учреждение
- 3) обструктивная резекция кишки
- 4) формирование петлевой кишечной стомы

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) гематурии
- 2) свищевого отверстия
- 3) боли внизу живота
- 4) выделения алой крови в конце акта дефекации

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) ирригоскопию
- 2) пневмогастрографию
- 3) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- 4) лапароскопию

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) проведении колоноскопии один раз в год
- 2) соблюдении правил личной гигиены
- 3) ликвидации внутреннего свищевого отверстия
- 4) лечении сопутствующих заболеваний толстой кишки и анального канала

ИЗВЕСТНО, ЧТО ГЛАВНУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАРАПРОКТИТА ИГРАЮТ АНАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ, БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ КОТОРЫХ РАСПОЛОЖЕНА

- 1) в подслизистом слое дистальной части прямой кишки
- 2) внутри морганиевых крипт
- 3) в толще внутреннего сфинктера
- 4) в параректальной клетчатке

ЗВУЧНЫЕ ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКИЕ ШУМЫ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) паралитической кишечной непроходимости
- 2) механической кишечной непроходимости
- 3) острого панкреатита

4) тромбоза мезентериальных сосудов

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) колоноскопия
- 3) диагностическая лапароскопия
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости

ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕБРЮШНОЙ ЧАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ С НАЛИЧИЕМ ОБШИРНОЙ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО

- 1) если с момента травмы прошло более 6 часов
- 2) в любом случае
- 3) если есть загрязнение раны кишечным содержимым
- 4) если много некротизированных тканей

СОДЕРЖИМОЕ ПРИВОДЯЩИХ ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗАВОРОТЕ ТОНКОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ

- 1) удалять вместе с нежизнеспособной петлей кишки
- 2) удалять через назо-интестинальный зонд
- 3) сцеживать в отводящие отделы тонкой кишки
- 4) сцеживать через желудочный зонд

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- 1) из соседних органов, пораженных воспалительным процессом
- 2) через кожу
- 3) из прямой кишки
- 4) гематогенным путем

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ОБЪЁМОМ 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

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) протей
- 2) туберкулёзная палочка
- 3) смешанная микрофлора
- 4) стафилококк

ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ АНАЭРОБНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ

ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) необходима доставка биоматериала в лабораторию в течение часа с момента поступления пациента в стационар
- 2) необходимо использовать защитный костюм
- 3) необходимо взятие исследуемого материала в условиях приемного отделения больницы
- 4) необходимо соблюдение анаэробных условий на всех этапах исследования

К ОСОБЕННОСТЯМ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНОГО С ОБШИРНОЙ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНОЙ ПРОМЕЖНОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) проведение оперативного вмешательства под местной инфильтративной анестезией
- 2) послойное ушивание послеоперационной раны
- 3) дренирование, рыхлую тампонаду послеоперационной раны
- 4) обязательную ликвидацию внутреннего отверстия в области поражённой крипты

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

КАЛ В ВИДЕ «МАЛИНОВОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) рака прямой кишки
- 2) инвагинации
- 3) узлообразования
- 4) стеноза привратника

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ

- 1) с обострением язвенного колита
- 2) перенесших хирургическое лечение по поводу колоректального рака
- 3) с почечной недостаточностью
- 4) сахарным диабетом

ПАТОГЕННЫЕ ВИДЫ КЛОСТРИДИЙ ПРИ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) не образуют спор
- 2) крупные грамположительные палочки
- 3) требовательны к питательным средам
- 4) строгие аэробы

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ? КИШЕЧНОЙ? НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) схваткообразные боли в животе
- 2) однократную рвоту
- 3) постоянные интенсивные боли в животе
- 4) гипертермию

Онкологическая колопроктология

[Вернуться в начало](#)

НАЛИЧИЕ АБСЦЕССА В ЗОНЕ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) несостоятельности анастомоза
- 2) перитонита
- 3) стриктуры анастомоза
- 4) нормального течения послеоперационного периода

ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО

- 1) провести коррекцию дисбактериоза
- 2) провести коррекцию белкового обмена
- 3) ликвидировать нарушение проходимости
- 4) провести противоязвенную терапию

ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ KRAS, NRAS ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ниволумаб
- 2) бевацизумаб
- 3) панитумумаб
- 4) цетуксимаб

ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1) УЗИ брюшной полости
- 2) ректального пальцевого исследования
- 3) фиброколоноскопии
- 4) ирригографии

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) криодеструкция опухоли
- 2) выполнение экстирпации прямой кишки
- 3) проведение химио-лучевой терапии
- 4) местное иссечение в пределах здоровых тканей

ДРЕНИРОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ЛИМФАТИЧЕСКИМ СОСУДАМ, ПРОХОДЯЩИМ ВМЕСТЕ С _____ СОСУДАМИ

- 1) левыми толстокишечными
- 2) верхними прямокишечными
- 3) средними толстокишечными

4) верхними брыжеечными

ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В

- 1) нисходящей ободочной кишке
- 2) сигмовидной кишке
- 3) поперечной ободочной кишке
- 4) правых отделах ободочной кишки

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) гамартному полипозу
- 2) карциноиду
- 3) гастроинтестинальной стромальной опухоли
- 4) лейомиоме

ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ СИМПТОМ ВАЛЯ?

- 1) метастазировании
- 2) перфорации
- 3) непроходимости
- 4) пенетрации с образованием свища

ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ПОЛИПОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сцепленный с у-хромосомой
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) аутосомно-доминантный
- 4) сцепленный с х-хромосомой

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) стандартной
- 2) сочетанной
- 3) комбинированной
- 4) расширенной

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) температурная реакция
- 2) появление слизи и крови при дефекации
- 3) толстокишечная непроходимость
- 4) отсутствие симптомов

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) прекращение эндоскопического вмешательства и переход на полостную операцию
- 2) прекращение выполнения мукозэктомии не укрывая дефект с последующим наблюдением
- 3) укрытие дефекта при помощи эндоскопических с последующим полостным вмешательством с целью ушивания дефекта.
- 4) укрытие дефекта при помощи эндоскопических клипс с последующим наблюдением

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

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННОЙ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ НЕОБХОДИМО ЛИГИРОВАТЬ

- 1) a. colica sinistra
- 2) a. mesenterica superior
- 3) a. colica media
- 4) a. pancreatoduodenalis

ПРИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИ НЕАДЕКВАТНОЙ СЧИТАЕТСЯ ДИСТАЛЬНАЯ ГРАНИЦА РЕЗЕКЦИИ МЕНЕЕ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1) 5
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 3

КРОВЬ ОТ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТТЕКАЕТ В _____ ВЕНУ

- 1) печеночную
- 2) портальную
- 3) нижнюю полую
- 4) верхнюю брыжеечную

ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТАСТАЗЫ В ПАХОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) метастазами в лимфоузлы 3 порядка
- 2) метастазами в лимфоузлы 1 порядка
- 3) отдаленными метастазами
- 4) метастазами в лимфоузлы 2 порядка

**К СИМПТОМАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ**

- 1) обтурационную кишечную непроходимость
- 2) слабость, похудание, потерю аппетита
- 3) запоры
- 4) примесь крови в каловых массах, диарею

**ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ
ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

- 1) определяется оперирующим хирургом
- 2) не влияет на частоту инфекционных осложнений
- 3) снижает частоту инфекционных осложнений
- 4) противопоказано

**ПРИ УСЛОВНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ
НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ
КОНВЕРСИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НАИМЕНЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) формирование обходного анастомоза
- 2) формирование отключающей стомы
- 3) циторедуктивная правосторонняя гемиколэктомия
- 4) установка кишечного стента

**В СЕМЬЕ, В КОТОРОЙ ОДИН ИЗ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЕН СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ
ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИСК НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ КАЖДОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ (В
ПРОЦЕНТАХ)**

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

**В КЛАССИФИКАЦИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО КИКУСНИ КРИТЕРИЙ SM2
ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ НА ВСЮ ТОЛЩУ**

- 1) серозы
- 2) мышечной оболочки
- 3) подслизистого слоя
- 4) паракишечной клетчатки

**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

ОСНОВНЫМ СТАЦИОНАРОМ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колопроктологический
- 2) онкологический
- 3) гастроэнтерологический
- 4) хирургический

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) ректоцеле
- 2) геморроя
- 3) раннего рака прямой кишки
- 4) прямокишечных свищей

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА TNM КРИТЕРИЙ M ОБОЗНАЧАЕТ

- 1) наличие канцероматоза
- 2) глубину прорастания опухоли
- 3) наличие отдаленных метастазов
- 4) наличие пораженных лимфоузлов

К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) ювенильные полипы
- 2) диффузный семейный полипоз
- 3) терминальный илеит
- 4) одиночный полип прямой кишки

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

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ОНКОМАРКЕРА РЭА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С ЧАСТОТОЙ ОДИН РАЗ В

- 1) 12 месяцев
- 2) месяц

- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев

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

ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОТКАЗ ОТ

- 1) кишечного анастомоза
- 2) формирования колостомы
- 3) выведения илеостомы
- 4) лапароскопической операции

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-1
- 2) СС-2
- 3) СС-0
- 4) СС-3

ФАСЦИЯ, ОКРУЖАЮЩАЯ КЛЕТЧАТКУ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) прямокишечной
- 2) мезоректальной
- 3) околокишечной
- 4) параректальной

НАЛИЧИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАКА ____ КИШКИ

- 1) слепой
- 2) нисходящей ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПЕРИТОНИТА

- 1) остается на прежнем уровне
- 2) снижается
- 3) увеличивается
- 4) полностью исключается

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1В ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1) 8-9
- 2) 4-5
- 3) 2-3
- 4) 6-7

МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА

- 1) не метастазируют
- 2) средний
- 3) низкий
- 4) высокий

КОМБИНАЦИЯ МИТОМИЦИНА С И 5-ФТОРУРАЦИЛА ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ КОМПОНЕНТОМ ВЫБОРА ПРИ

- 1) адъювантной химиотерапии после хирургического лечения рака анального канала
- 2) химиотерапии меланомы анального канала
- 3) химиотерапии диссеминированного рака анального канала
- 4) химио-лучевой терапии локализованного рака анального канала

ЕСЛИ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ В КУПОЛЕ СЛЕПОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЕНО ОБРАЗОВАНИЕ 6 СМ В ДИАМЕТРЕ, ПЛОТНОЙ ЭЛАСТИЧНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ, ЯМОЧНЫЙ РИСУНОК ПО KUDO VN - IIIS ТИПА, LST – NG (IIA+IIC), ТО ВЫБОРОМ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диссекция в подслизистом слое
- 2) мукозэктомия
- 3) полостная операция
- 4) аргоноплазменная коагуляция

КОЛОНОСКОПИЮ ДЛЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 50 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ 1 РАЗ В (В ГОДАХ)

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

МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ малого таза
- 2) ПЭТ-КТ
- 3) УЗИ малого таза
- 4) МРТ малого таза

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) T4aN1aM0
- 2) T3N1bM0
- 3) T4aN1cM0
- 4) T3N1aM0

РАДИКАЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОЦЕНИВАЮТ ПО ДАННЫМ

- 1) КТ малого таза
- 2) патоморфологического исследования
- 3) УЗИ малого таза
- 4) МРТ малого таза

МРТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ

- 1) проведения предоперационной химио-лучевой терапии
- 2) резекции печени по поводу метастазов колоректального рака
- 3) удаления первичной опухоли
- 4) проведения паллиативной химиотерапии

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M1B ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1) в околокишечной клетчатке
- 2) в одном органе
- 3) на брюшине
- 4) в двух и более органах

ПОД БОЛЕЗНЬЮ БОУЭНА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ПОНИМАЮТ

- 1) мелкоклеточный рак
- 2) интраэпителиальный плоскоклеточный рак
- 3) аденокарциному анальных желез
- 4) синингоаденому

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) T4aN1cM1a
- 2) T4aN2aM1c
- 3) T4bN2bM1a
- 4) T4bN2aM1b

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 Т3 ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) Т3с
- 2) Т3d
- 3) Т3а
- 4) Т3b

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) операция
- 3) эндоскопическое удаление
- 4) химиотерапия

ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ПОДХОД

- 1) каудо-краниальный
- 2) медиа-латеральный
- 3) кранио-каудальный
- 4) латеро-медиальный

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ ПРИ

- 1) использовании эндоскопических методов
- 2) патоморфологическом исследовании резецированного органа с регионарным лимфатическим аппаратом
- 3) клиническом осмотре больного
- 4) рентгенологическом исследовании

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ДОСТОВЕРНО СНИЖАЕТ

- 1) наличие ранее наложенной проксимальной стомы
- 2) возраст >80 лет
- 3) наличие перерывов в курсе химиолучевой терапии
- 4) наличие анальной инконтиненции 2 степени и выше

ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ СТАНДАРТНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ БЕССОСУДИСТЫЙ СЛОЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) кзади от мышечного слоя прямой кишки
- 2) кпереди от мезоректальной фасции
- 3) между мезоректальной и пресакральной фасциями
- 4) кзади от пресакральной фасции

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

ФОРМИРОВАНИЕ ОБХОДНОГО ИЛЕОСИГМОИДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ

- 1) условно-радикальной
- 2) эксплоративной
- 3) паллиативной
- 4) симптоматической

АДЕНОКАРЦИНОМА ТОЛСТОЙ КИШКИ ВОЗНИКАЕТ ИЗ

- 1) слизистой
- 2) подслизистого слоя
- 3) мышечной оболочки
- 4) серозной оболочки

ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1) подслизистых сплетений
- 2) гипогастральных сплетений
- 3) крестцовых нервов
- 4) запирающего нерва

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N2B ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1) 3-4
- 2) 5-6
- 3) 1-2
- 4) 7 и более

ПРИ РАННЕМ РАКЕ (T1) ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ СТАНДАРТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выполнение расширенной экстралеваторной экстирпации прямой кишки
- 2) местное иссечение опухоли при возможности достижения краёв резекции не менее 1 см
- 3) проведение системной химиотерапии
- 4) проведение химио-лучевой терапии

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»

ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВНЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЯХ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) лучевая терапия
- 2) химиолучевая терапия
- 3) таргетная терапия
- 4) хирургическое

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧАСТИЧНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ

- 1) не рекомендовано в случае отказа пациента
- 2) не рекомендовано в связи с инвалидизацией больного
- 3) оставляется на усмотрение оперирующего хирурга
- 4) строго рекомендовано

ГИПОГАСТРАЛЬНОЕ НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ДЕЛИТСЯ НА ГИПОГАСТРАЛЬНЫЕ НЕРВЫ НА УРОВНЕ

- 1) отхождения почечных артерий
- 2) бифуркации подвздошных сосудов
- 3) бифуркации аорты
- 4) отхождения нижней брыжеечной артерии

НАЛИЧИЕ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАКА _____ КИШКИ

- 1) слепой
- 2) нисходящей ободочной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T4А ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В

- 1) соседние органы
- 2) висцеральную брюшину
- 3) мышечный слой
- 4) паракишечную клетчатку

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ВСЕГДА ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) толстокишечный резервуар
- 2) забрюшинный тоннель
- 3) одноствольная колостома
- 4) кишечный анастомоз

ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ

- 1) ирригоскопия
- 2) колоноскопия
- 3) пальцевое исследование прямой кишки

4) сигмоскопия

ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ НИЖНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ ВЕНА ПЕРЕСЕКАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- 1) нижнего края поджелудочной железы
- 2) основания нижней брыжеечной артерии
- 3) слияния ее с селезеночной венной
- 4) проксимальной границы резекции кишки

БАЗОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 5-фторурацил
- 2) винкристин
- 3) цисплатин
- 4) томудекс

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ

- 1) язвы при неспецифическом язвенном колите
- 2) единичные полипы
- 3) ворсинчатые опухоли
- 4) множественные полипы

НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩЕГО В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) химиолучевая терапия
- 2) эндоскопическая подслизистая диссекция
- 3) трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли
- 4) резекция прямой кишки

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

В ПРОГРАММУ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ

- 1) выполнение лапароскопической операции
- 2) формирование стомы
- 3) профилактическая установка назогастрального зонда
- 4) ранняя активизация пациента

ОСНОВНЫМ ОТЯГОЩАЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НЕРЕДКО СПОСОБСТВУЮЩИМ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) длительность заболевания

- 2) возраст больного
- 3) перфорация опухоли
- 4) истощение больного

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КАНЦЕРОМАТОЗ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ПАЦИЕНТУ

- 1) обзорной рентгенографии брюшной полости
- 2) диагностической лапароскопии
- 3) ирригоскопии
- 4) ультрасонографии брюшной полости

ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В КАЧЕСТВЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОПРЕПАРАТА/КОМБИНАЦИИ ХИМИОПРЕПАРАТОВ

- 1) капецитабин
- 2) 5-фторурацил + оксалиплатин + кальция фолинат
- 3) 5-фторурацил + кальция фолинат
- 4) кальция фолинат + панитумумаб

НАИМЕНЕЕ ПОСТОЯННЫМ КРОВЕНОСНЫМ СОСУДОМ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЯ

- 1) подвздошно-ободочная
- 2) правая ободочная
- 3) аппендикулярная
- 4) средняя ободочная

МУТАЦИЯ ГЕНА APC ПЕРЕДАЕТСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ

- 1) большей степени женскому полу
- 2) только женскому полу
- 3) независимо от пола
- 4) только мужскому полу

АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНОМ АНТИТЕЛОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трастузумаб
- 2) цетуксимаб
- 3) бевацизумаб
- 4) регорафениб

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

КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЗЫВАЕТСЯ МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ

- 1) APC
- 2) PMS2
- 3) MYH
- 4) STK11

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

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1) 50 и старше
- 2) 40-49
- 3) 30-39
- 4) 20-29

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-3
- 2) CC-0
- 3) CC-2
- 4) CC-1

ВОРСИНЧАТУЮ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ РАЗМЕРАМИ ДО 2 СМ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ ПУТЁМ

- 1) лучевой терапии
- 2) эндоскопического удаления
- 3) консервативной терапии
- 4) резекции кишки с опухолью

СИСТЕМНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ _____ СТАДИИ

- 1) III

- 2) IV
- 3) II
- 4) I

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ

- 1) оставляется на усмотрение оперирующего хирурга
- 2) не рекомендовано в случае отказа пациента
- 3) не рекомендовано в связи с инвалидизацией больного
- 4) строго рекомендовано

МЫШЕЧНАЯ ОБОЛОЧКА КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ИМЕЕТ

- 1) два слоя
- 2) один слой
- 3) пять слоев
- 4) три слоя

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1) мелкоклеточного рака
- 2) аденокарциномы
- 3) базалоидного рака
- 4) плоскоклеточного рака

СРЕДИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПОЛИПОЗНЫХ СИНДРОМОВ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ИМЕЕТ

- 1) синдром Олфилда
- 2) синдром Гарднера
- 3) МУН-ассоциированный полипоз
- 4) синдром Тюрко

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кишечная непроходимость
- 2) анемия
- 3) боль в животе
- 4) повышение температуры тела

ОСЛАБЛЕННАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ

- 1) APC
- 2) KRAS
- 3) NRAS
- 4) BRAF

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

ЦИТОРЕДУКТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО

- 1) перед началом паллиативной химиотерапии
- 2) при ее резектабельности
- 3) при клинически выраженном симптомном ее характере
- 4) для точного стадирования

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

ПАРНОЙ АРТЕРИЕЙ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ПРЯМУЮ КИШКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) верхняя брыжеечная
- 2) верхняя прямокишечная
- 3) нижняя прямокишечная
- 4) нижняя брыжеечная

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЁМ ФОРМИРОВАНИЯ _____ АНАСТОМОЗА

- 1) трансверзо-ректального
- 2) десцендо-ректального
- 3) сигмо-сигмоидного
- 4) сигмо-ректального

ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) трансанальное полностенное удаление опухоли прямой кишки
- 2) эндоскопическое подслизистое удаление опухоли
- 3) частичная мезоректумэктомия
- 4) тотальная мезоректумэктомия

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ _____ АНАСТОМОЗА

- 1) десцендо-ректального
- 2) десцендо-сигмоидного
- 3) трансверзо-ректального
- 4) асцендо-ректального

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) лейомиому
- 2) аденому
- 3) липому
- 4) карциноид

КОЛОНОСКОПИЮ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ПРОВОДЯТ С ____ ЛЕТ

- 1) после 40
- 2) 28
- 3) 18
- 4) 38

У БОЛЬНОГО РАКОМ ЛЕВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СТЗНХМ1А НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ СЕМЕЙСТВА RAS И BRAF, МИКРОСАТЕЛИТНУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ С ЦЕЛЬЮ

- 1) исключения наличия синдрома Линча
- 2) определения целесообразности назначения таргетного препарата
- 3) исключения семейного аденоматооз кишечника
- 4) определения целесообразности проведения адъювантной химиотерапии

ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) возраст старше 70 лет
- 2) местнораспространенный характер опухоли
- 3) неоадъювантная химиолучевая терапия
- 4) женский пол

ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ ПАЦИЕНТУ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК» ВЫПОЛНЯЮТ

- 1) для определения глубины инвазии опухоли
- 2) при подозрении на канцероматоз
- 3) при подозрении на кишечную непроходимость
- 4) для уточнения количества метастазов в печени

ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ УДАЕТСЯ ОБНАРУЖИТЬ ОПУХОЛЬ _____ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) средне-ампулярного отдела
- 2) анального канала
- 3) ниже-ампулярного отдела
- 4) ректосигмоидного отдела

НЕИЗМЕНЁННАЯ КРОВЬ В СТУЛЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНА ПРИ

- 1) раке желудка

- 2) катаральном проктосигмоидите
- 3) раке прямой кишки
- 4) раке слепой кишки

ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ВТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие метастазов в печени
- 2) размер опухоли более 3 см
- 3) глубина прорастания опухоли
- 4) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) ювенильный полип
- 2) аденокарцинома
- 3) аденома
- 4) ворсинчатая опухоль

К ПЕРВОМУ ЭТАПУ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1) мобилизацию левого изгиба ободочной кишки
- 2) мобилизацию сигмовидной кишки
- 3) выделение и пересечение нижних брыжеечных сосудов
- 4) выделение прямой кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль в заднем проходе при дефекации
- 2) примесь крови к стулу
- 3) выделение гноя из заднего прохода
- 4) боль в области копчика

ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ НОСИТЕЛЮ МУТАЦИИ В ГЕНЕ APC, ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕЙ ОСЛАБЛЕННУЮ ФОРМУ АДЕНОМАТОЗНОГО ПОЛИПОЗА ПОКАЗАНО С (В ГОДАХ)

- 1) 40-45
- 2) 50-55
- 3) 30-35
- 4) 20-25

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

ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ 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

НА ПЕРВОМ МЕСТЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕОРГАНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТАЗА СТОИТ

- 1) лучевая терапия
- 2) химиолучевая терапия
- 3) химиотерапевтический метод
- 4) хирургический метод

НАИМЕНЬШЕЙ ТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАТУСА РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЛАДАЕТ

- 1) эндоректальное УЗИ
- 2) магнитно-резонансная томография
- 3) компьютерная томография
- 4) магнитно-резонансная томография с эндоректальной катушкой

К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕ ОТНОСЯТ

- 1) парааортальные
- 2) параректальные
- 3) подвздошные
- 4) паховые

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ АДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) операция
- 2) химиотерапия
- 3) эндоскопическое удаление
- 4) химиолучевая терапия

БАЗАЛОИДНЫЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1) мелкоклеточного рака
- 2) плоскоклеточного рака
- 3) аденокарциномы из анальных желез
- 4) недифференцированного рака

ПРИ ОТКРЫТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ НИЖНИХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) медиа-латеральный подход
- 2) кранио-каудальный доступ
- 3) промежностный доступ

4) латеро-медиальный подход

ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) улучшение онкологических результатов операции
- 2) профилактика кровотечения из сформированного анастомоза
- 3) предотвращение несостоятельности анастомоза
- 4) предотвращение жизнеугрожающих осложнений при возникновении несостоятельности анастомоза

СРЕДИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ____% СЛУЧАЕВ

- 1) 2-10
- 2) 15-20
- 3) 60-70
- 4) 40-50

НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩЕГОСЯ НА УРОВНЕ СЛИЗИСТОГО И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) химиолучевая терапия
- 2) мукозэктомия
- 3) резекция прямой кишки
- 4) трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли

ПРИ ИНДЕКСЕ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ СС-2 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

- 1) очаги перитонеального канцероматоза визуально не определяются
- 2) имеются неудаленные опухолевые очаги более 2,5 см в диаметре
- 3) определяются неудаленные опухолевые очаги менее 2,5 мм в диаметре
- 4) размеры неудаленных очагов варьируют от 2,5 мм до 2,5 см

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРЕПАНОБИОПСИИ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ВИЧ-инфекция
- 2) возраст пациента
- 3) размер опухоли более 5 см
- 4) нарушение в свертывающей системе крови

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

ОДНИМ ИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) удаление полипа ободочной кишки
- 2) рак ободочной кишки
- 3) болезнь Крона
- 4) пересадка органа и прием иммуносупрессантов

К ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- 2) дефект наполнения или плоскую «нишу» на контуре кишечной стенки
- 3) нарушение эвакуаторной функции
- 4) ригидность кишечной стенки на определенном участке

ВЫСОКОЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБОЗНАЧАЕТ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ СОСУДА

- 1) между первой и второй сигмовидными артериями
- 2) проксимальнее отхождения левой ободочной артерии
- 3) непосредственно у места отхождения от аорты
- 4) на уровне перехода в верхнюю прямокишечную артерию

НЕПАРНОЙ АРТЕРИЕЙ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ПРЯМУЮ КИШКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) верхняя прямокишечная
- 2) средняя ректальная
- 3) нижняя прямокишечная
- 4) внутренняя подвздошная

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАЦИЕНТУ С ДИАГНОЗОМ РАКА НИСХОДЯЩЕЙ КИШКИ Т3N2AM1А 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

СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1) гипогастральных нервов
- 2) крестцовых сплетений
- 3) запирательного нерва
- 4) аутоиннервации

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ Т3 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1) вовлечение мышечного слоя

- 2) интраэпителиальную неоплазию
- 3) прорастание в паракишечную клетчатку
- 4) инвазию в подслизистый слой

МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резекция слепой кишки
- 2) правосторонняя гемиколэктомия
- 3) цекостомия
- 4) илеотрансверзоанастомоз

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

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ АНАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) саркома промежности
- 2) опухоль Бушке – Левенштейна
- 3) меланома анального канала
- 4) аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) протяженностью опухоли более 10 см
- 2) наличием отдаленных метастазов
- 3) синхронным первично-множественным поражением кишки
- 4) стенозирующим характером опухоли

В КЛАССИФИКАЦИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 4

НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СВЯЗАННЫМ С РАЗВИТИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, И ИМЕЮЩИМ АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) синдром Ли-Фраумени
- 2) MUTYH-ассоциированный полипоз
- 3) семейный аденоматоз толстой кишки
- 4) синдром Пейтца-Егерса

ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩЕЙ ЗАДНИЙ ПРОХОД, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) брюшно-анальную резекцию прямой кишки
- 2) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 3) низкую переднюю резекцию прямой кишки
- 4) операцию Гартмана

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НАЛИЧИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) колоноскопию
- 2) ангиографию сосудов печени
- 3) трепанобиопсию под УЗ-наведением
- 4) биохимический анализ крови с изучением уровня ферментов

ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) субтотальная резекция ободочной кишки
- 2) правосторонняя гемиколэктомия
- 3) илеоцекальная резекция
- 4) аппендэктомия

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ НА МОМЕНТ ДИАГНОСТИКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 5-10
- 2) 20-30
- 3) более 70
- 4) 50-60

К ОДНОМУ ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- 1) курение
- 2) ожирение
- 3) малоподвижный образ жизни
- 4) мужской пол

ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ОПУХОЛЬ АНАЛЬНОГО КАНАЛА БОЛЕЕ 5 СМ В НАИБОЛЬШЕМ ИЗМЕРЕНИИ БУДЕТ ОТНОСИТЬСЯ К КРИТЕРИЮ

- 1) T2
- 2) T3
- 3) T4
- 4) T1

К НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ ТАЗА ИЗ ГЛАДКОМЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) шванномы
- 2) миксомы
- 3) лейомиомы
- 4) рабдомиомы

ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM НАЛИЧИЕ

ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ОДНОМ ОРГАНЕ СООТВЕТСТВУЕТ СИМВОЛУ

- 1) M1c
- 2) M0
- 3) M1b
- 4) M1a

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ 1 ЧЕЛОВЕК НА

- 1) 10000-20000
- 2) 100-200
- 3) 5000-10000
- 4) 500-1000

ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИ НЕАДЕКВАТНОЙ СЧИТАЕТСЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ ГРАНИЦА РЕЗЕКЦИИ МЕНЕЕ (В МИЛЛИМЕТРАХ)

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ST4BN1AM0 С ПРОРАСТАНИЕМ ОПУХОЛИ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение
- 2) псевдомембранозный колит
- 3) перифокальный абсцесс
- 4) ректовагинальный свищ

ПРИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) петлевую электроэксцизию
- 2) резекцию в пределах подслизистого слоя
- 3) полностенную резекцию
- 4) удаление путем фрагментирования

ГЕН МУТОН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧАСТОК МОЛЕКУЛЫ ДНК, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА _____ ХРОМОСОМЕ

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

ОПЕРАЦИЯ КРАСКЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В _____ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) трансакральной
- 2) чрезбрюшинной
- 3) трансанальной

4) трансвагинальной

В КАЧЕСТВЕ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТ

- 1) метотрексат
- 2) адриаамицин
- 3) сарколизин
- 4) 5-фторурацил

ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ, СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 70-80
- 2) 35-40
- 3) 20-30
- 4) 40-60

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

ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР

- 1) 1 раз в два года
- 2) ежемесячно
- 3) 1 раз в год
- 4) 1 раз в два месяца

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

СТАНДАРТОМ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) системная химиотерапия иринотеканом и 5-фторурацилом с последующей операцией
- 2) химиолучевая терапия с последующей операцией
- 3) дистанционная и внутриволостная лучевая терапия с последующей операцией

4) операция с последующей системной химиотерапией иринотеканом и оксалиплатином

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) комбинированной
- 2) сочетанной
- 3) расширенной
- 4) паллиативной

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА ДИАГНОСТИРУЮТСЯ

- 1) хирургом
- 2) терапевтом
- 3) неврологом
- 4) гинекологом

СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦЕФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ ПРАВАЯ ЯГОДИЧНАЯ ОБЛАСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ЧАСАМ

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

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТ СРЕДИ

- 1) женщин <50 лет
- 2) мужчин <50 лет
- 3) мужчин >50 лет
- 4) женщин >50 лет

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

ДЛЯ ТУБУЛЯРНОЙ АДЕНОМЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) резкое увеличение бокаловидных клеток
- 2) преобладание процессов пролиферации эпителия
- 3) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме
- 4) преобладание процессов альтерации эпителия

ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ УДАЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИЗ-ЗА ЕЁ МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ

СЧИТАТЬ

- 1) лапароскопию и дренирование брюшной полости
- 2) проведение внутрибрюшной химиотерапии
- 3) эксплоративную лапаротомию
- 4) наложение проксимальной стомы

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ЭКСТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ
- 3) КТ органов малого таза
- 4) МРТ органов малого таза

ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ KRAS, NRAS ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ТАРГЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ниволумаб
- 2) бевацизумаб
- 3) панитумумаб
- 4) цетуксимаб

ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ (R0) РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НЕГАТИВНОЙ СЧИТАЮТ ГРАНИЦУ, СОСТАВЛЯЮЩУЮ (В ММ)

- 1) ? 10
- 2) ? 15
- 3) ? 5
- 4) ?1

ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) тотальная мезоректумэктомия
- 2) частичная мезоректумэктомия
- 3) эндоскопическое подслизистое удаление опухоли
- 4) трансанальное полностенное удаление опухоли прямой кишки

ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОТКРЫТОЙ НЕ ВЛИЯЕТ НА

- 1) длительность послеоперационного койко-дня
- 2) стоимость лечения
- 3) болевой синдром в послеоперационном периоде
- 4) онкологические результаты лечения

К ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) лучшие онкологические результаты
- 2) раннюю активизацию пациента
- 3) меньшую стоимость лечения

4) меньшее время операции

КАКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ ОБРАЗУЮТ ТРЕУГОЛЬНИК КАЛО?

- 1) общий печеночный проток, пузырная артерия, правая печеночная артерия
- 2) правый печеночный проток, общий желчный проток, правая печеночная артерия
- 3) общий печеночный проток, пузырный проток, пузырная артерия
- 4) пузырный проток, общий желчный проток, правый печеночный проток

ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ДИСТАЛЬНОЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ МЕСТНОГО СТАДИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ПЭТ-КТ с ¹⁸F-ФДГ
- 2) трансректальное УЗИ
- 3) МРТ малого таза
- 4) КТ малого таза

К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) тошноту
- 2) общую слабость, недомогание
- 3) затруднённый стул
- 4) выделение слизи и крови из заднего прохода

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА

- 1) оставляется на усмотрение пациента
- 2) необходима только при наличии признаков кишечной непроходимости
- 3) не нужна
- 4) необходима в любом случае

ИЗ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЮТ

- 1) нейрогенные опухоли
- 2) ангиогенные опухоли
- 3) гладкомышечные опухоли
- 4) хордомы

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) аденому
- 2) липому
- 3) лейомиому
- 4) карциноид

ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЛИПАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И НАЛИЧИИ РАКА НЕ ВЫШЕ 6 СМ ОТ КРАЯ АНУСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 2) колпроктэктомию
- 3) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
- 4) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки

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

НАИМЕНЕЕ ПОСТОЯННОЙ АРТЕРИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) средняя прямокишечная
- 2) внутренняя подвздошная
- 3) нижняя прямокишечная
- 4) нижняя брыжеечная

СРЕДИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 10-20
- 2) 20-30
- 3) 5-10
- 4) менее 1

ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ СИМПТОМНОМ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1) циторедуктивному удалению опухоли
- 2) формированию обходного анастомоза
- 3) наложению проксимальной стомы
- 4) пробной лапаротомии

СРЕДНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ _____ АРТЕРИИ

- 1) нижней брыжеечной
- 2) последней сигмовидной
- 3) внутренней подвздошной
- 4) верхней брыжеечной

ИНТОКСИКАЦИЯ И АНЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА _____ КИШКИ

- 1) восходящей ободочной
- 2) поперечной ободочной
- 3) нисходящей ободочной
- 4) сигмовидной

ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) динамическое наблюдение
- 3) химиотерапия
- 4) химиолучевая терапия

ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНА ЦИРКУЛЯРНАЯ ОПУХОЛЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В КЛЕТЧАТКУ ПО БРЫЖЕЕЧНОМУ И ПРОТИБРЫЖЕЕЧНОМУ 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) T4bN0M1c
- 2) T3dN0M1b
- 3) T4aN0M1c
- 4) T4aN0M1a

У БОЛЬНЫХ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ СТАНДАРТ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ректороманоскопию, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфию костей скелета
- 2) колоноскопию, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки
- 3) колоноскопию, КТ органов брюшной и грудной полостей, малого таза, МРТ органов брюшной полости
- 4) ирригоскопию, КТ органов брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1) иринотекана и 5-фторурацила
- 2) цисплатина и иринотекана
- 3) оксалиплатина и 5-фторурацила
- 4) гемцитабина и оксалиплатина

УРОВНЕМ ОТХОЖДЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) брюшная аорта, выше отхождения почечных артерий
- 2) общая левая подвздошная артерия
- 3) непосредственно бифуркация аорты
- 4) брюшная аорта, на 3-4 см выше ее бифуркации

ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТВЕТА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев

- 3) 6-8 недель
- 4) 3 недели

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

ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) опухоли мозга
- 2) множественные кисты слюнных желез
- 3) атрофия ногтей, алопеция
- 4) меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОМПЛЕКСОВ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА В РЕЗУЛЬТАТЕ БИОПСИИ ОПУХОЛИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ДУМАТЬ О/ОБ

- 1) раке прямой кишки с переходом на анальный канал
- 2) раке анального канала с переходом на прямую кишку
- 3) опухоли Бушке – Левенштейна
- 4) внеорганных опухолей малого таза

СУММАРНАЯ ОЧАГОВАЯ ДОЗА ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОМ КУРСЕ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ST4BN2B V1 M0, CRM + ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В Гр)

- 1) 30-38
- 2) 50-58
- 3) 60-68
- 4) 20-28

К ИССЛЕДОВАНИЮ, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСКЛЮЧЕНО ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОТНОСИТСЯ

- 1) МРТ малого таза
- 2) КТ-колонография
- 3) КТ органов брюшной полости
- 4) КТ органов грудной клетки

КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВИДЕ УДАЛЕНИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1) резекции печени по поводу метастазов
- 2) аортоподвздошнотазовой лимфаденэктомией
- 3) соседнего органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- 4) другого органа по поводу иного заболевания

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ИМЕЕТ

- 1) мышечной оболочки
- 2) слизистой
- 3) подслизистого слоя
- 4) серозной оболочки

НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА ЧАЩЕ НЕДОСТУПНЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ

- 1) трансперинеально
- 2) при вагинальном исследовании
- 3) через переднюю брюшную стенку
- 4) при ректальном исследовании

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

ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) операция Гартмана
- 2) трансверзостомия
- 3) илеотрансверзоанастомоз
- 4) левосторонняя гемиколэктомия

ОНКОГЕННЫМИ ТИПАМИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 16, 18
- 2) 7, 11
- 3) 3, 6
- 4) 5, 14

К НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) плоскоклеточный рак
- 2) аденокарцинома из анальных желез
- 3) гастростромальная интерстициальная опухоль
- 4) базалиоидный рак

САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1) «высокого» колоректального анастомоза
- 2) «низкого» колоректального анастомоза
- 3) анастомоза на ободочной кишке

4) тонко-толстокишечного анастомоза

В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ослабленное состояние пациента и метаболические нарушения в послеоперационном периоде
- 2) распространение инфекции из какого - либо очага воспаления
- 3) несостоятельность швов анастомоза
- 4) вскрытие просвета кишки во время операции

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОТКАЗА ОТ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) комбинированный характер оперативного вмешательства
- 2) наличие отдаленных метастазов
- 3) возраст пациента
- 4) кишечная непроходимость

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) химиолучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3) эндоскопическое удаление
- 4) трансанальная эндомикрохирургия

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

К ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМУ РАКУ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕ ОТНОСЯТ

- 1) базалоидный
- 2) крупноклеточный ороговевающий
- 3) мелкоклеточный
- 4) крупноклеточный неороговевающий

ПРЕВЕНТИВНАЯ (ВРЕМЕННАЯ) СТОМА ОСТАЕТСЯ ПОСТОЯННОЙ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 25-30
- 2) 5-10
- 3) 15-20
- 4) 20-25

ДЛЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) смешанный
- 2) динамический

- 3) странгуляционный
- 4) обтурационный

ЕСЛИ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОМУ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ «РАК ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ cT3N0M0», ТО В ДАННОЙ СИТУАЦИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) лучевой терапии
- 2) адъювантной химиотерапии
- 3) неоадъювантной химиотерапии
- 4) хирургического лечения

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ВЫСОКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ НИЗКАЯ ЧАСТОТА

- 1) недостаточности анального сфинктера
- 2) кровотечения из анастомоза
- 3) несостоятельности анастомоза
- 4) кишечной непроходимости

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ИНФИЛЬТРАЦИЯ ОПУХОЛЬЮ МЫШЕЧНОГО СЛОЯ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ

- 1) T0
- 2) T1
- 3) T3
- 4) T2

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВОВЛЕЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ЦИРКУЛЯРНОГО КРАЯ РЕЗЕКЦИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1) криодеструкции
- 2) химиотерапии
- 3) химиолучевой терапии
- 4) оперативного вмешательства

РЕГИОНАЛЬНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ДЛЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) запирательные
- 2) парааортальные
- 3) мезоректальные
- 4) паховые

ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ВЫШЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ

- 1) меланомы
- 2) плоскоклеточного рака
- 3) аденокарциномы
- 4) лейомиосаркомы

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) необязательно
- 2) противопоказано
- 3) определяется оперирующим хирургом
- 4) обязательно

МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ПЭТ-КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой
- 2) КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 3) МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- 4) УЗИ брюшной полости с внутривенным контрастированием

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

ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА СВЯЗАНО С НАЛИЧИЕМ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ В (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 3-5
- 2) 1-2
- 3) 0-1
- 4) 5-7

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 ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ МОЖНО ГОВОРИТЬ ОБ ОПЕРАЦИИ

- 1) расширенной
- 2) сочетанной
- 3) комбинированной
- 4) стандартной

КАКОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ АССОЦИИ РАКА АНАЛЬНОГО И ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА?

- 1) прогноз зависит от типа вируса
- 2) ухудшает
- 3) улучшает

4) не влияет

НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИО-ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ АССОЦИАЦИИ РАКА И

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) цитомегаловирусной инфекции
- 3) вируса папилломы человека
- 4) вируса иммунодефицита

НАИБОЛЕЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА Т4 С ПРОРАСТАНИЕМ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевой цистит
- 2) лучевой проктит
- 3) формирование ректовагинального свища
- 4) диарея

ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резекция илеоцекального отдела кишечника
- 2) резекция слепой кишки с частью восходящей ободочной кишки
- 3) правосторонняя гемиколэктомия
- 4) резекция купола слепой кишки с опухолью

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) гистологического строения
- 2) локализации опухоли
- 3) формы роста опухоли
- 4) пола пациента

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

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ

- 1) остеосцинтиграфию
- 2) компьютерную томографию
- 3) денситометрию
- 4) магнитно-резонансную томографию

К ГИПЕРВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ ТАЗА ОТНОСЯТ

- 1) лейомиосаркомы
- 2) гемангиоперицитомы
- 3) лимфомы
- 4) липосаркомы

В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) проктография
- 2) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) УЗИ кишечника
- 4) ирригоскопия

КРИТЕРИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОЦЕНИВАЕМЫМ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА МЕСТНОЕ СТАДИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ЯВЛЯЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕ

- 1) мезоректальной клетчатки
- 2) регионарных лимфатических узлов
- 3) мезоректальной фасции
- 4) тазовой брюшины

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СРЕДИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ВСТРЕЧАЮТСЯ НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА

- 1) эмбрионального происхождения
- 2) мезодермального происхождения
- 3) лимфоретикулярного происхождения
- 4) нейрогенной природы

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ DUKES ПРОРАСТАНИЕ ОПУХОЛЬЮ ВСЕХ СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ СООТВЕТСТВУЕТ СТАДИИ

- 1) A
- 2) D
- 3) C
- 4) B

ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ ПОКРЫВАЕТ

- 1) матку
- 2) простату
- 3) кости крестца
- 4) мочевого пузыря

НИЖНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ _____ АРТЕРИИ

- 1) нижней брыжеечной
- 2) последней сигмовидной
- 3) внутренней половой
- 4) верхней брыжеечной

КРУПНОКЛЕТОЧНЫЙ ОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1) недифференцированного рака
- 2) аденокарциномы из анальных желез
- 3) слизистой аденокарциномы
- 4) плоскоклеточного рака

НАЛИЧИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНАХ СЕМЕЙСТВА RAS (KRAS, NRAS) ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1) наследственного характера болезни
- 2) резистентности к проведению таргетной терапии анти-EGFR моноклональными антителами
- 3) резистентности к проведению химиотерапии 5-фторурацилом
- 4) микросателлитной нестабильности

ЧАЩЕ ВСЕГО ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ _____ ПОЛИПЫ

- 1) железисто-ворсинчатые
- 2) анальные
- 3) аденоматозные
- 4) ворсинчатые

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

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) метотрексата
- 2) 5-фторурацила
- 3) митомицина С
- 4) иринотекана

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

СТАНДАРТНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АНАСТОМОЗИРУЕМЫХ УЧАСТКОВ ВРАЧОМ-ХИРУРГОМ

- 1) практически не используется
- 2) очень сложна
- 3) субъективна
- 4) достаточно объективна

ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ИНДЕКС M1A СООТВЕТСТВУЕТ НАЛИЧИЮ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1) по брюшине
- 2) в парааортальные лимфоузлы
- 3) в двух органах
- 4) в одном органе

ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ST4AN1BMO, ОСЛОЖНЕННОМ ПАРАТУМОРАЛЬНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ, ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВИТЬ

- 1) операцию Гартмана
- 2) установку внутрикишечного стента
- 3) формирование отключающей стомы
- 4) системную химиотерапию

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

ПРОВЕДЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРЯМОЙ КИШКЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) I стадии заболевания
- 2) IV стадии заболевания
- 3) массивной интраваскулярной, периневральной инвазии
- 4) III стадии заболевания

ОТ ОПУХОЛЕЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 12-15
- 2) 7-10
- 3) 4-5
- 4) 1-2

ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ С ЯВЛЕНИЯМИ ВЫРАЖЕННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОКАЗАНА

- 1) операция по типу Микулича
- 2) операция Гартмана
- 3) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией

4) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрасверздоанастомозом

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ

- 1) кровотечений из анастомоза
- 2) жизнеугрожающих послеоперационных осложнений
- 3) недостаточности анального сфинктера
- 4) кишечной непроходимости

К ОСОБЕННОСТЯМ МЕЛАНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- 1) относительно благоприятный прогноз
- 2) неинвазивный рост
- 3) склонность к раннему метастазированию
- 4) долгое бессимптомное развитие

ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЯИЧНИК СТОИТ ДУМАТЬ О

- 1) местнораспространенном характере первичной опухоли
- 2) диссеминированной форме колоректального рака
- 3) наличию нескольких синхронных опухолей толстой кишки
- 4) наследственном характере заболевания

КРОВЬ ОТ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТТЕКАЕТ В ____ ВЕНУ

- 1) нижнюю полую
- 2) портальную
- 3) верхнюю брыжеечную
- 4) печеночную

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

ПОД ПОНЯТИЕМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК» ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ

- 1) ворсинчатую опухоль
- 2) саркому
- 3) аденокарциному
- 4) лейомиому

НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ АУЕРБАХА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- 1) нижеампулярном отделе прямой кишки
- 2) подслизистом слое толстой кишки
- 3) левом изгибе ободочной кишки

4) мышечном слое толстой кишки

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 ТЗ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ ◻

- 1) Td
- 2) T3b
- 3) T3a
- 4) T3c

ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) неоадьювантная химиолучевая терапия
- 2) возраст старше 70 лет
- 3) необходимость выполнения комбинированного вмешательства
- 4) женский пол

ПАЛЛИАТИВНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ СИМПТОМНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА

- 1) имеются множественные метастазы рака в печени
- 2) опухоль имеет большие размеры
- 3) есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- 4) имеются признаки паратуморального абсцесса

ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ В _____% НАБЛЮДЕНИЙ

- 1) 30-50
- 2) 60-80
- 3) 10-15
- 4) 2-4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПЕРЕХОДОМ НА АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ

- 1) ректороманоскопии
- 2) биопсии
- 3) пальцевого исследования
- 4) трансректального ультразвукового исследования

ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА T4N1 С ПРОРАСТАНИЕМ В ЗАДНЮЮ СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО РАССМАТРИВАТЬ

- 1) химиолучевую терапию
- 2) системную химиотерапию
- 3) формирование отключающей стомы
- 4) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с резекцией задней стенки

влагалища

РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 30
- 2) 50
- 3) 10
- 4) 70

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

- 1) 50
- 2) 80
- 3) 30
- 4) 100

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО РАКА ЯИЧНИКА И МЕТАСТАЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЯИЧНИК РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ДАННЫЕ

- 1) МРТ малого таза
- 2) гистологического/иммуногистохимического исследования
- 3) УЗИ с контрастированием
- 4) ПЭТ-КТ

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1) отдаленных метастазов
- 2) опухолевых депозитов
- 3) пораженных лимфоузлов
- 4) канцероматоза

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПОЛИПОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) желудок и двенадцатиперстная кишка
- 2) тощая и подвздошная кишка
- 3) сигмовидная и прямая кишка
- 4) слепая и восходящая ободочная кишка

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛОКОРЕГИОНАРНОГО

РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) МРТ малого таза
- 2) УЗИ ректальным датчиком
- 3) колоноскопия
- 4) ирригоскопия

ВНУТРИБРЮШНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) метастазов колоректального рака в заперитательные лимфатические узлы
- 2) метастазов колоректального рака в селезенку
- 3) канцероматоза
- 4) метастазов колоректального рака в печень

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие мутации в гене APC
- 2) отсутствие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 3) наличие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 4) высокая микросателлитная нестабильность

НИЖНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТХОДИТ ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1) нижней ягодичной
- 2) промежностной
- 3) верхней ягодичной
- 4) внутренней половой

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОУЭНА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проведение химио-лучевой терапии
- 2) проведение местной противовоспалительной терапии
- 3) выполнение экстирпации прямой кишки
- 4) местное иссечение в пределах здоровых тканей

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ ____ АРТЕРИИ

- 1) нижнебрыжеечной
- 2) средней прямокишечной
- 3) средней ободочной
- 4) подвздошноободочной

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

- 1) печени
- 2) легких
- 3) селезенке
- 4) костях скелета

ПРИ БИОПСИИ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ПРОИСХОДИТ ВЫСОКИЙ РИСК

- 1) нагноения

- 2) кровотечения
- 3) контаминации опухолевыми клетками
- 4) повреждения полых органов

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

САМАЯ НИЗКАЯ ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ _____ АНАСТОМОЗА

- 1) коло-анального
- 2) «высокого» колоректального
- 3) тонко-толстокишечного
- 4) «низкого» колоректального

ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЮТ

- 1) параректальный доступ
- 2) брюшно-промежностный доступ
- 3) чрезбрюшинный доступ (срединная лапаротомия)
- 4) комбинированный доступ

ПОД ПОНЯТИЕМ «КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК» ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ

- 1) аденокарциному
- 2) злокачественную меланому
- 3) саркому
- 4) лейомиому

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

ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ T1N0 БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) применение 5-фторурацил содержащей мази
- 2) местное иссечение опухоли с отступом в 1 см
- 3) выполнение брюшно-промежностной экстирпации
- 4) проведение контактной лучевой терапии

ОПТИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дистальная резекция сигмовидной кишки
- 2) левосторонняя гемиколэктомия
- 3) расширенная передняя резекция прямой кишки
- 4) колэктомия

ДЛЯ ОЦЕНКИ ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) проктографию
- 2) КТ малого таза
- 3) трансректальное УЗИ
- 4) колоноскопию

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАСТАЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ЯИЧНИК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) наследственном характере заболевания
- 2) местнораспространенном характере первичной опухоли
- 3) диссеминированной форме колоректального рака
- 4) наличию нескольких синхронных опухолей толстой кишки

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

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

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

ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) удаление полипов через эндоскоп
- 3) симптоматическое лечение
- 4) удаление толстой кишки, поражённой полипами

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ДИССЕМИНАЦИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В

- 1) печень
- 2) регионарные лимфоузлы
- 3) легкие
- 4) кости

ГРАНИЦАМИ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ КРАЯ АНУСА ЯВЛЯЕТСЯ (В СМ)

- 1) 6-10
- 2) 16-20
- 3) 0-5
- 4) 11-15

В ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНСИЛИУМ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖЕН БЫТЬ ВКЛЮЧЕН

- 1) врач-акушер-гинеколог
- 2) врач-гастроэнтеролог
- 3) врач-колопроктолог
- 4) врач-радиотерапевт

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) неоадьювантной
- 2) адьювантной
- 3) внутривенной
- 4) периоперационной

К РАСПРОСТРАНЕННОМУ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) рак сигмовидной кишки с метастазом в печень
- 2) рак сигмовидной кишки с метастазами в печень и легкое
- 3) синхронный рак сигмовидной и восходящей кишки
- 4) рак сигмовидной кишки с канцероматозом брюшины

ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ТРЕТЬЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глубина прорастания опухоли
- 2) наличие отдаленных метастазов
- 3) размер опухоли более 5 см
- 4) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ T4aN1M0 СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) III C

- 2) IV
- 3) II B
- 4) III B

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

БРЮШНО-АНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИЗБЫТКОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ УТРАТИЛА АКТУАЛЬНОСТЬ В СВЯЗИ С

- 1) высокой частотой некроза низведенной кишки
- 2) высокой частотой местных рецидивов
- 3) плохими функциональными результатами
- 4) техническими сложностями выполнения

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

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

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) десмому
- 2) эндометриоз
- 3) карциноматоз
- 4) карциноид

ДЛЯ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОПУХОЛИ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ
- 2) трансректального УЗИ
- 3) МРТ малого таза
- 4) КТ малого таза

ПРИМЕНЕНИЕ ОКСАЛИПЛАТИНА ПРИ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ОНА ИМЕЕТ СТРОЕНИЕ

- 1) аденокарциномы
- 2) гастроинтестинальной стромальной опухоли
- 3) нейроэндокринной опухоли
- 4) саркомы

НИЗКОЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРЕСЕЧЕНИЮ СОСУДА

- 1) между первой и второй сигмовидной артериями
- 2) проксимальнее отхождения левой ободочной артерии
- 3) непосредственно у места отхождения от аорты
- 4) на уровне перехода в верхнюю прямокишечную артерию

О ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ФОРМЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) местнораспространенный характер первичной опухоли
- 2) интраоперационное выявление метастазов в сальник
- 3) интраоперационное выявление метастазов в лимфоузлы брыжейки кишки с опухолью
- 4) наличие нескольких синхронных опухолей толстой кишки

ПРИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ

- 1) с лимфоузлами в мезоректум
- 2) en block
- 3) при помощи петлевой электроэксцизии
- 4) путем фрагментирования

АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНОМ АНТИТЕЛОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трастузумаб
- 2) цетуксимаб
- 3) бевацизумаб
- 4) регорафениб

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иммунотерапия
- 2) химиотерапия
- 3) химиолучевая терапия

4) хирургия

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ-колонография
- 2) анализ кала на скрытую кровь
- 3) колоноскопия
- 4) ирригоскопия

ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1) циклофосфана
- 2) сарколизина
- 3) 5-фторурацила
- 4) метотрексата

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА АМПУЛЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) хирургический
- 3) сочетание лучевого лечения и химиотерапии
- 4) химиотерапия

НОВООБРАЗОВАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ОБЛАСТИ, ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРХНИЙ КРАЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЛИНИИ, А ДИСТАЛЬНОЙ — МЕСТО СОЕДИНЕНИЯ АНОДЕРМЫ С ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖЕЙ, КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК ОПУХОЛИ

- 1) перианальной кожи
- 2) клоакогенной зоны
- 3) анального канала
- 4) анального края

К ПЕРВОМУ ЭТАПУ ВЫПОЛНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1) мобилизацию левого изгиба ободочной кишки
- 2) выделение и пересечение нижних брыжеечных сосудов
- 3) мобилизацию сигмовидной кишки
- 4) выделение прямой кишки

ТОНКАЯ КИШКА ИМЕЕТ

- 1) брыжейку
- 2) мышечные ленты
- 3) жировые подвески
- 4) гаустры

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ

КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров
- 2) неоднородная структура
- 3) веретенообразная форма
- 4) многочисленность

ПРОМЕЖНОСТНЫЙ ЭТАП ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ НАИБОЛЕЕ УДОБНО ВЫПОЛНЯТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) на левом боку
- 2) на спине
- 3) на правом боку
- 4) перочинного ножа

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

ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКЕ ОБНАРУЖЕНО ОКРУГЛОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЖИРОВОЙ ПЛОТНОСТИ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1) карциноида
- 2) лейомиомы
- 3) полипа
- 4) липомы

ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ МУТУН-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аутосомно-рецессивный
- 2) сцепленный с х-хромосомой
- 3) аутосомно-доминантный
- 4) сцепленный с у-хромосомой

ВНУТРЕННЯЯ ПОДВЗДОШНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ _____ АРТЕРИИ

- 1) общей подвздошной
- 2) последней сигмовидной
- 3) верхней брыжеечной
- 4) нижней брыжеечной

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ЛИГИРОВАТЬ У ОСНОВАНИЯ И ПЕРЕСЕЧЬ

- 1) нижние брыжеечные сосуды
- 2) правые ободочные и аппендикулярные сосуды
- 3) правые и средние ободочные сосуды

4) подвздошно-ободочную, правую ободочную, правую ветвь средней ободочной артерии

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ M1A ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1) в околокишечной клетчатке
- 2) в печени и легких
- 3) на брюшине
- 4) в одном органе

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

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕЙРОЭНДОКРИННУЮ ОПУХОЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ-колонография
- 2) рентгенологическая энтерография
- 3) КТ-энтерография
- 4) УЗИ брюшной полости

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА БЕЗ ВНУТРИВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА

- 1) болезнь Крона
- 2) пресакральную кисту
- 3) рак прямой кишки
- 4) свищ прямой кишки

НАИБОЛЕЕ СКЛОННОЙ К ВНУТРИБРЮШНОМУ ДИССЕМИНИРОВАНИЮ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) высокодифференцированная аденокарцинома
- 2) слизеобразующая аденокарцинома
- 3) нейроэндокринный рак
- 4) умеренно дифференцированная аденокарцинома

ПО МИКРОСТРУКТУРЕ КАУДАЛЬНЫЕ ТЕРАТОМЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1) опухоль из трёх зародышевых листков
- 2) эпителиальный копчиковый ход
- 3) базалиому
- 4) саркому

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ВЫПОЛНЕНИЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПОЛОЖЕНИИ ПЕРОЧИННОГО НОЖА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возможность ушивания промежностной раны
- 2) возможность восстановления тазовой брюшины
- 3) меньший дефект промежностной раны
- 4) лучшая визуализация операционной раны

МЕСТО УСТАНОВКИ ТРОАКАРА ДЛЯ КАМЕРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) над лобком
- 2) параумбиликально
- 3) в правой гипогастральной области
- 4) в левой подвздошной области

ПРИ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ (ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ) ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ

- 1) кровотечения и перфорации кишки
- 2) непроходимости
- 3) интоксикации
- 4) анемии

ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЮТ

- 1) операцию Гартмана
- 2) чрезбрюшинную резекцию
- 3) брюшно-промежностную экстирпацию
- 4) брюшно-анальную резекцию

НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИМИО-ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) РОД 5 Гр до СОД 25 Гр (схема 5?5)
- 2) РОД 2 Гр до СОД за весь курс 54-60 Гр
- 3) РОД 1,5 Гр до СОД 90 Гр
- 4) РОД 2 Гр до СОД 78-80 Гр

МИНИМАЛЬНО ДОСТАТОЧНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ (В СМ)

- 1) 5
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

ОТСУТСТВИЕ ВИЗУАЛЬНО ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ НЕУДАЛЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКСУ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ

- 1) СС-1
- 2) СС-0

- 3) СС-3
- 4) СС-2

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)

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

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

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

ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ ПРОРАСТАЕТ

- 1) на любую глубину, при этом есть пораженные лимфоузлы, но нет отдаленных метастазов
- 2) на любую глубину и при этом есть отдаленные метастазы
- 3) все слои кишечной стенки, при этом возможно поражение не более 4 лимфоузлов
- 4) в соседние органы, без пораженных лимфоузлов и отдаленных метастазов

НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ ПО ВЫЖИВАЕМОСТИ СРЕДИ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИССЕМНИРОВАННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОБЛАДАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1) солитарного метастаза в печень
- 2) метастаза в парааортальный лимфоузел
- 3) солитарного метастаза в легкое
- 4) метастаза в яичник

ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) 5-фторурацила
- 2) сарколизина
- 3) метотрексата
- 4) циклофосфана

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ИНЦИЗИОННОЙ БИОПСИИ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) размер опухоли более 5 см
- 2) невозможность проведения трепанобиопсии под контролем УЗИ
- 3) возраст пациента
- 4) ВИЧ-инфекция

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

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

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

МЕСТО УСТАНОВКИ ТРОАКАРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИПАТОРА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) параумбиликально
- 2) над лобком
- 3) в правой подвздошной области
- 4) в левой гипогастральной области

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ НАПРАВЛЕНА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) необходимости в трансабдоминальном укреплении анастомоза
- 2) необходимости в трансанальной декомпрессии анастомоза
- 3) целостности анастомоза
- 4) кровоснабжения кишечной стенки

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

РАЗМЕРАМИ ДО 1,0 СМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выделение крови из заднего прохода
- 2) выделение слизи из заднего прохода
- 3) затруднение со стулом
- 4) отсутствие симптомов

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В ____ КИШКЕ

- 1) сигмовидной
- 2) восходящей ободочной
- 3) поперечно-ободочной
- 4) прямой

ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) женский пол
- 2) неоадъювантная химиолучевая терапия
- 3) возраст старше 70 лет
- 4) ожирение

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) T4bN2aM1a
- 2) T4bN2aM1b
- 3) T4aN2bM1b
- 4) T4aN2aM1a

МЕТАХРОННЫМИ НАЗЫВАЮТ МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ВЫЯВЛЕННЫЕ

- 1) при дооперационном обследовании
- 2) в течение 6 месяцев после операции на кишке
- 3) позже 6 месяцев после операции на кишке
- 4) интраоперационно при удалении первичной опухоли

СОЧЕТАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЮТ УДАЛЕНИЕ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1) резекцию какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли
- 2) низведение вышележащих отделов ободочной кишки
- 3) аортоподвздошнотазовую лимфаденэктомию
- 4) удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания

ДЛИНА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО РИГИДНОЙ РЕКТОСКОПИИ СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1) 15

- 2) 12
- 3) 18
- 4) 10

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидив полипа прямой кишки
- 2) появление рака прямой кишки
- 3) язвенный проктит
- 4) выздоровление

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T4 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1) инвазию в паракишечную клетчатку
- 2) вовлечение мышечного слоя
- 3) интраэпителиальную неоплазию
- 4) прорастание висцеральной брюшины или соседние органы или структуры

ПОЛ ЧЕЛОВЕКА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) оказывает влияние, но с учётом условий труда
- 2) не оказывает влияния
- 3) оказывает существенное влияние
- 4) оказывает влияние, но с учётом качества пищи

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

ВЕРХНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ

- 1) желудочно-двенадцатиперстной артерии
- 2) брюшной аорты
- 3) чревного ствола
- 4) печеночной артерии

ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- 1) перианальными проявлениями болезни Крона
- 2) болезнью Педжета
- 3) болезнью Боуэна
- 4) опухолью Бушке – Левенштейна

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1 ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1) 7-9
- 2) 10 и более
- 3) 4-6
- 4) 1-3

SM1 ИНВАЗИЯ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЛУБИНОЙ ПРОРАСТАНИЯ В ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ (В МКН)

- 1) до 2000
- 2) более 1500
- 3) более 1000
- 4) до 1000

КРУПНОКЛЕТОЧНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1) плоскоклеточного рака
- 2) аденокарциномы из анальных желез
- 3) недифференцированного рака
- 4) слизистой аденокарциномы

ИЗ ЭПИТЕЛИЯ АНАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ИМЕЕТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

- 1) истинная аденокарцинома анального канала
- 2) крупноклеточный неороговевающий рак
- 3) крупноклеточный ороговевающий рак
- 4) базалоидный рак

ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) каловыми камнями
- 2) злокачественными опухолями
- 3) инородными телами
- 4) спайками брюшной полости

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ КАК ПРАВИЛО ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) сигмостома
- 2) еюностома
- 3) цекостома
- 4) илеостома

ДЛЯ ПОДСЧЕТА КАРЦИНОМАТОЗНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ИНДЕКСА БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИНЯТО УСЛОВНО ДЕЛИТЬ НА _____ ЗОН

- 1) 8
- 2) 11

- 3) 13
- 4) 9

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1) SCC
- 2) CA 19-9
- 3) CA 125
- 4) РЭА

ИНДЕКС МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОВ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

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

ЭНТЕРАЛЬНОЕ КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРВИЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ АДАПТИРОВАННЫМИ ПИТАТЕЛЬНЫМИ СМЕСЯМИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ __ ЧАСА/ЧАСОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- 1) 72
- 2) 24
- 3) 6-8
- 4) 48

ВНУТРИВЕННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ ЗА

- 1) 3 часа до наркоза
- 2) 12 часов до операции
- 3) 6 часов до операции
- 4) 30-60 минут до кожного разреза

РАСШИРЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВИДЕ УДАЛЕНИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1) резекции печени по поводу метастазов
- 2) части соседнего органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- 3) аортоподвздошнотазовой лимфаденэктомией
- 4) другого органа по поводу иного заболевания

ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНУЮ АДЕНОКАРЦИНОМУ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- 1) болезнью Педжета
- 2) болезнью Боуэна
- 3) перианальными проявлениями болезни Крона
- 4) опухолью Бушке – Левенштейна

ДЛЯ СИНДРОМА ГАРДНЕРА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) опухолей мягких тканей
- 2) остеофибромы
- 3) остеомы
- 4) меланомы

МРТ ДИАГНОСТИКА НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) гистологию опухоли
- 2) морфологию опухоли
- 3) размер и локализацию опухоли
- 4) степень дифференцировки опухоли

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N2А ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1) 1-3
- 2) 4-6
- 3) 10 и более
- 4) 7-9

В КЛАССИФИКАЦИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО КИКУСНИ КРИТЕРИЙ SM1 ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В ВЕРХНЮЮ ТРЕТЬ

- 1) серозы
- 2) мышечной оболочки
- 3) подслизистого слоя
- 4) паракишечной клетчатки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ МОБИЛИЗАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ КЗАДИ ОТ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ ФАСЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ КРЕСТЦОВЫХ

- 1) связок
- 2) костей
- 3) сосудов
- 4) нервов

ЕСЛИ ВЫЯВЛЕНА ПАТОГЕННАЯ ГЕРМИНАЛЬНАЯ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ APC ТО ЭТО ПОДТВЕРЖДАЕТ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

- 1) синдрома Пейтца-Егерса
- 2) MUTYH-ассоциированного полипоза
- 3) спорадического колоректального рака
- 4) семейного аденоматоза толстой кишки

ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, РАСПОЛОЖЕННОМ НА 6 СМ ВЫШЕ КРАЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И НА 2 СМ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ, ПОКАЗАНА

- 1) операция Гартмана
- 2) передняя резекция прямой кишки
- 3) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- 4) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДЕСМОИДНОЙ ОПУХОЛИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) большой сальник
- 2) брыжейка тонкой кишки
- 3) брыжейка поперечной ободочной кишки
- 4) брыжейка сигмовидной кишки

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

ТОКСИКОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ _____ КИШКИ

- 1) восходящей
- 2) поперечной
- 3) сигмовидной
- 4) прямой

ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ ПРОИСХОДИТ В _____% НАБЛЮДЕНИЙ

- 1) 2-5
- 2) 30
- 3) 15-20
- 4) 50

К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) болезнь Крона
- 2) гиперпластический полип
- 3) неспецифический язвенный колит
- 4) диффузный семейный полипоз толстой кишки

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T1N1M1В ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ

- 1) IIIB
- 2) IVB
- 3) I
- 4) IIB

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) 10
- 2) 40
- 3) 90
- 4) 70

ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ 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) цистоскопию
- 2) экскреторную урографию
- 3) копрологическое исследование
- 4) колоноскопию с биопсией

В ПОЛЯ ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОМИМО САМОЙ ОПУХОЛИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) паховые области
- 2) ягодичные области
- 3) парааортальную область
- 4) подмышечную область

ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1) аденомами
- 2) ювенильными полипами
- 3) псевдополипами
- 4) гамартомными полипами

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАН С

- 1) цитомегаловирусом
- 2) вирусом папилломы человека
- 3) вирусом герпеса
- 4) ротавирусом

ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ЛИНЧА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ

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

НАСЛЕДСТВЕННАЯ МУТАЦИЯ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТ БОЛЬНОЙ МАТЕРИ ПЕРЕДАЕТСЯ СЫНУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

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

ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) между крестцом и прямой кишкой
- 2) кзади от прямой кишки
- 3) кпереди от прямой кишки
- 4) по ходу нижнебрыжеечных сосудов

КОЛОНОСКОПИЮ ПРИ МҮН-АССОЦИИРОВАННОМ ПОЛИПОЗЕ ПРОВОДЯТ С ____ ЛЕТ

- 1) 40
- 2) 10-15
- 3) 20-25
- 4) 30-35

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) T4aN1bM0
- 2) T4bN2bM0
- 3) T4bN2aM0
- 4) T4aN2bM0

ДЛЯ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНОЕ ЧИСЛО ПОЛИПОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ

- 1) 100
- 2) 20
- 3) 50
- 4) 200

ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ ПАЦИЕНТУ С ДИССЕМНИРОВАННЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЕПАРАТА ЦЕТУКСИМАБ РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ/ОТСУТСТВИЕ МУТАЦИИ В

- 1) гене МҮН
- 2) гене APC
- 3) генах RAS
- 4) гене MLH1

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ТОКСИЧНОСТИ ДЛЯ МИТОМИЦИНА С ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нефротоксичность
- 2) гематологическая
- 3) ладонно-подошвенный синдром
- 4) гепатотоксичность

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) общего состояния больного
- 2) наличия метастазов
- 3) наличия осложнений
- 4) гистологического строения

КО II КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- 2) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- 3) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- 4) больные с предопухолевыми заболеваниями

ПРИ ЗАДНЕЙ ИНФРАЛЕВАТОРНОЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) низкая передняя резекция
- 2) брюшно-промежностная экстирпация
- 3) операция Гартмана
- 4) брюшно-анальная резекция

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T4B ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В

- 1) мышечный слой
- 2) висцеральную брюшину
- 3) соседние органы
- 4) паракишечную клетчатку

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) брюшно-анальная резекция
- 2) передняя резекция
- 3) брюшно-промежностная экстирпация
- 4) низкая передняя резекция

РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ДИЕТЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ

- 1) жиров
- 2) белков
- 3) грубой растительной клетчаткой
- 4) очищенных углеводов

ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НАЗНАЧЕНИИ ПАЦИЕНТУ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕПАРАТА ЦЕТУКСИМАБ РЕШАЮЩИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ/ОТСУТСТВИЕ МУТАЦИИ В

- 1) гене APC
- 2) генах RAS
- 3) гене MYH

4) гене MLH1

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

НОВООБРАЗОВАНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ДИСТАЛЬНЕЕ КРАЯ АНУСА ДО МЕСТА ПЕРЕХОДА В ВОЛОСИСТУЮ ЧАСТЬ КОЖИ ЯГОДИЦ, КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК ОПУХОЛИ

- 1) клоакогенной зоны
- 2) анального края
- 3) перианальной кожи
- 4) анального канала

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

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В САЛЬНИК СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) местнораспространенном характере первичной опухоли
- 2) диссеминированной форме колоректального рака
- 3) наследственном характере заболевания
- 4) наличии нескольких синхронных опухолей толстой кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) примесь крови в стуле
- 2) боль в области заднего прохода
- 3) кишечная непроходимость
- 4) снижение веса

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) III стадия заболевания
- 2) интраоперационная перфорация опухоли
- 3) высокая дифференцировка опухоли
- 4) венозная инвазия

МУН-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПОЛИПОЗ КЛИНИЧЕСКИ НАПОМИНАЕТ

- 1) ослабленную форму САТК
- 2) классическую форму САТК
- 3) синдром Линча
- 4) синдром Пейтца-Егерса

ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1) Th11-L2
- 2) S2-S4
- 3) L1-L3
- 4) L3-L5

ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ (R0) РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НЕГАТИВНОЙ СЧИТАЮТ ГРАНИЦУ, СОСТАВЛЯЮЩУЮ (В ММ)

- 1) ≥ 10
- 2) ≥ 15
- 3) ≥ 5
- 4) ≥ 1

ЦИРКУЛЯРНАЯ ГРАНИЦА РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ R1, ЕСЛИ ОНА СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

- 1) < 7
- 2) < 3
- 3) < 1
- 4) < 5

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

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

ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, КАК ПРАВИЛО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) гликопептиды
- 2) аминогликозиды
- 3) фторхинолоны

4) цефалоспорины

ПРИ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) капецитабин
- 2) оксалиплатин
- 3) 5-фторурацил
- 4) иринотекан

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИ-EGFR МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствию мутаций в генах KRAS, NRAS
- 2) наличие мутаций в генах KRAS, NRAS
- 3) наличие мутации в гене APC
- 4) высокая микросателлитная нестабильность

ЖАЛОБЫ НА ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА ИЛИ ЛОЖНЫЕ ПОЗЫВЫ НА ДЕФЕКАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ РАКЕ

- 1) слепой кишки
- 2) нисходящей ободочной кишки
- 3) прямой кишки
- 4) поперечной ободочной кишки

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T1N1M1A ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ

- 1) IIA
- 2) IIIA
- 3) I
- 4) IVA

ФАСЦИЯ ВАЛЬДЕЙЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) между влагалищем и уретрой
- 2) впереди от прямой кишки
- 3) сзади от прямой кишки
- 4) по ходу нижнебрюшечных сосудов

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

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

ИСТИННЫЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ИМЕЮТ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИЗ

- 1) эпителия анальных желез
- 2) анодермы
- 3) эпителия анальной переходной зоны
- 4) слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки

ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ИНДЕКС N2B СООТВЕТСТВУЕТ ПОРАЖЕНИЮ

- 1) 1 лимфатического узла
- 2) 7 лимфатических узлов и более
- 3) 2-3 лимфатических узлов
- 4) 4-6 лимфатических узлов

МУТАЦИЯ В APC ОТ БОЛЬНОГО РОДИТЕЛЯ ПЕРЕДАЕТСЯ РЕБЕНКУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 50 мальчику, 25 девочке
- 2) 50 девочке, 25 мальчику
- 3) 25
- 4) 50

В КЛАССИФИКАЦИИ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПО КИКУСНИ КРИТЕРИЙ SM2 ОБОЗНАЧАЕТ ПРОРАСТАНИЕ В СРЕДНЮЮ ТРЕТЬ

- 1) мышечной оболочки
- 2) подслизистого слоя
- 3) серозы
- 4) паракишечной клетчатки

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ОБЪЕМЕ

- 1) колпроктэктомии
- 2) субтотальной резекции толстой кишки с илеоректальным анастомозом
- 3) колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 4) колэктомии с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тазового тонкокишечного резервуара

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) коротковолновая диатермия
- 2) внутрианальная электростимуляция
- 3) тиббиальная нейромодуляция
- 4) экстракорпоральная и сакральная магнитная стимуляция

ПРИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНО

- 1) измерить протяженность инвагината
- 2) оценить кишечную проходимость
- 3) определить локализацию изменений
- 4) выявить опухоль в инвагинате

ФАСЦИЯ ВАЛЬДЕЙЕРА НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1) прямокишечно-пузырной
- 2) пресакральной
- 3) мезоректальной
- 4) прямокишечно-крестцовой

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ РЕЖИМОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цисплатин и 5-фторурацил + лучевая терапия СОД 54 Гр
- 2) лучевая терапия СОД 74 Гр
- 3) 5-фторурацил + лучевая терапия СОД 54 Гр
- 4) митомицин С и 5-фторурацил + лучевая терапия СОД 54 Гр

КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМНАЯ (СТЕПЕНЬ В) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отсутствием выраженной клинической симптоматики
- 2) наличием перитонита
- 3) наличием показаний для консервативной терапии
- 4) необходимостью в релапаротомии

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

НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ХИМИОПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иринотекан
- 2) циклофосфан
- 3) 5-Фторурацил
- 4) митомицин С

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1) гемцитабин и оксалиплатин

- 2) паклитаксела и карбоплатина
- 3) цисплатина и иринотекана
- 4) оксалиплатина и 5-фторурацила

**КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ
ОБУСЛОВЛЕНА МУТАЦИЯМИ В ГЕНЕ**

- 1) APC
- 2) BRAF
- 3) CFTR
- 4) EGFR

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ
КИШКИ СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ 1 ЧЕЛОВЕК НА**

- 1) 25000-30000
- 2) 45000-50000
- 3) 1000-5000
- 4) 5000-10000

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОЛИПА ПРЯМОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 1 СМ НЕОБХОДИМО

- 1) направить больного на ирригоскопию
- 2) удалить полип через ректоскоп
- 3) произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип
- 4) направить больного к врачу-онкологу

**ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО
АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) молодой возраст пациента
- 2) отсутствие натяжения низводимой кишки
- 3) отсутствие отдаленных метастазов
- 4) выполнение тотальной мезоректумэктомии

**НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ В НЕСКОЛЬКИХ ОРГАНАХ ИЛИ
АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЯХ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8
РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ**

- 1) Mx
- 2) M1a
- 3) M1b
- 4) M1c

**РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ МУТН-АССОЦИИРОВАННОМ
ПОЛИПОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 20
- 2) 40
- 3) 10
- 4) 80

ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ

- 1) двуствольной илеостомы
- 2) двуствольной колостомы
- 3) одноствольной колостомы
- 4) одноствольной илеостомы

ПРИ КАНЦЕРОМАТОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, НЕОБХОДИМО КРОМЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРОВОДИТЬ

- 1) лучевую терапию
- 2) внутрибрюшную химиотерапию, системную химиотерапию
- 3) химио-лучевую терапию
- 4) только внутрибрюшную химиотерапию

НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ХИМИО-ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) РОД 1,5 Гр до СОД 90 Гр
- 2) РОД 5 Гр до СОД 25 Гр (схема 5×5)
- 3) РОД 2 Гр до СОД за весь курс 54-60 Гр
- 4) РОД 2 Гр до СОД 78-80 Гр

ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА КРИТЕРИЮ T4 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) опухоль, прорастающая в наружный сфинктер
- 2) опухоль анального канала, прорастающая во влагалище
- 3) циркулярная опухоль анального канала
- 4) опухоль анального канала более 5 см в наибольшем измерении

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) апикальных
- 2) параколических
- 3) эпикалических
- 4) мезоколических

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1) 20-29
- 2) 50-69
- 3) 40-49
- 4) 30-39

ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ: ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПО ХАРАКТЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) радикальной
- 2) паллиативной

- 3) симптоматической
- 4) эксплоративной

НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩЕГОСЯ НА УРОВНЕ СЛИЗИСТОГО И ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мукозэктомия
- 2) резекция прямой кишки
- 3) трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли
- 4) химиолучевая терапия

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ T2 ОБОЗНАЧАЕТ

- 1) интраэпителиальную неоплазию
- 2) вовлечение мышечного слоя
- 3) прорастание в паракишечную клетчатку
- 4) инвазию в подслизистый слой

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ РЕЛАПАРОТОМИЙ

- 1) снижается
- 2) остается на прежнем уровне
- 3) полностью исключается
- 4) увеличивается

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ВОЗНИКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, НА (В СУТКАХ)

- 1) 10-12
- 2) 15-20
- 3) 2
- 4) 5-8

К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) липома
- 2) аденокарцинома
- 3) аденома
- 4) ворсинчатая опухоль

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗОНАМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

- 1) кости позвоночника
- 2) печень
- 3) легкие
- 4) паховые лимфоузлы

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

КРИТЕРИЙ M1C ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ

- 1) в одном органе
- 2) в двух и более органах
- 3) на брюшине
- 4) в околокишечной клетчатке

ТОТАЛЬНАЯ ЭВИСЦЕРАЦИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ ВСЕХ ОРГАНОВ

- 1) левого латерального канала
- 2) малого таза
- 3) пищеварительной системы
- 4) мезогастральной области

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ-колонография
- 2) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 3) ирригография
- 4) тотальная колоноскопия с биопсией

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИ ОПРАВДАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ В СВЯЗИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

- 1) формирования стомы
- 2) поражения регионарных лимфоузлов
- 3) возникновения отдаленных метастазов
- 4) развития послеоперационных осложнений

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T1N2VM1C ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ

- 1) IIIB
- 2) IVC
- 3) I
- 4) IIB

РАК ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СРЕДИ

- 1) гетеросексуальных мужчин >60 лет
- 2) гомосексуальных мужчин <40 лет
- 3) гомосексуальных женщин <40 лет
- 4) гетеросексуальных женщин >50 лет

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

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

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) толстокишечной непроходимостью
- 2) множественными отдалёнными метастазами рака
- 3) солитарным отдалённым метастазом рака
- 4) возрастом больного

К НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ МЕЗОДЕРМАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) липосаркома
- 2) тератома
- 3) хордома
- 4) шваннома

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

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

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

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ К ВРАЧУ-КОЛОПРОКТОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1) рентгенологического исследования толстого кишечника
- 2) ректально пальцевого исследования
- 3) ректороманоскопии
- 4) колонофиброскопии

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В

- 1) печени
- 2) головном мозге
- 3) костях скелета
- 4) легких

ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ И НАЛИЧИИ РАКА НЕ ВЫШЕ 6 СМ ОТ КРАЯ АНУСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тазового тонкокишечного резервуара
- 2) колпроктоэктомию с илеостомией по Бруку
- 3) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 4) субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом

НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩЕГО В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндоскопическая подслизистая диссекция
- 2) трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли
- 3) резекция прямой кишки
- 4) химиолучевая терапия

ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) указание в анамнезе на наличие рака анального канала
- 2) морфологически верифицированный продолженный рост опухоли
- 3) наличие острого постлучевого проктита
- 4) подозрение на наличие ректо-вагинального свища

ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) левосторонней гемиколэктомии
- 2) илеотрансверзоанастомоза
- 3) операции Гартмана
- 4) трансверзостомии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СТЕНТИРОВАНИЮ ОПУХОЛЕВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) локализация опухоли в правых отделах ободочной кишки
- 2) наличие кишечного содержимого дистальнее опухоли
- 3) наличие перипухолевого воспаления
- 4) субкомпенсированная опухолевая кишечная непроходимость

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА TNM КРИТЕРИЙ N ОБОЗНАЧАЕТ

- 1) глубину прорастания опухоли
- 2) наличие пораженных лимфоузлов
- 3) наличие канцероматоза
- 4) наличие отдаленных метастазов

ОСНОВНЫМ ФИКСИРУЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРАВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ СВЯЗКА

- 1) желудочно-ободочная
- 2) печеночно-дуоденальная
- 3) пузырно-толстокишечная
- 4) Трейтца

НЕДОСТАТКОМ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ОПТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВОЗМОЖНОСТЬ

- 1) выявить опухолевую инвазию за пределы стенки кишки
- 2) оценить сосудистый рисунок опухоли
- 3) определить точные размеры образования
- 4) локализовать опухоль по окружности кишечной стенки

ЛОКАЛИЗАЦИЯ МУТАЦИИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ РЕГИОНЕ ГЕНА APC ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- 1) ослабленной формы САТК
- 2) классической формы САТК
- 3) рака органов ЦНС
- 4) рака мочевого пузыря

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАСТАЗА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ЯИЧНИК В КАЧЕСТВЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАХОДКИ НЕОБХОДИМО

- 1) ограничиться удалением первичной опухоли
- 2) наложить проксимальную стому
- 3) удалить первичную опухоль и произвести резекцию яичника
- 4) удалить первичную опухоль и выполнить двустороннюю овариоэктомию

ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ СИМПТОМНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА

- 1) имеются множественные метастазы рака в печени
- 2) опухоль имеет большие размеры
- 3) есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- 4) имеются признаки паратуморального абсцесса

ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хроническая анальная трещина
- 2) фиброзный полип анального канала
- 3) пресакральная киста

4) опухоль Бушке – Левенштейна

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

ПРИ РАКЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, НЕ ВЫХОДЯЩИМ ЗА ПРЕДЕЛЫ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ, ПОКАЗАНА

- 1) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- 2) операция Гартмана
- 3) дистальная резекция сигмовидной кишки
- 4) сигмоидэктомия

ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА КРИТЕРИЮ T1 СООТВЕТСТВУЕТ ОПУХОЛЬ

- 1) прорастающая в наружный сфинктер анального канала
- 2) 2 см или меньше
- 3) более 5 см в наибольшем измерении
- 4) прорастающая во внутренний сфинктер анального канала

ДЕСМОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ РАЗВИВАЮТСЯ У _____% ПАЦИЕНТОВ

- 1) 30
- 2) 15
- 3) 70
- 4) 50

К IA КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- 2) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- 3) больные с предопухолевыми заболеваниями
- 4) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

МЕТАСТАЗЫ В ПАХОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ РАКЕ

- 1) перианальной кожи
- 2) прямой кишки
- 3) анального канала
- 4) шейки матки

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ (СТЕПЕНЬ А) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА

- 1) полностью предотвращает возникновение несостоятельности
- 2) увеличивает частоту несостоятельности
- 3) снижает частоту несостоятельности
- 4) не влияет

ОДНИМ ИЗ РАННИХ СИМПТОМОВ ПЕРВИЧНЫХ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интоксикация
- 2) иррадиация боли в поясничную область
- 3) отеки нижних конечностей
- 4) боль в нижних отделах живота

ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) гамма нож
- 2) контактную лучевую терапию
- 3) сочетанную лучевую терапию
- 4) дистанционную лучевую терапию

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

ПАРНОЙ АРТЕРИЕЙ, КРОВΟΣНАБЖАЮЩЕЙ ПРЯМУЮ КИШКУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) верхняя прямокишечная
- 2) средняя прямокишечная
- 3) верхняя брыжеечная
- 4) нижняя брыжеечная

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЛАНОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- 1) гипертрофированным анальным сосочком
- 2) анальной трещиной со сторожевым бугорком
- 3) неполным внутренним свищом
- 4) внутренним геморроем

К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБАМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) диету
- 2) клизмы с соком чистотела
- 3) электроэксцизию полипов
- 4) клизмы с ромашкой

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

РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАШЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль в животе
- 2) примесь крови и слизи в кале
- 3) наличие тошноты, рвоты
- 4) общая слабость

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

ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ювенильный полип
- 2) гиперпластический полип
- 3) аденоматозный полип
- 4) семейный аденоматоз

ДИФFUЗНЫЙ 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

КРАЕВОЙ СОСУД ЛЕВОГО ИЗГИБА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОБРАЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ ЛЕВОЙ ВЕТВИ СРЕДНЕЙ ОБОДОЧНОЙ АРТЕРИИ И

- 1) подвздошно-ободочной артерии
- 2) первой ветви сигмовидной артерии
- 3) правой ветви средней ободочной артерии
- 4) восходящей ветви левой ободочной артерии

ВВЕДЕНИЕ РЕКТОСКОПА В ПРЯМУЮ КИШКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

РЕКТОМАНОСКОПИИ ПРОИЗВОДЯТ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К

- 1) копчику
- 2) пупку
- 3) левому плечу пациента
- 4) правому плечу пациента

ВЕРХНЯЯ ПРЯМОКИШЕЧНАЯ АРТЕРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖЕНИЕМ _____ АРТЕРИИ

- 1) средней крестцовой
- 2) последней сигмовидной
- 3) нижней брыжеечной
- 4) верхней брыжеечной

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

КРИТЕРИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОЦЕНИВАЕМЫМ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И НЕ ВЛИЯЮЩИМ НА МЕСТНОЕ СТАДИРОВАНИЕ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM, ЯВЛЯЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕ

- 1) регионарных лимфатических узлов
- 2) тазовой брюшины
- 3) мезоректальной клетчатки
- 4) экстрамуральных сосудов

ОДНИМ ИЗ ПУТЕЙ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) каскад Р.Ccrgea
- 2) развитие карциномы из аденомы
- 3) цикл Кори
- 4) каскад ЦОГ-2

ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ДЛЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАЛИЧИЕ 3 МЕТАСТАЗОВ В ОКОЛОПРЯМОКИШЕЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КРИТЕРИЮ

- 1) N2
- 2) N1
- 3) M1
- 4) N3

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА СРЕДИ ЕВРОПЕЙЦЕВ 1 ЧЕЛОВЕК НА

- 1) 5000-10000
- 2) 100-200
- 3) 50000-200000

4) 500-1000

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

СУТЬ ОПЕРАЦИИ ЛАХЕЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СОСТОИТ В

- 1) проксимальной илеостомии без резекции кишки
- 2) правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой
- 3) правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой
- 4) наложении двустольной трансверзостомы

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

ПРИ ИНДЕКСЕ ПОЛНОТЫ ЦИТОРЕДУКЦИИ СС-1 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

- 1) имеются неудаленные опухолевые очаги более 2,5 см в диаметре
- 2) очаги перитонеального канцероматоза визуально не определяются
- 3) определяются неудаленные опухолевые очаги менее 2,5 мм в диаметре
- 4) размеры неудаленных очагов варьируют от 2,5 мм до 2,5 см

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

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

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЕДПОЧТЕНИЕ ДОЛЖНО ОТДАВАТЬСЯ

- 1) радикальному курсу лучевой терапии СОД не менее 60-70 Гр
- 2) радикальному курсу лучевой терапии СОД 46-58 Гр, в зависимости от Т
- 3) предоперационному курсу СОД 46 Гр
- 4) крупнофракционному облучению по схеме 5×5 Гр

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

ПРОМЕЖНОСТНЫЙ ЭТАП СТАНДАРТНОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ КАК ПРАВИЛО ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) перочинного ножа
- 2) на правом боку
- 3) на спине
- 4) на левом боку

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль в животе
- 2) анемия
- 3) нарушение кишечной проходимости
- 4) повышение температуры тела

СОЧЕТАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВИДЕ УДАЛЕНИЯ КИШКИ С ОПУХОЛЬЮ И

- 1) соседнего органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- 2) другого органа по поводу неопухолевого заболевания
- 3) резекции печени по поводу метастазов
- 4) аортоподвздошнотазовой лимфаденэктомией

ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СИСТЕМЕ TNM ИНДЕКС N1A СООТВЕТСТВУЕТ ПОРАЖЕНИЮ

- 1) 2-3 лимфатических узлов
- 2) 1 лимфатического узла

- 3) 7 лимфатических узлов и более
- 4) 4-6 лимфатических узлов

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ДИСSEМИНИРОВАННОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1) иринотекана и 5-фторурацила
- 2) цисплатина и иринотекана
- 3) оксалиплатина и 5-фторурацила
- 4) гемцитабина и оксалиплатина

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

ЦИРКУЛЯРНЫЙ РАЗРЕЗ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ НА 1 СМ ДИСТАЛЬНЕЕ ОПУХОЛИ С ЦЕЛЬЮ

- 1) более удобного доступа для выделения кишки
- 2) достижения адекватной дистальной границы резекции
- 3) сохранения мышцы, поднимающей задний проход
- 4) сохранения функции держания анального сфинктера

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1) перстневидноклеточного рака
- 2) меланомы
- 3) аденокарциномы
- 4) базалиомы

НАИМЕНЬШУЮ СКЛОННОСТЬ К МАЛИГНИЗАЦИИ ИМЕЮТ _____ ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) гиперпластические
- 2) ворсинчатые
- 3) аденоматозные
- 4) тубулярные

КРИТЕРИЙ M1B ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1) солитарного отдаленного метастаза в одном органе или анатомической области
- 2) перитонеальных метастазов
- 3) нескольких отдаленных метастазов в одном органе или анатомической области
- 4) отдаленных метастазов в нескольких органах или анатомических областях

ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8-Я РЕДАКЦИЯ) НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗА В ПАХОВЫЙ

ЛИМФОУЗЕЛ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ КРИТЕРИЮ

- 1) N1b
- 2) N1a
- 3) M1
- 4) N1c

ПРИ РАКЕ ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО ЛИГИРОВАТЬ

- 1) правые ободочные сосуды и аппендикулярные сосуды
- 2) подвздошно-ободочные, средние ободочные с правой и левой ветвями средней ободочной артерии
- 3) правые и средние ободочные сосуды
- 4) подвздошно-ободочную, правую ободочную и правую ветвь средней ободочной артерии

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ОТНОСЯТ

- 1) незначительные изменения водно-электролитного баланса
- 2) компенсированный сахарный диабет
- 3) анемии тяжелой степени тяжести
- 4) язвенную болезнь желудка в стадии ремиссии

ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пятый крестцовый позвонок
- 2) первый крестцовый позвонок
- 3) третий крестцовый позвонок
- 4) копчик

НАЛИЧИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM (8 РЕДАКЦИЯ) СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ

- 1) M1b
- 2) Mx
- 3) M1a
- 4) M1c

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение кишечной проходимости
- 2) диарея
- 3) анальная инконтиненция
- 4) перианальный дерматит

ФАСЦИЯ ВАЛЬДЕЙЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ МЕЖДУ

- 1) прямой кишкой и влагалищем
- 2) семенными пузырьками и простатой
- 3) маткой и влагалищем
- 4) прямой кишкой и крестцом

ПОВЫШЕНИЕ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НЕЙРОБЛАСТОМЕ В__ % СЛУЧАЕВ

- 1) 100
- 2) 0
- 3) 70
- 4) 30

ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОМО, 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

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

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНЫХ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ДО ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) сцинтиграфию костей скелета
- 2) МРТ головного мозга
- 3) СКТ грудной клетки и брюшной полости
- 4) колоноскопию

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПЕРИРУЮЩИЙ ХИРУРГ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) слева от пациента
- 2) в любой свободной зоне
- 3) между ног пациента
- 4) справа от пациента

ДЛЯ УХОДА ЗА ИЛЕОСТОМОЙ В ПЕРВЫЕ ДВОЕ СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ____ КАЛОПРИЁМНИК

- 1) однокомпонентный недренируемый
- 2) однокомпонентный дренируемый непрозрачный
- 3) однокомпонентный дренируемый прозрачный
- 4) двухкомпонентный недренируемый

СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ОТСУТСТВИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНАМНЕЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ, НАЧИНАЯ С (В ГОДАХ)

- 1) 55

- 2) 40
- 3) 50
- 4) 45

ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОИСХОДИТ ПО ХОДУ

- 1) основного ствола средней ободочной артерии
- 2) правой ободочной артерии
- 3) подвздошно-ободочной артерии
- 4) правой ветви средней ободочной артерии

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) за 24 часа перед операцией
- 2) сразу перед кожным разрезом
- 3) сразу после операции
- 4) за 12 часов перед операцией

КРОВЬ ОТ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТТЕКАЕТ В _____ ВЕНУ

- 1) нижнюю полую
- 2) портальную
- 3) печеночную
- 4) верхнюю брыжеечную

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА МЕТАСТАЗИРУЮТ В

- 1) яичники
- 2) печень
- 3) головной мозг
- 4) лимфатические узлы

РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ СИНДРОМЕ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 35-40
- 2) 15-20
- 3) 60-70
- 4) 70-80

СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦИФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНАЯ ПЕРЕГОРОДКА СООТВЕТСТВУЕТ ____ ЧАСАМ

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

К НЕОРГАНЫМ ОПУХОЛЯМ ТАЗА ЭМБРИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) шванномы

- 2) миксомы
- 3) рабдомиомы
- 4) хордомы

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

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАНА С ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- 1) болезнь Боуэна перианальной кожи
- 2) болезнь Педжета перианальной кожи
- 3) меланома анального канала
- 4) опухоль Бушке – Левенштейна

НАЛИЧИЕ ГЕРМИНАЛЬНОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ STK11 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) синдрома Пейтца-Егерса
- 2) семейного аденоматоза толстой кишки
- 3) синдрома Линча
- 4) MUTYH-ассоциированного полипоза

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

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

ФАСЦИЯ ДЕНОНВИЛЬЕ ПОКРЫВАЕТ

- 1) кости крестца
- 2) матку
- 3) семенные пузырьки
- 4) мочевого пузыря

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

НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ СЧИТАЮТСЯ

- 1) радикальное оперативное вмешательство
- 2) лучевая терапия
- 3) местное иссечение опухоли
- 4) химиотерапия

ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ СТАДИРОВАНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) гистологического исследования удаленного препарата
- 2) колоноскопии
- 3) МРТ малого таза
- 4) пальцевого исследования

БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРОВАНА С НАЛИЧИЕМ ОПУХОЛЕЙ

- 1) желудочно-кишечного тракта
- 2) мочеполовой системы
- 3) головного мозга
- 4) дыхательной системы

К ТЕХНИЧЕСКИМ СЛОЖНОСТЯМ ПРИ УДАЛЕНИИ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ПРИВОДИТ

- 1) гистологическое строение опухоли
- 2) особенность анатомического расположения опухоли
- 3) размер опухоли
- 4) дифференцировка опухоли

НИЖНЯЯ БРЫЖЕЕЧНАЯ ВЕНА В КОРНЕ БРЫЖЕЙКИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОДНОИМЕННОЙ АРТЕРИИ РАСПОЛОЖЕНА

- 1) слева
- 2) справа
- 3) спереди
- 4) позади

НА НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЛИЯЕТ

- 1) экзофитный характер роста опухоли
- 2) эндофитный характер роста опухоли
- 3) дифференцировка опухоли
- 4) местная распространенность опухоли

К ПОЗДНИМ СИМПТОМАМ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА ОТНОСЯТ

- 1) нарушение мочеиспускания
- 2) боль в нижних отделах живота
- 3) лимфостаз в нижних конечностях
- 4) нарушение дефекации

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

НАЧАЛО ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРВИЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ

- 1) через 24 часа после операции
- 2) через 6-8 часов после операции
- 3) по желанию пациента
- 4) через 48 часов после операции

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

ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙЦА-ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) гамартромных полипов
- 2) тубулярных аденом
- 3) гиперпластических полипов
- 4) зубчатых аденом

НЕОБХОДИМЫМ ОБЪЕМОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ РТ2N2В СМ0

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

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мутация в гене KRAS
- 2) поражение регионарных лимфоузлов
- 3) отсутствие опухолевых депозитов
- 4) высокодифференцированная аденокарцинома

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

МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПОЗЖЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА КИШКЕ, НАЗЫВАЮТ

- 1) дремлющими
- 2) скрытыми
- 3) синхронными
- 4) метакронными

ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРФОРАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ЦИРКУЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) переднюю резекцию прямой кишки
- 2) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 3) формирование разгрузочной колостомы
- 4) операцию Гартмана

СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1) L3-L5
- 2) S2-S4
- 3) L1-L3
- 4) Th11-L2

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вирусное поражение
- 2) хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- 3) супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки
- 4) нарушение развития в эмбриогенезе

РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СВЯЗАНО С НАЛИЧИЕМ ИЗВЕСТНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ У _____% БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

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

ЧАСТОТА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО СРАВНЕНИЮ С НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) выше
- 2) ниже
- 3) зависит от наличия превентивной стомы
- 4) одинакова

К III КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

- 1) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- 2) больные с предопухолевыми заболеваниями
- 3) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- 4) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования

ПРИ РАКЕ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ЕДИНИЧНЫМ КАРЦИНОМАТОЗНЫМ УЗЛОМ НА ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ, ОПТИМАЛЬНЫМ ВЫБОРОМ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эксплоративная лапаротомия
- 2) колэктомия
- 3) левосторонняя гемиколэктомия с перитонэктомией
- 4) формирование двуствольной трансверзостомы

ПРИ ПЕРВОЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ ПРОРАСТАЕТ НЕ ГЛУБЖЕ

- 1) не глубже мышечного слоя, при этом возможно поражение 1 лимфоузла
- 2) подслизистого слоя без пораженных лимфоузлов
- 3) мышечного слоя без пораженных лимфоузлов
- 4) подслизистого слоя, при этом возможно поражение 1 лимфоузла

ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПРИ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) грушевидную мышцу
- 2) сетчатый имплант
- 3) поясничную мышцу
- 4) мочевого пузыря

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСТАТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ОСЛОЖНЕННОМ СТРИКТУРОЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И

ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трансректальное УЗИ
- 2) МРТ малого таза
- 3) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ
- 4) КТ малого таза

ПРЕВЕНТИВНАЯ СТОМА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ «НИЗКИХ» КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

- 1) противопоказана
- 2) формируется только у женщин
- 3) формируется только у мужчин
- 4) рекомендована

МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИИ ЭКСТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ органов малого таза
- 2) ПЭТ-КТ с 18F-ФДГ
- 3) УЗИ органов малого таза
- 4) МРТ органов малого таза

ВЫСОТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ КРАЯ АНУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) трансректального УЗИ
- 2) ригидной ректоскопии
- 3) пальцевого исследования
- 4) колоноскопии

К АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЯМ, НЕ ОТНОСЯЩИМСЯ К АНАЛЬНОМУ КАНАЛУ, ОТНОСЯТ

- 1) морганиевы крипты
- 2) зубчатую линию
- 3) межсфинктерную борозду
- 4) складку Кольрауша

ОСНОВНОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недифференцированный
- 2) аденокарцинома
- 3) плоскоклеточный
- 4) перстневидноклеточный (слизистый)

ГЕН APC ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УЧАСТОК МОЛЕКУЛЫ ДНК, ВКЛЮЧАЮЩИЙ В СЕБЯ ОКОЛО 100000 ПАР НУКЛЕОТИДОВ И РАСПОЛАГАЮЩИЙСЯ НА _____ ХРОМОСОМЕ

- 1) 1
- 2) 5
- 3) 11
- 4) 13

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ И ДИМОРФНЫЙ (СМЕШАННЫЙ ЖЕЛЕЗИСТЫЙ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ) РАК ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) сигмовидной кишке
- 2) восходящем отделе ободочной кишки
- 3) прямой кишке
- 4) нисходящем отделе ободочной кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ УРОЛОГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атония мочевого пузыря
- 2) цистит
- 3) повреждение мочеточника
- 4) повреждение уретры

ОСНОВНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ СТЕБЛОМ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ АРТЕРИЯ

- 1) средняя ободочная
- 2) левая ободочная
- 3) правая ободочная
- 4) нижняя брыжеечная

ПОЗВОЛЯЕТ ТОЧНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЮ И ПРОТЯЖЕННОСТЬ КРУПНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) колоноскопия
- 2) МРТ
- 3) ирригоскопия
- 4) обзорная рентгенография органов брюшной полости

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) капецитабин
- 2) цисплатин
- 3) бевацизумаб
- 4) цетуксимаб

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ - ВОЗНИКНОВЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМНОЙ (СТЕПЕНЬ С) НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА

- 1) снижается
- 2) остается на прежнем уровне
- 3) полностью исключается
- 4) увеличивается

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

РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ РЕДКО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1) базалоидного рака
- 2) мелкоклеточного рака
- 3) плоскоклеточного рака
- 4) аденокарциномы

СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦИФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ ЛЕВАЯ ЯГОДИЧНАЯ ОБЛАСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЧАСАМ

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

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ЧАСТЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1) наложению проксимальной стомы
- 2) эксплоративной лапаротомии
- 3) формированию обходного анастомоза
- 4) паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью

ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- 1) злокачественных опухолей
- 2) опухолеподобных образований
- 3) вторичных опухолей
- 4) неэпителиальных опухолей

НАЛИЧИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К

- 1) удалению первичной опухоли
- 2) проведению системной химиотерапии
- 3) резекции печени
- 4) проведению симптоматического лечения

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение температуры тела
- 2) кишечная непроходимость

- 3) боль в крестце
- 4) выделение крови при дефекации

НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИЗНАКАМИ МАЛИГНИЗАЦИИ ДО УРОВНЯ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндоскопическая подслизистая резекция
- 2) эндоскопическая полипэктомия
- 3) трансанальное полностенное эндоскопическое удаление
- 4) тотальная мезоректумэктомия

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ ПО ТОРНБОЛЛУ ПРИВОДЯЩЕЕ КОЛЕНО КИШКИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОТВОДЯЩЕГО РАСПОЛАГАЮТ

- 1) снизу
- 2) сверху
- 3) медиально
- 4) латерально

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

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТИПИЧНЫХ ОТДАЛЁННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ДО ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) колоноскопию
- 2) ирригоскопию
- 3) пальцевое исследование прямой кишки
- 4) компьютерную томографию с внутривенным контрастированием

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

В СЛУЧАЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕДОПУСТИМО

- 1) наложение цекостомы
- 2) выполнение субтотальной колэктомии
- 3) формирование проксимальной трансверзостомы

4) выполнение операции по типу Гартмана

ПОД БОЛЕЗНЬЮ ПЭДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ПОНИМАЮТ

- 1) синингоаденому
- 2) интраэпителиальный плоскоклеточный рак
- 3) мелкоклеточный рак
- 4) интраэпителиальную аденокарциному

РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТЬ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ ТАЗА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ТОЧНО ТОЛЬКО ПРИ

- 1) УЗ-исследовании
- 2) лапаротомии
- 3) МРТ
- 4) КТ

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ ОБЪЯСНЯТЬСЯ

- 1) возрастом больного
- 2) наличием множественных отдалённых метастазов рака
- 3) наличием солитарного отдалённого метастаза рака
- 4) толстокишечной непроходимостью

ДЛЯ ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ В

- 1) поперечной ободочной кишке
- 2) ректосигмоидном отделе
- 3) сигмовидной кишке
- 4) слепой и восходящей кишках

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

ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИЗ

- 1) шейного отдела спинного мозга
- 2) крестцового отдела спинного мозга
- 3) подслизистых сплетений
- 4) копчика

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

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) лечению клизмами с соком травы чистотел
- 2) сегментарной резекции толстой кишки
- 3) удалении всей толстой кишки
- 4) эндоскопической полипэктомии

ПРИ ПЕРФОРАЦИИ НЕУДАЛИМОЙ ОПУХОЛИ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПОКАЗАНО

- 1) ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
- 2) подведение тампонов к перфорации, наложение одностовольного ануса
- 3) ушивание перфорации, наложение двустовольного ануса
- 4) ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости

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

В СЛУЧАЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) КТ-колонографии
- 2) повторного анализа на скрытую кровь
- 3) колоноскопии
- 4) ирригоскопии

ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПРИ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ МЫШЦУ

- 1) большую ягодичную
- 2) грушевидную
- 3) поясничную
- 4) лобково-копчиковую

К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) циркулярный характер опухоли
- 2) перифокальное воспаление
- 3) размеры опухоли более 3 см
- 4) наличие пораженных тазовых лимфоузлов

ПРОВЕДЕНИЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ УДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПАРААОРТАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ УЗЛЫ

- 1) показано, если удалена только часть лимфоузлов
- 2) не показано
- 3) показано
- 4) не показано, если замещение лимфоузлов неполное

СЛИЗИСТАЯ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТОИТ ИЗ

- 1) эпидермиса
- 2) мезотелия
- 3) цилиндрического эпителия
- 4) плоского эпителия

К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) размеры опухоли более 3 см
- 2) положительную циркулярную границу резекции
- 3) перифокальное воспаление
- 4) циркулярный характер опухоли

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАКАНУНЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА

- 1) необходима только при наличии признаков кишечной непроходимости
- 2) строго необходима
- 3) не нужна в любом случае
- 4) оставляется на усмотрение пациента

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ

- 1) папилломы
- 2) фибромиомы
- 3) базалиомы
- 4) аденокарциномы

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

СОГЛАСНО ПРАВИЛУ «ЦИФЕРБЛАТА ЧАСОВ» В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ АНАКОПЧИКОВАЯ ОБЛАСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ ____ ЧАСАМ

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

ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1) левосторонняя гемиколэктомия
- 2) операция Гартмана
- 3) цекостомия
- 4) резекция сигмовидной кишки

ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА – ЭТО РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ

- 1) промежностной стомы
- 2) двуствольной илеостомы
- 3) одноствольной колостомы
- 4) анастомоза

К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) семейный аденоматоз толстой кишки
- 2) язвенный колит
- 3) болезнь Крона
- 4) одиночные полипы толстой кишки

ЛЕВАЯ ОБОДОЧНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1) аорты
- 2) левой почечной артерии
- 3) средней ободочной артерии
- 4) нижней брыжеечной артерии

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА (TNM8) ДЛЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА КРИТЕРИЙ N1C ОБОЗНАЧАЕТ НАЛИЧИЕ

- 1) пораженных лимфоузлов
- 2) опухолевых депозитов
- 3) канцероматоза
- 4) отдаленных метастазов

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) плоскоклеточный
- 2) недифференцированный
- 3) скирр
- 4) аденокарцинома

В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА TNM КРИТЕРИЙ T ОБОЗНАЧАЕТ

- 1) наличие канцероматоза
- 2) наличие пораженных лимфоузлов
- 3) глубину прорастания опухоли
- 4) наличие отдаленных метастазов

РАЗВИТИЕ АНЕМИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В

- 1) поперечно-ободочной кишке
- 2) правых отделах ободочной кишки
- 3) сигмовидной кишке
- 4) нисходящей ободочной кишке

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СТЕНКИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трансректальное УЗИ
- 2) МРТ малого таза
- 3) проктография
- 4) КТ малого таза

АРТЕРИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ОТХОДЯТ ОТ _____ АРТЕРИИ

- 1) средней ободочной
- 2) левой ободочной
- 3) верхней брыжеечной
- 4) нижней брыжеечной

ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

- 1) повышает частоту несостоятельности анастомоза в 2 раза
- 2) не влияет на частоту несостоятельности анастомоза
- 3) приводит к отказу от формирования анастомоза
- 4) снижает частоту несостоятельности анастомоза в 2 раза

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ Т3N0M0 СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) III A
- 2) III B
- 3) II B
- 4) II A

ХИМИО-ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) локализованного рака перианальной кожи
- 2) меланомы анального канала
- 3) диссеминированного рака анального канала
- 4) локализованного рака анального канала

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тромбоцитопения
- 2) эозинофилия
- 3) нейтропения
- 4) панцитопения

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) принадлежность к конкретному отделу толстой кишки
- 2) анатомическую область, соответствующую васкулярной ножке
- 3) характеристику узла (метастатически пораженный или неизмененный)
- 4) степень удаленности от кишки (эпи- и параколические, мезоколические, апикальные лимфоузлы)

КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА (СТЕПЕНЬ С) ОТ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ (СТЕПЕНЬ В) ОТЛИЧАЕТСЯ

- 1) отсутствием выраженной клинической симптоматики
- 2) наличием перитонита
- 3) необходимостью в релапаротомии
- 4) наличием показаний для активной консервативной терапии

РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ НЕОРГАНЫХ 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

ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ НЕПОЛНОМ ОТВЕТЕ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) двуствольная сигмостомия
- 2) брюшно-анальная резекция
- 3) местное иссечение остаточной опухоли
- 4) брюшно-промежностная экстирпация

ЖАЛОБЫ НА ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА ИЛИ ЛОЖНЫЕ ПОЗЫВЫ НА ДЕФЕКАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА

- 1) поперечной ободочной кишки
- 2) слепой кишки
- 3) нисходящей ободочной кишки
- 4) прямой кишки

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

СОЧЕТАНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С КИСТАМИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ НОСИТ НАЗВАНИЕ

- 1) синдром Тюрко
- 2) синдром Олфилда
- 3) синдром Пейтца-Егерса
- 4) синдром Гарднера

ЭВИСЦЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА У МУЖЧИН МОЖЕТ БЫТЬ ТОЛЬКО

- 1) передняя
- 2) тотальная
- 3) боковая
- 4) задняя

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) несостоятельность
- 2) кровотечение
- 3) некроз
- 4) стриктура

НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ МЕЙСНЕРА РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- 1) нижнеампулярном отделе прямой кишки
- 2) мышечном слое толстой кишки
- 3) левом изгибе ободочной кишки
- 4) подслизистом слое толстой кишки

ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ _____ АНАСТОМОЗ

- 1) илеоректо
- 2) сигморектальный
- 3) илеосигмо
- 4) илеотрансверзо

ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ T2N0 С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ДИСТАЛЬНУЮ ТРЕТЬ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) местное иссечение опухоли с отступом в 1 см
- 2) проведение химиолучевой терапии
- 3) выполнение брюшно-промежностной экстирпации
- 4) применение 5-фторурацил содержащей мази

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

КЛАССИФИКАЦИЯ TNM ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ НЕ УЧИТЫВАЕТ

- 1) поражение регионарных лимфатических узлов
- 2) размер опухоли
- 3) локализацию опухоли в забрюшинном пространстве
- 4) степень зрелости опухоли

ПУЗЫРЬКОВАЯ ПРОБА В ИССЛЕДОВАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕГО

- 1) натяжения
- 2) проходимости
- 3) кровоснабжения
- 4) герметичности

В СОСТАВ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ЛАТЕРАЛЬНЫХ СВЯЗОК ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ

- 1) средняя прямокишечная артерия
- 2) внутренняя половая вена
- 3) мочеточник
- 4) запирающий нерв

ПРЕПАРАТ ЦЕТУКСИМАБ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анти-EGFR моноклональным антителом
- 2) блокатором ангиогенеза
- 3) метаболитом 5-фторурацила
- 4) анти-PD-1 ингибитором

Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности

[Вернуться в начало](#)

ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН

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

ОТСУТСТВИЕ РЕКТОАНАЛЬНОГО ИНГИБИТОРНОГО РЕФЛЕКСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

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

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

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

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

ЦЕЛЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

- 1) периодически возникающие парапроктиты
- 2) недержание компонентов кишечного содержимого
- 3) боли в области заднего прохода

4) затруднение опорожнения кишки

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

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

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

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

ВРОЖДЕННУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ

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

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

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

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

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

ПРИ БИОПСИИ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ИССЕЧЕНИЕ

- 1) участка слизистой прямой кишки для оценки активности ацетилхолинэстеразы
- 2) полнослойного участка стенки прямой кишки для оценки интрамурального нервного

аппарата

3) полнослойного участка стенки ободочной кишки для оценки интрамурального нервного аппарата

4) слизистой ободочной кишки для оценки активности ацетилхолинэстеразы

НАЛИЧИЕ РЕКТОАНАЛЬНОГО ИНГИБИТОРНОГО РЕФЛЕКСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ОТСУТСТВИИ

1) манометрических признаков мегаректум

2) манометрических признаков болезни Гиршпрунга

3) изменений тонуса и сократительной способности анального сфинктера

4) нарушений нервно-рефлекторной деятельности анального сфинктера

ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТЕПЕНИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА

1) III

2) IV

3) I

4) II

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

ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ 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

ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

1) противопоказано

2) выполняется в сроки от 14 до 30 дней после вмешательства

3) выполняется в сроки от 2 до 5 дней после вмешательства

4) выполняется после полного заживления ран

В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ИСКЛЮЧАЮТ

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

ПОД ТОТАЛЬНЫМ МЕГАКОЛОН ПОНИМАЮТ РАСШИРЕНИЕ

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

ПОД РЕКТОАНАЛЬНЫМ ИНГИБИТОРНЫМ РЕФЛЕКСОМ ПОДРАЗУМЕВАЮТ РЕФЛЕКТОРНОЕ

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

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

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

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

ТЕРАТОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ

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

МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПОД СИНДРОМОМ ОГИЛВИ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

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

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

БОЛЕЗНЬ ЧАГАСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) остро развивающейся дилатацией толстой кишки вследствие обструкции просвета толстой кишки каловым камнем
- 2) остро развивающейся дилатацией толстой кишки при отсутствии механического

препятствия для пассажа кишечного содержимого или воспаления

3) хроническим расширением толстой кишки, развивающимся вследствие поражения собственного нервного аппарата кишки инвазией *Trypanosoma cruzi*

4) хроническим расширением толстой кишки, развивающееся по неизвестным причинам

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

ЗУБЧАТАЯ ЛИНИЯ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА РАССТОЯНИИ _____ СМ ОТ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

1) 2,0

2) 2,5-3,0

3) 1,0

4) 1,5-2,0

БИОПСИЯ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ

1) оценки степени дистрофических изменений в стенке прямой кишки

2) исключения малигнизации в прямой кишке

3) исключения аганглиоза как причины развития мегаколон

4) оценки степени воспалительных изменений в стенке прямой кишки

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

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

1) применение очистительной клизмы до осмотра пациента

2) динамическое наблюдение

3) применение очистительной клизмы только после пальцевого исследования при выявлении кала в ампуле прямой кишки

4) применение препаратов для очистки кишечника (макрогол и т.д.)

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

1) относительно расширенной

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

МЕГАКОЛОН ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

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

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ГЕМОРОДИЭКТОМИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННОГО МЕГАКОЛОН ЯВЛЯЕТСЯ

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

4) только хирургическое

В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ _____ КИШКИ

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

БИОПСИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

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

К ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ВРОЖДЕННОГО РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА ОТНОСЯТ

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

ОПЕРАЦИЯ СОАВЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) удаление аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного колоанального анастомоза «конец в конец»
- 2) 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
- 3) резекцию аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с низведением ободочной кишки позади культи прямой кишки и формированием колоректального анастомоза «конец в бок»
- 4) низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ О БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

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

ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ликвидация спазма внутреннего сфинктера
- 2) сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки

- 3) ликвидация спазма аганглионарной зоны
- 4) «выключение» из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны

АГАНГЛИОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ В

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

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕВОСТОРОННЕГО МЕГАКОЛОН ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

СИМПТОМ КАЛОМАЗАНИЯ

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

ПРИ НАЛИЧИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ НЕОБХОДИМО

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

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

РАНУ МОЖНО СЧИТАТЬ ЗАЖИВШЕЙ ПРИ УСЛОВИИ, КОГДА РАНЕВОЙ ДЕФЕКТ

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

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

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ АНОМАЛИЕЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

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

У ВЗРОСЛЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

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

ОПЕРАЦИЮ ДЮАМЕЛЯ В МОДИФИКАЦИИ ГНЦК ПРОВОДЯТ В

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

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

К ЦЕЛЯМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ОТНОСЯТ

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

ФОРМАМИ УДВОЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

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

ТОТАЛЬНЫЙ МЕГАКОЛОН ЭТО РАСШИРЕНИЕ

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

ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С УДВОЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРОВОДИТСЯ С

- 1) менингоцеле
- 2) тератомой
- 3) дермоидной кистой
- 4) кокцигодией

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

КОНТРОЛЬ ПОЛНОЦЕННОГО ОПОРОЖНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ОСУЩЕСТВИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

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

ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО

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

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

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

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

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ ИДИОПАТИЧЕСКИМ МЕГАКОЛОН И БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА БАЗОВЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

БИОПСИЯ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО СВЕНСОНУ ВЫПОЛНЯЕТСЯ _____ ДОСТУПОМ

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

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

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

КАЛОВЫЕ КАМНИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ОБЫЧНО ОБРАЗУЮТСЯ

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

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

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

ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОГИЛВИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРЕСАКРАЛЬНАЯ КИСТА ОТНОСИТСЯ К

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

ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАМЫКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПАТОГНОМОНИЧНО

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

ВЫДЕЛЯЮТ 2 ФОРМЫ ЭКТОПИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

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

ПРАВИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ОПЕРАЦИЯ ДЮАМЕЛЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозизированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- 2) 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
- 3) удаление аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного колоанального анастомоза «конец в конец»
- 4) резекцию аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с низведением ободочной кишки позади культи прямой кишки и формированием колоректального анастомоза «конец в бок»

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

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

ПРИ СУБТОТАЛЬНОМ МЕГАКОЛОНЕ НАБЛЮДАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ

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

Воспалительные и функциональные заболевания кишечника

[Вернуться в начало](#)

К МЕТОДАМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) илеоколоноскопию с биопсией
- 2) лапароскопию

- 3) ультразвуковое исследование
- 4) лучевые методы

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

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

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

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

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

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

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ НЕОБХОДИМО С

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

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

- 1) илеостомия в качестве первого этапа хирургического лечения
- 2) резекция пораженного сегмента тонкой кишки с ликвидацией свища и

формированием анастомоза

3) консервативная терапия

4) операция по иссечению свища

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

1) компьютерной томографии малого таза

2) проктографии

3) ультразвукового исследования малого таза

4) магнитно-резонансной томографии малого таза с внутривенным контрастированием

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

1) 4

2) 5

3) 6

4) 7

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ТОПИЧЕСКИХ ГКС

1) будесонид

2) будесонид ММХ

3) метипреднизолон

4) бетаметазон

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

1) КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием

2) УЗИ брюшной полости

3) ирригоскопия с водорастворимым контрастным веществом

4) КТ брюшной полости без внутривенного контрастирования

СТАНДАРТНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ВЕДОЛИЗУМАБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

1) 2 недели

2) 7 дней

3) 4 недели

4) 8 недель

ПЕРЕД НАЧАЛОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ

1) врача-психиатра

2) врача-фтизиатра

3) врача-инфекциониста

4) врача-кардиолога

ОТДАЛЕННЫЙ АБСЦЕСС, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

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

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

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

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

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

К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) ципрофлоксацин
- 2) итоприд
- 3) метронидазол
- 4) глюкокортикоиды

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

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

К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

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

БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1) необходима при проведении любой колоноскопии
- 2) необходима при установлении диагноза

- 3) берется на усмотрение врача-эндоскописта
- 4) не нужна

ДЛЯ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

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

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

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

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

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

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ТОПИЧЕСКИХ ГКС

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

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

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

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

СТАНДАРТНАЯ ТЕРАПИЯ АДАЛИМУМАБОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТРЕБУЕТ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА

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

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

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

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

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

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

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

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА НЕОБХОДИМО С

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

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

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

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

- 1) поражение перианальной области
- 2) тотальное поражение толстой кишки

- 3) крайнее истощение пациента
- 4) инфильтрат в полости малого таза

ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ

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

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БОЛЕЗНИ КРОНА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТ С

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

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

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

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

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

- 1) 48

- 2) 60
- 3) 100
- 4) 24

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

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

БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

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

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

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

К АНТИ-ФНО ПРЕПАРАТАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

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

К БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИСФУНКЦИИ ИЛЕОСТОМЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НАЗНАЧАЮТ

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

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

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

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

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

В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА УЧАСТВУЮТ

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

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

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

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

В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТ

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

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

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

ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

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

БИОПСИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

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

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ НЕОБХОДИМО С

- 1) лямблиозом
- 2) острым аппендицитом
- 3) вивермой
- 4) холерой

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

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

НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА КАКОГО СЕКРЕТИРУЕМОГО МУЦИНА ЛЕЖИТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА?

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

ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

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

НАЛИЧИЕ СВИЩА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

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

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

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

ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ХАРАКТЕРНО

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

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

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

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

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

ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ГКС НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ

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

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

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

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

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

К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

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

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

ПРЕПАРАТАМИ 5-АСК ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

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

ПАЦИЕНТУ С ВРЕМЕННОЙ ДВУСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМОЙ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ_____ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ

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

С КАКОЙ ГРУППОЙ БОЛЕЗНЕЙ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ?

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

В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

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

НЕОБХОДИМЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ВОЗМОЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ДАННЫЕ ИРРИГОСКОПИИ: УКРОЧЕНИЕ, СУЖЕНИЕ, ОТСУТСТВИЕ ГАУСТАРЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

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

СТАНДАРТНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ИНФЛИКСИМАБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ

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

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

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

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

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

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

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

К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСЯТ

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

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

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

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

- 1) МРТ органов брюшной полости

- 2) УЗИ органов брюшной полости
- 3) ирригоскопия
- 4) КТ органов брюшной полости

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

К ДОСТОВЕРНЫМ МИКРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

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

К ВОЗМОЖНЫМ СИСТЕМНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ОТНОСЯТСЯ ПОРАЖЕНИЯ

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

ПЕРЕСТРОЕННЫЙ СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

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

К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

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

ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

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

ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

ДИАГНОЗ «БОЛЕЗНЬ КРОНА» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

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

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) будесонид ММХ
- 2) ципрофлоксацин
- 3) преднизолон
- 4) метотрексат

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

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

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

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

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

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПРИ

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

БУДЕСОНИД ММХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ _____ АТАКЕ

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

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

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

В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В КАЧЕСТВЕ 1 ЛИНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

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

К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОТНОСЯТ

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

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

К ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ОТНОСЯТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 0-2-4)

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

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

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

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

КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ КРОВИ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНОГО ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

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

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

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

ХРОНИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) метронидазол
- 2) инфликсимаб
- 3) итоприд
- 4) ципрофлоксацин

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

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

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

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

- 1) ликвидация илеовезикального свища с ушиванием дефектов на тонкой кишке и на мочевом пузыре
- 2) илеостомия в качестве первого этапа с катетеризацией мочевого пузыря

- 3) резекция подвздошной кишки с разобщением свища и проверкой мочевого пузыря на герметичность
- 4) консервативная терапия с назначением биологической терапии

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

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В ФОРМЕ ПРОКТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

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

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

ЭТИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

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

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

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

НЕОБХОДИМЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА В ФОРМЕ ИЛЕИТА, ОСЛОЖНЕННОГО

ФОРМИРОВАНИЕМ НАРУЖНОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО СВИЩА, АБСЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПРИЗНАКАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, РЕКОМЕНДОВАНА

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

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

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

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

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

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

ПАЦИЕНТУ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА И НАЛИЧИЕМ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА С ЗАТЕКОМ ПОКАЗАНО

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

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

- 1) резекции всего сегмента и формированием одного анастомоза
- 2) формирование обходного анастомоза

- 3) илеостомии проксимальнее расположения стриктур
- 4) резекции двух пораженных участков тонкой кишки с сохранением располагающегося между ними интактного участка и формированием двух анастомозов

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

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

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

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

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

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

К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОТНОСЯТ

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

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

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

ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

4) диффузное поражение толстой кишки

ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В КАЧЕСТВЕ 1 ЛИНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) тетрациклин
- 2) азитромицин
- 3) амоксициллин
- 4) ципрофлоксацин

НАЗНАЧЕНИЕ КТ-ЭНТЕРОГРАФИИ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ

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

К ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

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

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

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

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

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

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

ПРИСУТСТВИЕ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК ПИРОГОВА – ЛАНГХАНСА В БИОПТАТАХ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, ПРИ НАЛИЧИИ

СТРИКТУРЫ НИЖНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ИЛИ СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

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

К МЕТОДАМ ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

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

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВОВЛЕЧЕНИЕМ

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

БОЛЕЗНЬ КРОНА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕНЕТИКИ

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

ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

К ТОПИЧЕСКИМ ГКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ

- 1) будесонид
- 2) преднизолон
- 3) дексаметазон

4) гидрокортизон

В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ПРИМЕНЯЮТ

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

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

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

БУДЕСОНИД ММХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРИ

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

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ

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

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

К БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, НЕ ОТНОСИТСЯ

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

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ

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

К КРИТЕРИЯМ LENNARD-JONES НЕ ОТНОСИТСЯ

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

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

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

ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА В ФОРМЕ КОЛИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ ___ МГ/КГ

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

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

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

ПРИЧИНА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

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

ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В ФОРМЕ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛЕИТА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) циклоsporин
- 2) метронидазол
- 3) будесонид
- 4) сульфасалазин

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

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

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

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

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛУЖИТ

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

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

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

В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИЮ/СТАДИИ

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

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

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

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

- 1) 1

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

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

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

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

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

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) голимумаб
- 2) преднизолон
- 3) будесонид ММХ
- 4) ципрофлоксацин

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗА КАКОЙ МЕХАНИЗМ ОТВЕЧАЕТ ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ?

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

К ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКАМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ

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

ПРОБА ШВАЙБОЛЬДА ПРИМЕНЯЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ

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

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

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

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

ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

ПАЦИЕНТУ С ВРЕМЕННОЙ РАЗДЕЛЬНОЙ ИЛЕОАСЦЕНДОСТОМОЙ ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ОПЕРАЦИИ

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

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОГЕННЫХ ЗАПОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА МОЖЕТ БЫТЬ

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

К ИММУНОСУПРЕССОРАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

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

БОЛЕЗНЬ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- 1) онкологическим
- 2) моногенным
- 3) неизлечимым

4) инфекционным

Диагностика колопроктологических заболеваний

[Вернуться в начало](#)

К СТАДИИ Т3 ОТНОСЯТ НЕОРГАННУЮ ОПУХОЛЬ ТАЗА

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

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

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

ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КТ ИССЛЕДОВАНИЯ С ВНУТРИВЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО КРЕАТИНИНА НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ

- 1) поливалентной аллергией
- 2) сахарным диабетом
- 3) гипертиреозом
- 4) бронхиальной астмой

ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОДВЗДОШНО-ОБОДОЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ В ПОПЕРЕЧНОМ СЕЧЕНИИ ИМЕЕТ ВИД ТРЕХ КОНЦЕНТРИЧЕСКИХ СЛОЕВ (КОЛЕЦ), СРЕДНИЙ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ

- 1) мезентериальных сосудов
- 2) стенки ободочной кишки
- 3) мезентериального жира
- 4) стенки подвздошной кишки

ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ И ИНФОРМАТИВНЫМ ВИЗУАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндоректальное УЗИ
- 2) КТ органов малого таза
- 3) дефекография
- 4) ирригоскопия

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

- 1) воздухом

- 2) водой
- 3) водорастворимым контрастным веществом
- 4) раствором полиэтиленгликоля

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ УЛУЧШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МЫШЦ НАРУЖНОГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) электростимуляция толстой кишки
- 2) внутрианальная электромиостимуляция
- 3) парафинотерапия перианальной области
- 4) коротковолновая диатермия области промежности

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

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

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) наличии нейропатии n.pudendus
- 3) наличии денервационно-реиннервационного процесса анального сфинктера и/или мышц тазового дна
- 4) отсутствии признаков функциональных расстройств дефекации

ТОЛЩИНА СТЕНКИ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ В ОТСУТСТВИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ УЗИ СОСТАВЛЯЕТ (В ММ)

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

ОПУХОЛЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

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

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

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

ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ КИШЕЧНИКА ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНО

- 1) установить инструментальный диагноз
- 2) установить клинический диагноз
- 3) установить морфологический диагноз
- 4) оценить функцию кишечника

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1) трансректальное ультразвуковое исследование
- 2) проктографию с водорастворимым контрастным препаратом
- 3) проктографию с бариевой взвесью
- 4) МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПОКАЗАНО У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА

- 1) рак анального канала
- 2) пресакральную кисту
- 3) полип прямой кишки
- 4) рак прямой кишки

ДЛЯ ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ ТЕРАТОМЫ ХАРАКТЕРНО, ЧТО

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

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) КТ органов малого таза
- 2) эндоректальное ультразвуковое исследование

- 3) рентгеновскую дефекографию
- 4) МРТ органов малого таза

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

- 1) тело матки
- 2) мочевого пузыря
- 3) шейка матки
- 4) влагалище

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

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

ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) влагалище
- 2) шейка матки
- 3) мочевого пузыря
- 4) тело матки

ИНФОРМАЦИЯ О ПРИЕМЕ МЕТФОРМИНА БОЛЬНЫМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ОТРАЖЕНА В ОПРОСНИКЕ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1) гадолиниевых
- 2) йодосодержащих
- 3) радиоизотопных
- 4) ультразвуковых контрастных

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

- 1) беременности (первый триместр)
- 2) клаустрофобии
- 3) кардиостимулятора
- 4) психических расстройств

НЕОРГАНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

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

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

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

К МЕТОДАМ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТСЯ

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

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

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

ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ НА УЗИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) наличием округлых кистозных образований с четкими контурами и анэхогенным содержимым
- 2) полиморфной картиной с наличием округлых образований различной эхогенности и структуры, нарушающих архитектонику строения печени
- 3) наличием одиночных или множественных гипоэхогенных кистозных образований
- 4) наличием одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой

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

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

НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ малого таза
- 2) УЗИ малого таза
- 3) МРТ малого таза
- 4) проктография

В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ВОВЛЕКАЮТСЯ ____ СЛОИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ

- 1) только слизистый и мышечный
- 2) слизистый, подслизистый и мышечный
- 3) только слизистый и подслизистый
- 4) только подслизистый

ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ КОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ К ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ, ОТНОСЯТ

- 1) отек гортани
- 2) бронхоспазм
- 3) аритмию
- 4) гипотензивный шок

ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО ДЕЛИТСЯ НА

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

ПРИ СТАДИИ T1 НЕОРГААННАЯ ОПУХОЛЬ ТАЗА ИМЕЕТ РАЗМЕР (В СМ)

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

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

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

ОСЛОЖНЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ КРОНА, КОТОРЫЕ ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внекишечные проявления
- 2) перианальные проявления
- 3) кровотечение, язвенные дефекты
- 4) стриктуры, свищи, инфильтраты

ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РОСТА НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ИХ РОСТ

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

К НЕАДЕКВАТНОЙ ПРОПУЛЬСИИ ОТНОСЯТСЯ МАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

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

ОСНОВНОЙ МЕТОДИКОЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАПОРАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) МР-колонография
- 2) УЗИ кишечника
- 3) КТ-колонография
- 4) ирригоскопия

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

ОСНОВНЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) шейка матки
- 2) дно матки
- 3) влагалище
- 4) мочевого пузыря

АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИМЕЕТ _____ СТРУКТУРУ

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

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) экзогенности, структуры и васкуляризации стенки кишки

К МЕТОДАМ УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТСЯ

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

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

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

ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ 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

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

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

К ОСЛОЖНЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА, КОТОРЫЕ ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ, ОТНОСЯТ

- 1) кровотечение, язвенные дефекты
- 2) стриктуры, свищи, инфильтраты
- 3) перианальные проявления
- 4) внекишечные проявления

ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ПСЕВДОПОЛИПЫ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ВИДЕ ЛОКАЛЬНОГО УТОЛЩЕНИЯ

- 1) слизистого и подслизистого слоя стенки кишки

- 2) всех слоев кишечной стенки
- 3) подслизистого слоя стенки кишки
- 4) слизистого слоя стенки кишки

КАКОЙ ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1) анэхогенный
- 2) изоэхогенный
- 3) гипоэхогенный
- 4) гиперэхогенный

ПАДЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПОСЛЕ КАШЛЕВОЙ ПРОБЫ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗМОЖНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЯХ

- 1) увеличения резервуарной функции прямой кишки
- 2) нарушения моторики толстой кишки
- 3) нарушения иннервации при Болезни Гиршпрунга
- 4) недержания кишечного и мочевого содержимого

ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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) колебания амплитуды турнов биоэлектрической активности

ПОД ТЕРМИНОМ «НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ТАЗА» В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОДРАЗУМЕВАЮТ

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

ТЕСТ С ВЫТАЛКИВАНИЕМ БАЛЛОНЧИКА ОБЪЕМОМ 50 МЛ В ПОЛОЖЕНИЯ СИДЯ НАЗЫВАЕТСЯ

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

КАКАЯ ПОДГОТОВКА ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО УЗИ КИШЕЧНИКА?

- 1) прием слабительных препаратов накануне
- 2) накануне исследования ставятся клизмы
- 3) исследование проводится строго натощак
- 4) утром легкий завтрак и прием эспумизана

ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ ВНУТРЕННИЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперэхогенным
- 2) гипозэхогенным
- 3) анэхогенным
- 4) изоэхогенным

В КОЛОПРОКТОЛОГИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИМЕНЯЕТСЯ НЕИНВАЗИВНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ВИДЕ

- 1) терапии постоянным магнитным полем
- 2) высокочастотной магнитотерапия
- 3) экстракорпоральной магнитной стимуляции
- 4) транскраниальной магнитной стимуляции

НАСЛЕДСТВЕННАЯ МУТАЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЛИНЧА ОТ БОЛЬНОГО ОТЦА ПЕРЕДАТСЯ СЫНУ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ (В ПРОЦЕНТАХ)

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

ПРОБОЙ ШВАРЦА НАЗЫВАЮТ

- 1) исследование на коагулопатию
- 2) определение наличия крови в кале
- 3) исследование пассажа бария по кишечнику
- 4) определение наличия билирубина-глюкуронида

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, КОТОРЫЕ ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ УЗИ, ОТНОСЯТ

- 1) инфильтрат
- 2) свищи
- 3) кровотечение
- 4) опухоль кишечника

ЗРЕЛАЯ НЕОРГАННАЯ ОПУХОЛЬ ТАЗА ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК

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

К ОЧЕНЬ ПОЗДНЕЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ВВЕДЕНИЕ ЙОДОСОДЕРЖАЩЕГО КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА ОТНОСЯТ

- 1) гипотензию
- 2) нефрогенный системный фиброз
- 3) тиреотоксикоз
- 4) крапивницу

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

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

ПАССАЖ БАРИЕВОЙ ВЗВЕСИ ПО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМУ ТРАКТУ У БОЛЬНЫХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ

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

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

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

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

ПРИ МРТ МАЛОГО ТАЗА ВЫЯВЛЕН ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ СВИЩЕВОЙ ХОД, ОТ КОТОРОГО МЕЖДУ ЛЕВАТОРОМ И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ОТХОДИТ ПОЛОСТЬ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЗАТЕКУ

- 1) межсфинктерному
- 2) подслизистому
- 3) ишио-анальному
- 4) пельвио-ректальному

ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КОТОРЫЙ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тонкая кишка
- 2) толстая кишка
- 3) прямая кишка
- 4) желудок

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

ПРИ ПОДГОТОВКЕ К КОЛОНОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

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

ВЫТАЛКИВАНИЕ ПАЦИЕНТОМ ПРИ НАТУЖИВАНИИ БАЛЛОНЧИКА 50 МЛ В ПОЛОЖЕНИИ СИДЯ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ОТЛОЖЕНИЕ ГАДОЛИНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ МНОГОКРАТНЫХ ВВЕДЕНИЯХ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ПОБОЧНЫМ ФЕНОМЕНОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- 1) ОФЭКТ
- 2) ПЭТ-КТ
- 3) КТ
- 4) МРТ

СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

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

СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В ПОКОЕ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СНИЖЕНИИ

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

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТАНДАРТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИИ ЭВАКУАЦИИ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

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

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

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

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

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

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

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

ПРОБА С ПИЩЕВОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОТОРИКИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) состояние первой и второй фаз гастроголического рефлекса
- 2) состояние третьей и четвертой фаз гастроголического рефлекса
- 3) изменение резервуарной функции прямой кишки
- 4) изменение ректоанального ингибиторного рефлекса

ПРИ ИНТЕРФЕРЕНЦИОННОЙ ЭМГ УВЕЛИЧЕНИЕ БИЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ (БЭА)

**МЕНЕЕ ЧЕМ В 2 РАЗА ОТНОСИТЕЛЬНО БЭА В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____
МЫШЦ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ**

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

**ТОНУС ВНУТРЕННЕГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ
ТОНУСОМ _____ МЫШЦ**

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

ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС НА УЗИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
- 2) между контуром купола диафрагмы и капсулой печени или селезенки
- 3) в любом месте брюшной полости ниже уровня диафрагмы
- 4) под висцеральной поверхностью печени и селезенки

**ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО-
КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) МРТ органов малого таза
- 2) КТ органов малого таза
- 3) рентгеновская фистулография
- 4) УЗИ крестцово-копчиковой области

**ОПТИМАЛЬНЫМ ВИЗУАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) дефекография
- 2) рентгеновская фистулография
- 3) эндоректальное УЗИ
- 4) КТ органов малого таза

К I СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСЯТ НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ТАЗА

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

К III СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСЯТ НЕОРГАНИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ТАЗА

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

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- 2) обзорную рентгенографию брюшной полости
- 3) ирригоскопию с водорастворимым контрастным препаратом
- 4) магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости

В КЛАССИФИКАЦИЮ НЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА НЕ ВХОДЯТ ОПУХОЛИ

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

ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ НОСИТЕЛЮ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ MUTYH, ПОКАЗАНО С (В ГОДАХ)

- 1) 15
- 2) 25
- 3) 45
- 4) 35

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

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) трансфинктерному
- 3) межсфинктерному
- 4) подковообразному экстрасфинктерному

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОБРАЗОВАНИЕ, ИСХОДЯЩЕЕ ИЗ

- 1) слизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 2) подслизистого слоя с неизменной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 3) слизистого слоя с сохранной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее подлежащие слои кишечной стенки
- 4) слизистого слоя с нарушенной структурой и васкуляризацией, не инфильтрирующее

подлежащие слою кишечной стенки

МАНОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) резервуарной функции прямой кишки
- 2) ректоанального ингибиторного рефлекса
- 3) моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 4) моторики толстой кишки

КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЕТ НЕОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1) анэхогенное образование округлой формы с нечетким контуром, окружающая клетчатка повышенной эхогенности, при доплерографии гиперваскуляризация по наружному контуру
- 2) анэхогенное образование вытянутой формы с неоднородным содержимым, четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярное при доплерографии
- 3) узкий ход в виде гипоэхогенного тяжа с четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярный при доплерографии
- 4) гипоэхогенный тяж с нечетким контуром, окружающая клетчатка повышенной эхогенности, при доплерографии гиперваскуляризация по наружному контуру

КАКОЙ ТИП РОСТА ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1) инфильтративный, подслизистый, внекишечный
- 2) грибовидный, внекишечный, инфильтративный
- 3) узловый, стелющийся, смешанный
- 4) блюдцеобразный, экзофитный, эндофитный

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

АДЕНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИСХОДЯТ ИЗ _____ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ

- 1) гипоэхогенного слизистого слоя
- 2) гиперэхогенного подслизистого слоя
- 3) гипоэхогенного мышечного слоя
- 4) гиперэхогенной серозной оболочки

СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРИ ВОЛЕВОМ СОКРАЩЕНИИ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТЕРОМЕТРИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

О СНИЖЕНИИ

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

КОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА, ОБЛАДАЮЩИЕ НАИБОЛЬШИМИ ПОБОЧНЫМИ РЕАКЦИЯМИ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ, ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1) макроциклических гадолиниевых
- 2) линейных гадолиниевых
- 3) неионных йодосодержащих
- 4) ионных йодосодержащих

ПОДПЕЧЕНОЧНЫЙ АБСЦЕСС НА УЗИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ

- 1) между контуром нижнего края легких и контуром купола диафрагмы
- 2) между контуром купола диафрагмы и капсулой печени
- 3) под висцеральной поверхностью печени
- 4) между контуром капсулы печени и основной массой ее паренхимы

ПРИ УЗИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие анэхогенного ободка по периферии
- 2) неоднородность структуры опухоли
- 3) нарушение структуры кишечной стенки
- 4) наличие зоны кальцинации в опухоли

НЕИЗМЕНЕННАЯ СТЕНКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИМЕЕТ _____ СТРУКТУРУ

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

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЕН

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

ПРИ УЗИ uT4 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

НЕФРОГЕННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ФИБРОЗ, КАК ОЧЕНЬ ПОЗДНЯЯ ПОБОЧНАЯ РЕАКЦИЯ, МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ВВЕДЕНИЕ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1) радиоизотопных
- 2) йодосодержащих
- 3) гадолиниевых
- 4) ультразвуковых контрастных

ДИСПАРЕУНИЯ ОТНОСИТСЯ К

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

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДЕФЕКОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипоэхогенным
- 2) гиперэхогенным
- 3) изоэхогенным
- 4) анэхогенным

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

ХАРАКТЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ IV ТИПА ОТ III ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

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

УСЛОВНОЙ ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ ВЕРХНИМ КРАЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ПО ДАННЫМ МРТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глубокая порция наружного сфинктера
- 2) зубчатая линия

- 3) пуборектальная петля
- 4) нижний край леватора

НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ПОЛНОЦЕННОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) применение внутривенного контрастирования
- 2) адекватное растяжение просвета кишки
- 3) проведение исследования на 64-срезовых и более томографах
- 4) использование низкодозных протоколов сканирования

ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ УЗИ КИШЕЧНИКА ИМЕЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОГО УСТАНОВЛЕНИЯ

- 1) нозологической формы поражения
- 2) характера и распространенности поражения
- 3) нозологической формы поражения и его прогноза
- 4) характера поражения

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

ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРИ НАТУЖИВАНИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ КОСВЕННО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) нарушении нервно-рефлекторных реакций запирательного аппарата прямой кишки
- 2) сохранности градиента давления при волевом сокращении
- 3) снижении тонуса анального сфинктера
- 4) наличии функциональных расстройств дефекации

ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ 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) повышении чувствительности
- 2) повышении градиента давления
- 3) нарушении нервно-рефлекторной деятельности
- 4) нормальной нервно-рефлекторной деятельности

ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ВНЕОРГАНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ

ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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 СФИНКТРА СВЕРХУ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ СВИЩУ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) трансфинктерному с пельвио-ректальным затеком
- 2) экстрасфинктерному
- 3) подковообразному экстрасфинктерному
- 4) экстрасфинктерному с пельвио-ректальным затеком

ЭХОГРАФИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) язвенным колитом
- 2) раком толстой кишки
- 3) псевдомембранозным колитом
- 4) ишемическим колитом

СИНДРОМ ЛИНЧА ОБУСЛОВЛИВАЕТ МУТАЦИЯ В ГЕНЕ

- 1) MLH1
- 2) APC
- 3) MytYH
- 4) STK11

У ПАЦИЕНТОВ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫПОЛНИТЬ ФИСТУЛОГРАФИЮ НЕВОЗМОЖНО ПРИ

- 1) болевом синдроме в перианальной области
- 2) наличии множественных наружных свищевых отверстий
- 3) облитерации наружного свищевого отверстия
- 4) облитерации внутреннего свищевого отверстия

АЛЬТЕРНАТИВНЫМ НАЗВАНИЕМ НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕПОЛИПОЗНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ

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

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

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

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

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

ПРИ ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИХ СВИЩАХ АНАЛЬНОГО КАНАЛА СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

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

КАКАЯ ПОДГОТОВКА ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ?

- 1) белковая диета в течение 3 суток до исследования, натощак в день исследования без дополнительного очищения кишечника
- 2) легкий завтрак в день исследования, клизмы 2-3 л накануне вечером и в день исследования
- 3) строго натощак в день исследования, клизмы 0,2-0,3 л накануне вечером и в день исследования
- 4) белковая диета в течение 1 дня и очищение кишечника осмотическими препаратами вечером накануне исследования

ДЛЯ СИНДРОМА ПЕЙТЦА – ЕГЕРСА ХАРАКТЕРНЫМИ ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) множественные кисты слюнных желёз
- 2) экстракишечные доброкачественные опухоли
- 3) опухоли мозга
- 4) меланиновые пигментации слизистой губ, щек, кожи вокруг губ

ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ

ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- 1) протяженность процесса, структуру кишечной стенки
- 2) патологическую васкуляризацию, структуру кишечной стенки
- 3) патологическую васкуляризацию, толщину кишечной стенки
- 4) толщину, структуру кишечной стенки, патологическую васкуляризацию

ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К НАПОЛНЕНИЮ БОЛЕЕ 40 МЛ ИНСУФФЛИРОВАННОГО 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

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

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

ПРОВЕДЕНИЕ ДЕФЕКОГРАФИИ НЕ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА

- 1) ректальную инвагинацию
- 2) грыжу Дугласова кармана
- 3) ректальный пролапс
- 4) пресакральную кисту

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

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

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

КАКОЙ ПО ЭХОГЕННОСТИ НЕИЗМЕНЕННЫЙ ВНУТРЕННИЙ СФИНКТЕР ПРИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1) анэхогенный
- 2) гиперэхогенный

- 3) гипоэхогенный
- 4) изоэхогенный

ЭХОАНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) тонкой периферической корковой частью и тонкой эллипсоидной гиперэхогенной центральной частью
- 2) широкой периферической корковой частью и тонкой эллипсоидной гиперэхогенной центральной частью
- 3) тонкой периферической корковой частью и широкой эллипсоидной гиперэхогенной центральной частью
- 4) областью ворот, определяемой около одного из полюсов узла

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

МАЛЫЙ ТАЗ ОТНОСИТСЯ К _____ ЭТАЖУ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

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

ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

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

ЗРЕЛОСТЬ НЕОРГАНОЙ ОПУХОЛИ ТАЗА ОБОЗНАЧАЕТСЯ БУКВОЙ

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

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

МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДИССИНЕРГИЧЕСКОЙ ДЕФЕКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

- 1) рентгенологическая дефекография
- 2) магнитно-резонансная дефекография
- 3) дефекофлоуметрия

4) сцинтидефекография

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

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

МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕАДЕКВАТНОЙ ПРОПУЛЬСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕСМОИДНОЙ ОПУХОЛИ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) КТ брюшной полости и малого таза
- 2) МРТ брюшной полости и малого таза
- 3) ПЭТ-КТ с 18F-фтордезоксиглюкозой
- 4) УЗИ брюшной полости и малого таза

КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИМЕЕТ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ГНОЙНОГО СВИЩА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

- 1) гипоэхогенный участок тканей вытянутой формы с нечетким контуром, окружающей клетчаткой повышенной эхогенности и гиперваскуляризацией в ней
- 2) узкий ход в виде тяжа пониженной эхогенности с четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярный при доплерографии
- 3) жидкостное образование округлой формы с нечетким контуром, окружающей клетчаткой повышенной эхогенности и гиперваскуляризацией в ней
- 4) жидкостное образование вытянутой формы с неоднородным гипоэхогенным содержимым, с четким контуром, неизменной окружающей клетчаткой, аваскулярное при доплерографии

НЕЗРЕЛАЯ НЕОРГАНИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ ТАЗА ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК

- 1) G2

- 2) G1
- 3) G3
- 4) G4

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

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

ПРИ МРТ МАЛОГО ТАЗА ВЫЯВЛЕН ТРАНССФИНКТЕРНЫЙ СВИЩЕВОЙ ХОД, ОТ КОТОРОГО МЕЖДУ ВНУТРЕННИМ И НАРУЖНЫМ СФИНКТЕРОМ ОТХОДИТ ПОЛОСТЬ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ, ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЗАТЕКУ

- 1) ишио-анальному
- 2) межсфинктерному
- 3) подслизистому
- 4) пельвио-ректальному

ПРИ УЗИ uT3 СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ

- 1) прорастает в окружающую клетчатку или органы
- 2) инфильтрирует наружный сфинктер
- 3) инфильтрирует внутренний сфинктер
- 4) выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани

ВЫЯВЛЯЕМОЕ ВО ВРЕМЯ ЧРЕСКОЖНОГО УЗИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ ЖИДКОСТНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ИЗМЕНЕННОМУ СЕГМЕНТУ КИШКИ, В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) кисте поджелудочной железы
- 2) дивертикулу мочевого пузыря
- 3) петле тонкой кишки с жидкостью
- 4) перфорации дивертикула

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

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

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

ХАРАКТЕРНЫМ ОТЛИЧИЕМ МАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ I И II ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

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

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ КАУДАЛЬНЫХ ТЕРАТОМАХ ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) контактной кровоточивостью слизистой оболочки прямой кишки
- 2) сдавлением извне стенки кишки, сужением её просвета и смещением прямой кишки при неизменённой слизистой оболочке
- 3) наличием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование
- 4) изъязвлением слизистой оболочки прямой кишки над образованием

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) трансфинктерному
- 2) экстрасфинктерному
- 3) межсфинктерному
- 4) подковообразному экстрасфинктерному

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

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

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- 1) бесшлаковой диеты и очистительных клизм
- 2) бесшлаковой диеты и осмотических слабительных
- 3) осмотических слабительных и очистительных микроклизм
- 4) осмотических слабительных и очистительных клизм

ДИАГНОЗ СИНДРОМА ЛИНЧА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ

- 1) имеет микросателлитную нестабильность
- 2) соответствует Амстердамским критериям
- 3) соответствует рекомендациям Бетесда

4) имеет мутацию гена системы репарации ДНК

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

У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА ПОМИМО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ РАК

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

К ДИССИНЕРГИЧЕСКОЙ ДЕФЕКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ МАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

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

НАЛИЧИЕ НЕЙРОПАТИИ N.PUDENDUS МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ТЕКУЩЕМ ПРОЦЕССЕ

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

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

НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ МАЛОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ УВЕЛИЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В ПОКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О _____ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

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

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СФИНКТРОМЕТРИИ 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) прирост; увеличение
- 2) отсутствие прироста; увеличение
- 3) прирост; уменьшение
- 4) отсутствие прироста; уменьшение

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

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

ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПО СРАВНЕНИЮ С КЛАССИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

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

Заболевания заднего прохода и промежности

[Вернуться в начало](#)

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ БОКОВОЙ СФИНКТРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 2) наличие сторожевого бугорка

- 3) наличие фиброзного полипа анального канала
- 4) пектеноз

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

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

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

В СЛУЧАЕ РАСХОЖДЕНИЯ ШВОВ НА РАНАХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 3-5 ДНЕЙ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО

- 1) наложение вторичных швов на раны в отсроченном периоде
- 2) повторное наложение швов на раны в условиях операционной
- 3) ежедневное нанесение мазевых композиций с заживляющими и противовоспалительными компонентами на раны
- 4) повторное наложение швов на раны под местной анестезией в условиях перевязочной

ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ТРОМБООБРАЗОВАНИЕ РАНЬШЕ ВСЕГО НАЧИНАЕТСЯ В

- 1) сосудах слизистой оболочки прямой кишки
- 2) морганиевых криптах
- 3) кавернозных тельцах
- 4) венах подслизистого слоя

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОЗИРОВАНИЮ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) внутренний геморрой 2 стадии
- 2) внутренний геморрой 1 стадии
- 3) наружный и внутренний геморрой 3 стадии, осложненным анемией средней степени тяжести (Hb 89 г/л)
- 4) острый геморрой

НАРУЖНЫЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ ОБРАЗОВАНЫ

- 1) венозным сплетением
- 2) кавернозной тканью
- 3) артериями
- 4) лимфатическим сплетением

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

ПОД ГЕМОРОЕМ ПОНИМАЮТ

- 1) патологическое увеличение геморроидальных узлов
- 2) увеличение анальных желез
- 3) выпадение слизистой прямой кишки
- 4) патологические разрастания в перианальной области

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧАЩЕ БЫВАЕТ НЕОБХОДИМА ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ____ ПАРАПРОКТИТА

- 1) подкожного
- 2) пельвиоректального
- 3) подслизистого
- 4) ишиоректального

ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) местные антикоагулянты
- 2) системные антикоагулянты
- 3) системные дезагреганты
- 4) системные антибактериальные препараты

У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЁННОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ _____ СФИНКТЕРОТОМИЮ

- 1) боковую подкожную закрытую
- 2) боковую подкожную открытую
- 3) боковую открытую
- 4) заднюю

ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) ВИЧ-инфекцию
- 2) сифилис
- 3) солитарную язву прямой кишки
- 4) нейродермит

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ПРИМЕНЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗИ ОТНОСЯТ

- 1) аллергический контактный дерматит
- 2) ортостатическую гипотензию
- 3) головные боли
- 4) нарушение сердечного ритма

ПРИ ОСТРОМ ИШИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ГНОЙНЫЙ ХОД РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СФИНКТЕРУ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

- 1) транссфинктерно и экстрасфинктерно
- 2) только экстрасфинктерно
- 3) чаще всего транссфинктерно
- 4) всегда кнутри от сфинктера

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антисептические средства
- 2) антибактериальную терапию
- 3) нестероидные противовоспалительные средства
- 4) антикоагулянтную терапию

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩА ПРИ НАЛИЧИИ ОСТРОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) использование герметизирующего тампона
- 2) иссечение свища
- 3) проведение дренирующей лигатуры
- 4) сфинктеротомия

РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ УЗЛОВ И ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЕКОМ, МОЖНО ВЫПОЛНЯТЬ

- 1) только через 2 месяца после тромбоза
- 2) через год после тромбоза
- 3) только через 1 месяц после тромбоза
- 4) после ликвидации периаанального отека

К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1) спазм сфинктера
- 2) гематомы в области сфинктеротомии
- 3) диарею
- 4) пектенос

НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ СИНОНИМ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ С ПОЗИЦИИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

- 1) анусит
- 2) сфинктерит
- 3) гипертрофия

4) тромбоз

СЛЕВА И СПРАВА ОТ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПОЛОСТИ ТАЗА РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1) мочеточники
- 2) подчревные артерии
- 3) срамные артерии
- 4) предстательная железа

ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИМИ АНАЭРОБАМИ

- 1) эндогенные
- 2) экзогенные
- 3) трансмиссивные
- 4) контагиозные

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ОПРАВДАНО ПРИ

- 1) ректоцеле с выпадением прямой кишки
- 2) сочетании ректоцеле со свищом
- 3) ректоцеле с внутренней инвагинацией прямой кишки
- 4) ректоцеле с недостаточностью анального жома

ОСЛОЖНЕНИЕМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) малигнизация
- 2) кишечная непроходимость
- 3) воспаление
- 4) кровотечение

ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) антибактериальная терапия
- 3) хирургическое лечение в плановом порядке
- 4) хирургическое лечение в экстренном порядке

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- 1) проводится после закрытой геморроидэктомии
- 2) проводится после операции Лонго
- 3) проводится после открытой геморроидэктомии
- 4) не требуется

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПОДКОЖНОГО ПАРАПРОКТИТА ОТ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГНОЙНИКА, КОТОРЫЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) подслизисто на уровне аноректальной линии
- 2) ниже аноректальной линии
- 3) выше аноректальной линии
- 4) в глубине мягких тканей на уровне аноректальной линии

ВНУТРЕННИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) на уровне межсфинктерной борозды
- 2) на уровне аноректальной линии
- 3) ниже аноректальной линии
- 4) над аноректальной линией

АНАЛЬНЫЙ ЗУД БЫВАЕТ

- 1) чаще у женщин
- 2) чаще у мужчин
- 3) не зависимо от пола
- 4) чаще у детей

ФИСТУЛОГРАФИЯ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОМОГАЕТ

- 1) оценить функцию анального жома
- 2) установить сопутствующую патологию
- 3) установить степень рубцовых изменений анального сфинктера
- 4) выявить направление и разветвление свищевого хода

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

КАКОЙ ТИП СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА НЕ ОТНОСИТСЯ К ДЕТЕРГЕНТАМ?

- 1) этоксисклерол
- 2) фибровейн
- 3) тромбовар
- 4) раствор фенола

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

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЛЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 30-40
- 2) 75-89
- 3) 100
- 4) 90

К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) лигирование латексными кольцами
- 2) подслизистая геморроидэктомия
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

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

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

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) остроконечные кондиломы анального канала
- 2) острую и хроническую анальные трещины
- 3) тяжелые заболевания разных органов и систем в стадии декомпенсации
- 4) наружный и внутренний геморрой 4 стадии

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

КЛАССИФИКАЦИЯ ДУЛЬЦЕВА – САЛАМОВА ОСНОВАНА НА

- 1) расположении наружного свищевого отверстия
- 2) сложности экстрасфинктерных свищей
- 3) расположении свищевого хода относительно сфинктера
- 4) локализации внутреннего свищевого отверстия

ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРРОЕ ПЕРВИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение
- 2) выпадение внутреннего геморроидального узла
- 3) воспаление
- 4) тромбоз

ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА С ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ СРОЧНАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) показана всегда
- 2) показана у молодых пациентов, при повторных случаях тромбоза
- 3) показана при осложнениях в виде парапроктита, кровотечения
- 4) показана при сильных болях

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКООНКОГЕННЫМ ТИПОМ ВПЧ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ВПЧ 6, 11 типа
- 2) ВПЧ 16, 18 типа
- 3) ВПЧ 42, 43 типа
- 4) ВПЧ 31, 35 типа

ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ НЕ ОПРАВДАНА

- 1) при геморрое 4Б стадии
- 2) при геморрое 3 стадии
- 3) при геморрое 4А стадии
- 4) при остром геморрое

АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРАДАЮТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1) 50-70
- 2) 18-30
- 3) 30-50
- 4) более 70

ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) прокталгию
- 2) тромбоз наружных геморроидальных узлов
- 3) геморрой
- 4) сифилис

ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ УЛУЧШЕНИЕ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 75
- 2) 40
- 3) 90
- 4) 20

НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРЯМОЙ КИШКИ ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЯМИ _____ НЕРВА

- 1) срамного
- 2) запирающего
- 3) тазового
- 4) бедренного

ДИВЕРТИКУЛЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- 1) поперечно-ободочной кишке
- 2) восходящем отделе толстой кишки
- 3) сигмовидной кишке
- 4) нисходящем отделе толстой кишки

ДЛЯ ИНТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие подковообразного свищевого хода
- 2) наличие длинного извитого хода
- 3) наличие гнойных полостей
- 4) наличие короткого свищевого хода

В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕХАНИЗМА ДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) аноскопическая связка
- 2) лонно-прямокишечная мышца
- 3) копчиковая мышца
- 4) подвздошно-копчиковая мышца

В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИНЫ ПРОМЕЖНОСТНОЙ ФОРМЫ ЭКТОПИИ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ КАКИХ-ЛИБО ЖАЛОБ ВРАЧУ-КОЛОПРОКТОЛОГУ НЕОБХОДИМО

- 1) порекомендовать проведение регулярных курсов электростимуляции анального сфинктера
- 2) порекомендовать хирургическое лечение в течение ближайших 3 месяцев после диагностики данного состояния
- 3) предупредить пациентку о данном состоянии, без каких-либо рекомендаций по лечению
- 4) порекомендовать хирургическое лечение в течение ближайших 6-12 месяцев после диагностики данного состояния

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- 2) гиперплазия ректальных и анальных кавернозных тел
- 3) гипертоническая болезнь с частыми кризами
- 4) хронический панкреатит

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО С ЗАДНИМ ЭКСТАСФИНКТЕРНЫМ СВИЩОМ ПРЯМОЙ КИШКИ IV СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ИССЕЧЕНИЕ СВИЩА

- 1) в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
- 2) с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
- 3) с подшиванием краёв раны ко дну
- 4) с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков

К ПОДКОВООБРАЗНЫМ ОТНОСЯТСЯ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ, У КОТОРЫХ

- 1) два внутренних отверстия при одном наружном
- 2) извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
- 3) свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
- 4) два наружных отверстия при одном внутреннем

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СФИНКТЕРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие скрытых нарушений функции запирающего аппарата прямой кишки
- 2) пектеноз
- 3) спазм сфинктера
- 4) фиброзный полип анального канала

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

- 1) лимфогенным путём
- 2) из соседних органов, поражённых воспалительным процессом
- 3) гематогенным путём
- 4) из прямой кишки

ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) ВИЧ-инфекцию
- 2) нейродермит
- 3) сифилис
- 4) геморрой

ТИПИЧНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выделение гноя при дефекации
- 2) боль и мокнущие «прыщи»
- 3) зуд в перианальной области
- 4) выделение крови при дефекации

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

ДЕЙСТВУЮЩИМ ФАКТОРОМ В МЕТОДЕ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) постоянный ток
- 2) импульсный ток прямоугольной формы
- 3) импульсный ток высокой частоты и напряжения, малой силы
- 4) импульсный синусоидальной формы ток, модулированный колебаниями низкой частоты

К ПОВЕРХНОСТНЫМ ФОРМАМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1) ишиоректальные
- 2) подкожные и подслизистые
- 3) межмышечные
- 4) пельвиоректальные

УПРАЖНЕНИЕ КЕГЕЛЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) укрепления мышц передней брюшной стенки
- 2) стимуляция полового нерва
- 3) уменьшения внутрибрюшного давления
- 4) укрепления мышц тазового дна

МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) степенью сложность свища
- 2) наличием затеков
- 3) наличием рубцов
- 4) анамнезом заболевания

К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПРИ ИССЕЧЕНИИ СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) сопутствующие заболевания
- 2) наружный и внутренний геморрой 3 стадии
- 3) мужской пол
- 4) рецидивный характер свища

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) геморрой 2 стадии
- 2) свищ прямой кишки
- 3) геморрой 3 стадии
- 4) геморрой 2-3 стадии

КАКУЮ ФОРМУ АТРЕЗИИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА У ЖЕНЩИН МОЖНО ПЕРЕПУТАТЬ С ЭКТОПИЕЙ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ?

- 1) атрезию заднего прохода без свищей
- 2) атрезию заднего прохода со свищем во влагалище
- 3) атрезию заднего прохода со свищем в уретру
- 4) атрезию заднего прохода со свищем в мочевого пузырь

К ПРОСТЫМ СВИЩАМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) экстрасфинктерные
- 2) подковообразные
- 3) трансфинктерные
- 4) интрасфинктерные

ПОД СИНУСЭКТОМИЕЙ ПОНИМАЮТ

- 1) иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну
- 2) подкожное иссечение эпителиального копчикового хода
- 3) иссечение эпителиального копчикового хода с пластикой раны перемещенными лоскутами
- 4) иссечение эпителиального копчикового хода без ушивания раны

К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ НАРУЖНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) гнойные выделения из заднего прохода
- 2) наличие свищевого отверстия
- 3) зуд в области заднего прохода
- 4) боль в прямой кишке пульсирующего характера

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ручное пособие при дефекации через влагалище
- 2) использование очистительных клизм
- 3) прием слабительных препаратов
- 4) многомоментная дефекация

КАКОЙ АВТОР ПРЕДЛОЖИЛ ОПЕРАЦИЮ ЦИРКУЛЯРНОГО ИССЕЧЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ВМЕСТЕ С ГЕМОРОИДАЛЬНЫМИ УЗЛАМИ?

- 1) Goligher
- 2) Milligan-Morgan
- 3) Longo
- 4) Whitehead

ЕСЛИ ДЕФЕКТ АНОДЕРМЫ У БОЛЬНОГО АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 2) хронический парапроктит
- 3) синдром раздраженного кишечника
- 4) болезнь Крона

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) механический
- 2) воспалительный
- 3) травматический
- 4) нейрогенный

ПО ФОРМЕ НЕ ВЫДЕЛЯЮТ ГЕМОРОИД

- 1) внутренний

- 2) комбинированный
- 3) наружный
- 4) сочетанный

ПРИ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ВНУТРЕННИЕ УЗЛЫ

- 1) кровоточат, но не выпадают из анального канала
- 2) выпадают, для вправления необходимо ручное пособие
- 3) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно
- 4) не кровоточат и не выпадают

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

АНАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) внутри морганиевых крипт
- 2) в толще внутреннего сфинктера
- 3) в толще наружного сфинктера
- 4) в параректальной клетчатке

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1) анамнез заболевания более 10 лет
- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) ранее перенесенные вмешательства на анальном канале
- 4) наличие фиброзного полипа анального канала

ПОД КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ ПОНИМАЮТ

- 1) увеличение внутренних геморроидальных узлов
- 2) увеличение внутренних геморроидальных узлов с выпадением слизистой
- 3) увеличение наружных геморроидальных узлов
- 4) одновременное увеличение наружных и внутренних геморроидальных узлов

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с присоединением воспаления
- 2) выпадением внутреннего геморроидального узла
- 3) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительного процесса
- 4) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СЛОЖНОСТИ ПРИМЕНИМА К _____ СВИЩАМ

- 1) ректо-вагинальным
- 2) интрасфинктерным
- 3) экстрасфинктерным
- 4) трансфинктерным

БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ПОДКОЖНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ИНФИЛЬТРАТОМ ОКОЛО 5 СМ В ДИАМЕТРЕ, ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ КОЖЕЙ, ОТСУТСТВИЕМ ФЛЮКТУАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА 37.3? ПОКАЗАНА

- 1) госпитализация, противовоспалительная терапия, при появлении флюктуации операция
- 2) местная терапия (ванночки, мазевые повязки)
- 3) госпитализация и операция в неотложном порядке
- 4) госпитализация, операция при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния

ИССЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ С УШИВАНИЕМ СФИНКТЕРА ПОКАЗАНО ПРИ ___ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ СВИЩА

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

ОСОБЕННОСТЬЮ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ношение бандажа
- 2) соблюдение диеты
- 3) соблюдение постельного режима
- 4) ограничение физических нагрузок

АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ ИННЕРВИРУЕТСЯ

- 1) нервами брюшного аортального сплетения
- 2) нервами верхнего брыжеечного сплетения
- 3) нервами тазового сплетения
- 4) крестцовыми нервами

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) профилометрия
- 2) проктография
- 3) дефекография
- 4) ансокопия

НАЛИЧИЕ АНОРЕКТАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) анальной трещины
- 2) прокталгии

- 3) рака анального канала
- 4) ВЗК

ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА АБСЦЕСС, КАК ПРАВИЛО, РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) всегда только в самом ходе
- 2) в пресакральном пространстве
- 3) под кожей крестцово-копчиковой области
- 4) в перианальной области

ДЛЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ХАРАКТЕРНЫ ВЫДЕЛЕНИЯ КРОВИ

- 1) черного цвета (мелена)
- 2) перемешанной с кишечным содержимым
- 3) в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- 4) алого цвета капельные или струйные после дефекации

ОТЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ОТ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) выделении алой крови в конце дефекации
- 2) наличии боли в нижних отделах живота
- 3) диареи
- 4) наличии свищевого отверстия

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ СЛОЖНОСТИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) узким внутренним свищевым отверстием без рубцов и затеков в параректальной клетчатке
- 2) широким внутренним отверстием, окруженным рубцами, в параректальной клетчатке имеются воспалительные инфильтраты или гнойные полости
- 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

ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА В ВИДЕ ОБОЛОЧЕК СЕМЯН ПОДОРОЖНИКА, СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1) эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 2) запоров
- 3) диареи
- 4) фиброзного полипа анального канала

БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ПОДКОЖНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ИНФИЛЬТРАТОМ ОКОЛО 5 СМ В ДИАМЕТРЕ, ГИПЕРЕМИРОВАННОЙ КОЖЕЙ, ОТСУТСТВИЕМ ФЛЮКТУАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРОЙ ТЕЛА 37.3°C ПОКАЗАНА

- 1) госпитализация, противовоспалительная терапия, при появлении флюктуации операция
- 2) местная терапия (ванночки, мазевые повязки)
- 3) госпитализация и операция в неотложном порядке
- 4) госпитализация, операция при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния

ОПЕРАЦИЕЙ ГАБРИЕЛЯ НАЗЫВАЮТ

- 1) сегментарную проктопластику
- 2) иссечение свища в просвет кишки
- 3) иссечение свища с проведением дренирующей лигатуры
- 4) иссечение свища с ушиванием сфинктера

ВОВЛЕЧЕНИЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ПРИ

- 1) всех видах парапроктита
- 2) пельвиоректальном парапроктите
- 3) подслизистом парапроктите
- 4) ишиоректальном парапроктите

ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ НЕ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) флеботонических препаратов
- 2) антагонистов серотониновых рецепторов
- 3) тромболитической терапии
- 4) противовоспалительной терапии

МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ПРОТИВОГАНГРЕНОЗНОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА СОСТАВЛЯЕТ (В МЕ)

- 1) 150 000
- 2) 30 000
- 3) 90 000
- 4) 300 000

ВВЕДЕНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА «А» ПРИВОДИТ К ЭПИТЕЛИЗЦИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У БОЛЬНЫХ В _____% СЛУЧАЕВ

- 1) 5-10
- 2) 20-30
- 3) 10-20
- 4) 60-80

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ

- 1) нижней геморроидальной артерии
- 2) внутренней срамной артерии
- 3) средней геморроидальной артерии
- 4) верхней прямокишечной артерии

ПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 1 стадия хронического геморроя
- 2) 2-3 стадия хронического геморроя
- 3) острый геморрой
- 4) 4 стадия хронического геморроя

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 10-15
- 2) 60-70
- 3) 20-30
- 4) 40-45

ПРИ КАКОЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ ШОВНОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗ ДОППЛЕРОМЕТРИИ?

- 1) наружный геморрой
- 2) внутренний геморрой 3-4 стадии
- 3) внутренний геморрой 1-2 стадии
- 4) тромбоз внутреннего геморроидального узла

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

О ХРОНИЧЕСКОМ 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 анального зуда и мацерации
- 4) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины

В КЛАССИФИКАЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ ВЫДЕЛЯЮТ _____

- 1) 3 степени
- 2) 2 степени
- 3) 4 степени
- 4) 1 степень

ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ПОКРЫТ _____ ЭПИТЕЛИЕМ

- 1) железистым

- 2) многослойным плоским неороговевающим
- 3) цилиндрическим
- 4) многослойным плоским ороговевающим

НАЛИЧИЕ ДЕФЕКТА АНОДЕРМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) идиопатического анокопчикового болевого синдрома
- 2) сифилиса
- 3) нейродермита
- 4) ВИЧ-инфекции

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

К СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) применение биопластических материалов
- 2) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- 3) лигатурный метод
- 4) сегментарная проктопластика

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) молекулярно-генетические методы
- 2) иммунологическое исследование
- 3) постановка комплекса серологических реакций
- 4) цитологическое исследование биоптатов или мазков

ПЕРИОД ВРЕМЕНИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

- 1) 6 недель
- 2) 3 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 6 месяцев

ПЕРВЫЙ ПОЛУКИСЕТНЫЙ ШОВ ПРИ СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА ____ СМ ВЫШЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ

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

ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОСЛОЖНЕНИЮ

- 1) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища

- 2) перфорация лоскута выше внутреннего отверстия свища
- 3) использование электрокоагуляции для гемостаза
- 4) выделение слизистой с внутренним сфинктером

КАКОЙ АВТОР ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ ШОВНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ?

- 1) Morinaga
- 2) Брайцев
- 3) Goligher
- 4) Swash

ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1) артерио-венозные шунты
- 2) мелкие артериальные сосуды
- 3) венозные сплетения
- 4) артериальные образования

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) хирургическим у пациентов не старше 40 лет
- 2) хирургическим только при осложнениях
- 3) только хирургическим
- 4) консервативным при неосложненном течении

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО КИСЕТНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ ПРОКСИМАЛЬНЕЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ НА (В СМ)

- 1) 2
- 2) 1
- 3) 6-8
- 4) 3-4

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

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ И БЕЗОПАСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО 2-3 СТАДИЯМИ ГЕМОРРОЯ СЧИТАЕТСЯ

- 1) открытая геморроидэктомия
- 2) консервативная терапия
- 3) дезартеризация узлов с мукопексией
- 4) склеротерапия

РЕКТОЦЕЛЕ 3 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) выпячиванием кишки во влагалище, которое доходит до его преддверия

- 2) выпячиванием задней стенки прямой кишки
- 3) небольшим карманом передней стенки прямой кишки, выявляемым при пальцевом исследовании прямой кишки
- 4) выпячиванием передней стенки прямой кишки за пределы влагалища

КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ХРОНИЧЕСКАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) эрозии
- 2) папуле
- 3) пустуле
- 4) язве

МНОГОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРЕБУЮТ СВИЩИ

- 1) высокого уровня
- 2) подкожно-подслизистые
- 3) низкие трансфинктерные
- 4) интрасфинктерные

ОПЕРАЦИЯ ЛОНГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) склерозировании внутренних геморроидальных узлов
- 2) удалении наружных геморроидальных узлов
- 3) циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки
- 4) удалении внутренних геморроидальных узлов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ ОПРАВДАНО ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1) высоких чресфинктерных
- 2) низких чресфинктерных
- 3) интрасфинктерных
- 4) подкожно-подслизистых

ПРИ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ОТСУТСТВУЕТ

- 1) анальный (сторожевой) бугорок
- 2) болевой синдром
- 3) мышечная ткань на дне дефекта
- 4) фибрин на раневой поверхности

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОЗИРОВАНИЮ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) внутренний геморрой 1 стадии
- 2) комбинированный геморрой 3 стадии, осложненным анемией средней степени тяжести (Hb 89-70 г/л)
- 3) острый парапроктит
- 4) внутренний геморрой 2 стадии

ПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ 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

ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ИГРАЕТ

- 1) наличие анального зуда и мацерации
- 2) затруднённый отток венозной крови
- 3) ишемия анодермы
- 4) ректальное кровотечение

ВЫВОДНЫЕ ПРОТОКИ АНАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТКРЫВАЮТСЯ

- 1) в межсфинктерном пространстве
- 2) на дне морганиевых крипт
- 3) на слизистой оболочке в области гребешка
- 4) в параректальной клетчатке

ПРИ СЛОЖНЫХ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ультрасонография
- 2) проба с красителем
- 3) магнитно-резонансная томография с контрастированием
- 4) фистулография

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) осмотр промежности
- 2) колоноскопия
- 3) проктография
- 4) пальцевое исследование прямой кишки

ПЛОСКИЕ КОНДИЛОМЫ ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1) туберкулеза
- 2) сифилиса
- 3) болезни Крона
- 4) актиномикоза

К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) пектеноз
- 2) избыточное рассечение внутреннего сфинктера
- 3) повышение тонуса наружного сфинктера
- 4) релаксация внутреннего сфинктера

ПОД ОСТРОЙ ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПОНИМАЮТ

- 1) воспаление параректальной клетчатки

- 2) дефект слизистой анального канала, часто с повреждением мышечной оболочки
- 3) криптит
- 4) дефект слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки

ПОКАЗАНИЕМ К ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ГЕМОРОЙ

- 1) 1 ст
- 2) 3 ст с задним неполным внутренним свищом прямой кишки
- 3) 2-3 ст с хронической анальной трещиной
- 4) 2-4 ст

ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОСЛОЖНЁННОЙ СВИЩЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спазм внутреннего сфинктера
- 2) чрезсфинктерный свищевой ход
- 3) расположение внутреннего свищевого отверстия в анальном канале
- 4) экстрасфинктерный свищевой ход

ПАЦИЕНТУ С ГЕМОРОЕМ 3 СТАДИИ И НАЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) склеротерапии
- 2) открытая геморроидэктомия с иссечением анальной трещины
- 3) операция Лонго с иссечением анальной трещины
- 4) закрытая геморроидэктомия с иссечением анальной трещины

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ 2-3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 81
- 2) 90
- 3) 60
- 4) 30-40

НЕРВОМ, НЕ ВХОДЯЩИЙ В СОСТАВ ПОЯСНИЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) запирающий нерв
- 2) седалищный нерв
- 3) наружный кожный нерв бедра
- 4) бедренно-половой нерв

ДЛЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия
- 2) в области внутреннего отверстия имеются рубцы
- 3) внутреннее отверстие широкое
- 4) наличие воспалительных инфильтратов в параректальной клетчатке

К ОСЛОЖНЕНИЯМ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1) фиброзный полип анального канала
- 2) выраженные рубцовые изменения краев анальной трещины
- 3) свищ прямой кишки
- 4) сторожевой бугорок

К ГНОЙНОМУ ВОСПАЛЕНИЮ АПОКРИНОВЫХ ЖЕЛЕЗ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ОТНОСЯТ

- 1) пилонидальную кисту
- 2) парапроктит
- 3) криптит
- 4) гидраденит

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) назначать антибактериальные препараты
- 2) срочно ушивать возникший дефект
- 3) санировать прямую кишку
- 4) санировать рану растворами антисептиков

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВНУТРЕННИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ПРОЕКЦИИ (В ЧАСАХ)

- 1) 5,12
- 2) 3,7,11
- 3) 2,5,10
- 4) 1,6,8

ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ ПОДКОЖНЫЙ ПАРАПРОКТИТ, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1) вскрыть гнойник в поликлинике
- 2) госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- 3) назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- 4) назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения

К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) пектеноз
- 2) повреждение геморроидальных венозных сплетений
- 3) повышение тонуса наружного сфинктера
- 4) релаксация внутреннего сфинктера

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 30-40
- 2) 65-85

- 3) 95
- 4) 50

НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ. У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЦА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСЦЕНИВАЮТ КАК

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

ОСНОВНЫМ ЭТАПОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иссечение рубцово изменённых краев анальной трещины
- 2) введение обогащенной тромбоцитами плазмы под основание анальной трещины
- 3) удаление фиброзного полипа анального канала
- 4) релаксация внутреннего сфинктера

К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) подслизистая геморроидэктомия
- 2) склерозирование узла
- 3) открытая геморроидэктомия
- 4) закрытая геморроидэктомия

КРИТЕРИЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ПРАВИЛЬНО ВЫПОЛНЕННОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие диастаза рассеченного сфинктера
- 2) пектеноз
- 3) отсутствие диастаза рассеченного сфинктера
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

ПРИ СФИНКТЕРОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЦА В ПРОСВЕТ КИШКИ В КАЧЕСТВЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) кетгут хромированный
- 2) шелк
- 3) викрил или полисорб
- 4) лавсан

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

ПРИ ОСМОТРЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХОДЕ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ КАКОЙ ТИП ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ БЛЕДНОСТЬЮ СЛИЗИСТОЙ С НЕЯРКИМ СОСУДИСТЫМ РИСУНКОМ?

- 1) катаральное воспаление
- 2) гнойно-катаральное воспаление
- 3) атрофический колит
- 4) геморрагический колит

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

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНОВУЮ МАЗЬ 0,4% В КОЛИЧЕСТВЕ (В МЛ)

- 1) 0.3
- 2) 0.5
- 3) 1
- 4) 0.4

ПОКАЗАНИЕМ К ДВУХЭТАПНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидивный эпителиальный копчиковый ход
- 2) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода с формированием инфильтрата
- 3) стадия абсцедирования при остром воспалении эпителиального копчикового хода
- 4) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода со вторичным свищевым отверстием

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анамнез заболевания более 10 лет
- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 3) пектенос
- 4) наличие фиброзного полипа анального канала

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ТОНУСА АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) дефекографию
- 2) аноскопию
- 3) ультразвуковое исследование ректальным датчиком
- 4) сфинктерометрию

ПОД АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПОНИМАЮТ

- 1) линейный дефект эпителия в анальном канале
- 2) дефект слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки
- 3) криптит
- 4) воспаление параректальной клетчатки

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционный
- 2) криптогландулярный
- 3) воспалительный
- 4) посттравматический

ПРОВЕДЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО _____ ФОРМЕ ГЕМОРРОЯ

- 1) только при острой
- 2) при хронической и острой, с тромбозом внутреннего геморроидального узла
- 3) только при хронической
- 4) при хронической и острой, с тромбозом наружного геморроидального узла

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аноректальная профилометрия
- 2) колоноскопия
- 3) ректороманоскопия
- 4) аноскопия

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

ВТОРАЯ 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

НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК

- 1) 1-ю степень недостаточности анального сфинктера
- 2) нормальное явление после операции
- 3) 3-ю степень недостаточности анального сфинктера
- 4) 2-ю степень недостаточности анального сфинктера

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РЕКТОЦЕЛЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ СЧИТАЕТСЯ

- 1) профилометрия
- 2) вагинография
- 3) аноректальная манометрия
- 4) сфинктерометрия

КРИПТИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) в анальных сосочках
- 2) перианальной кожи
- 3) в морганиевых синусах
- 4) в морганиевых криптах

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

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

ВЫПАДЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРРОЕ НЕОБХОДИМО ОТЛИЧАТЬ ОТ

- 1) болезни Крона
- 2) перианальных кондилом
- 3) выпадения прямой кишки
- 4) анальной трещины

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1) анамнез заболевания более 10 лет
- 2) наличие фиброзного полипа анального канала

- 3) выраженные рубцовые изменения в области анальной трещины
- 4) наружный и внутренний геморрой 1 стадии

К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ АНАЛЬНОГО ЗУДА ОТНОСЯТ

- 1) пиодермию
- 2) малигнизацию
- 3) кровотечение
- 4) дегенеративные изменения кожи

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

ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ГНОЙНИКА ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ БЕЗ РАССЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ХОДА И ПОРАЖЁННОЙ КРИПТЫ МЕНЕЕ ВЕРОЯТНО

- 1) периодическое появление болей в промежности
- 2) формирование свища прямой кишки
- 3) выздоровление
- 4) рецидивирование парапроктита

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ , ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПРОВЕДЕНИЮ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОРГАНИЧЕСКИМИ НИТРАТАМИ, ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) диоксометилтетрагидропиримидина
- 2) перметрина
- 3) блокаторов кальциевых каналов
- 4) бетаметазона

ПРИ ТРОМБОЗЕ С ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЕКОМ НУЖНО ОТСРОЧИТЬ ОПЕРАЦИЮ ИЗ-ЗА

- 1) выраженных болей в области заднего прохода
- 2) невозможности ушить раны наглухо
- 3) опасности тромбоемболии
- 4) отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений

РЕКТОЦЕЛЕ 1 СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) выпячиванием кишки во влагалище, которое доходит до его преддверия
- 2) небольшим карманом передней стенки прямой кишки, выявляемым при пальцевом исследовании прямой кишки
- 3) выпячиванием задней стенки прямой кишки
- 4) выпячиванием передней стенки прямой кишки, которое выходит за пределы влагалища

МИКРОСКОПИЧЕСКИ ГЕМОРРОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) варикозным расширением вен
- 2) гиперплазией кавернозных телец
- 3) тромбозом
- 4) ангиодисплазией

АНАТОМИЧЕСКАЯ ГРАНИЦА МЕЖДУ АНАЛЬНЫМ КАНАЛОМ И ПРЯМОЙ КИШКОЙ ПРОХОДИТ ПО

- 1) линии Хилтона
- 2) анальной границе
- 3) внутренней геморроидальной борозде
- 4) аноректальной линии

СИНОНИМОМ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) синдром хронической тазовой боли
- 2) люмбаго
- 3) прокталгия
- 4) ишиас

РИСК РАЗВИТИЯ РЕКТОЦЕЛЕ СНИЖАЕТ

- 1) изменение конфигурации позвоночника
- 2) кесарево сечение
- 3) избыточный вес
- 4) гистерэктомия

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

- 1) целесообразно при обработке раны в поздние сроки после травмы
- 2) необязательно
- 3) обязательно
- 4) целесообразно лишь при сильном загрязнении раны

ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ВНУТРЕННИЕ УЗЛЫ

- 1) увеличены, кровоточат при дефекации, 1-2 раза в году тромбируются
- 2) не вправляются с помощью ручного пособия
- 3) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно
- 4) увеличены и кровоточат при дефекации

ПОД ТЕРМИНОМ НЕПОЛНЫЙ ВНУТРЕННИЙ СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОНИМАЮТ

- 1) трансфинктерный свищ
- 2) экстрасфинктерный свищ
- 3) свищ прямой кишки с отсутствием наружного свищевого отверстия
- 4) интрасфинктерный свищ

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

КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ НЕСПОРООБРАЗУЮЩИХ АНАЭРОБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) густой экссудат белого цвета
- 2) неприятный зловонный запах отделяемого
- 3) субфебрильная температура
- 4) некротическое изменение малого объема, менее 20 см²

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие фиброзного полипа анального канала
- 2) анамнез заболевания более 10 лет
- 3) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 4) наружный и внутренний геморрой 4 стадии

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

НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ЭКТОПИИ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАНО С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1) острого парапроктита
- 2) онкологических заболеваний урогенитальной сферы
- 3) воспалительных заболеваний урогенитальной сферы
- 4) синдрома опущения органов малого таза

К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСЯТ

- 1) абсцессы в области сфинктеротомии
- 2) спазм сфинктера
- 3) пектеноз
- 4) запоры

МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) транссфинктерном свище
- 2) ректовагинальном свище
- 3) интрасфинктерном свище

4) острым и хроническом гнойно-воспалительном процессе параректальной клетчатки

**ЛОКАЛИЗАЦИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ
ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К**

- 1) морганиевой крипте
- 2) клетчаточному пространству
- 3) внутреннему сфинктеру заднего прохода
- 4) наружному сфинктеру заднего прохода

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие болей внизу живота
- 2) диарея
- 3) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 4) наличие свищевого отверстия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

- 1) выделение алой крови
- 2) анальный зуд
- 3) боль после дефекации
- 4) чувство неполного опорожнения

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ LIFT ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ
СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)**

- 1) 40
- 2) 100
- 3) 25-30
- 4) 57-94

**БОЛЬНОМУ, КОТОРЫЙ ЛЕЧИТСЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ТРОМБОЗА
ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ АМБУЛАТОРНО, ЛУЧШЕ ВСЕГО**

- 1) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
- 2) лигировать узлы латексными кольцами
- 3) назначить приём солевых слабительных
- 4) назначить анальгетики, на первые 2-3 дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином, диету

К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) возможность применения в амбулаторных условиях
- 2) уменьшении сроков реабилитации
- 3) малая травматичность
- 4) уменьшение болевого синдрома

**ВЫПОЛНЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО _____ СТАДИИ/СТАДИЯХ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ**

- 1) только при 3
- 2) при 1 и 3

- 3) только при 1 и 2
- 4) только при 3 и 4

МОКНУЩИЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ЯЗВОЧКИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) ВПЧ
- 2) болезни Крона
- 3) сифилиса
- 4) герпеса

К СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) раствор фенола
- 2) натрия альгинат
- 3) лауромакрогол
- 4) трибенозид

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 ход

ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕКТОЦЕЛЕ 3 СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРЕННЕЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сфинктеролеваторопластика
- 2) пластика передней стенки влагалища
- 3) эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки и пластика ректовагинальной перегородки имплантом
- 4) задняя кольпорафия

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

ПРИ ПОДКОЖНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ГНОЙНИК РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) выше аноректальной линии
- 2) ниже аноректальной линии
- 3) в зависимости от величины абсцесса
- 4) на уровне аноректальной линии

«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) задняя дозированная сфинктеротомия
- 2) дивульсия анального сфинктера
- 3) иссечение трещины по Габриэлю
- 4) боковая сфинктеротомия

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОПЕРАЦИИ LIFT ПЕРЕД ДРУГИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выполнение под местной анестезией
- 2) малая кровопотеря
- 3) минимальная травматизация анального сфинктера
- 4) возможность выполнения в амбулаторных условиях

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) химиотерапии
- 2) иммуномодуляции
- 3) иссечение опухоли
- 4) лучевой терапии

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 периаанальной области

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ НАЛИЧИИ АБСЦЕССА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1) ушить рану наглухо швами по Донати
- 2) не ушивать рану
- 3) проточное промывание через перфорированный дренаж
- 4) послойно ушить рану наглухо

МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вагинография
- 2) проктография
- 3) дефекография
- 4) фистулография

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ишиоректальный
- 2) пельвиоректальный
- 3) подслизистый
- 4) подкожный

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) болезненность при пальпации копчика
- 2) наличие первичных отверстий хода в межъягодичной складке
- 3) появление гнойных свищей крестцово-копчиковой области
- 4) травма копчика в анамнезе

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

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ АНОКОПЧИКОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТ ТЕРАТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аноскопия
- 2) пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств
- 3) рентгенологическое исследование костей таза
- 4) ректороманоскопия

РАК ПЕДЖЕТА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИМЕЕТ ВИД

- 1) широкой язвы, покрытой фибрином
- 2) высыпаний пятнисто-узелкового характера, покрытых чешуйками
- 3) эритематозного пятна с участками экземоподобных изменений кожи, покрытых чешуйками
- 4) опухолевидных образований в виде «цветной капусты»

ПРИ НАЛИЧИИ ИНТРАСФИНКТЕРНОГО ГНОЙНОГО ХОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) иссечь гнойный ход и ушить рану
- 2) иссечь ход в просвет кишки
- 3) рассечь гнойный ход в просвет кишки без его иссечения
- 4) провести лигатуру

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АТЕРОМЫ ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) МРТ малого таза
- 2) УЗ-диагностика
- 3) соскоб с перианальной кожи
- 4) КТ малого таза

К СВЯЗОЧНО-МЫШЕЧНОМУ АППАРАТУ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА ОТНОСИТСЯ

- 1) фасция Денонвилье
- 2) связка Каркассона
- 3) связка Трейтца

4) мышца Трейтца

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРОИЗВОДИТСЯ НА

- 1) уровне зубчатой линии
- 2) уровне 2-4 см выше зубчатой линии
- 3) 0,5-1 см проксимальнее зубчатой линии
- 4) 5-6 см выше зубчатой линии

ПЕРЕСЕЧЕНИЕ АНОКОПЧИКОВОЙ СВЯЗКИ

- 1) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
- 2) при свищах прямой кишки никогда не производится
- 3) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
- 4) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера

НЕДОСТАТКОМ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выраженный болевой синдром
- 2) простота техники
- 3) высокий риск развития рецидивов
- 4) отсутствие повреждающего воздействия на анальный сфинктер

ПРИ ИШИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ГНОЙНИК РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЛИНИИ

- 1) в зависимости от конституции больного
- 2) ниже
- 3) на уровне или выше
- 4) в зависимости от расположения поражённой крипты

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

К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ПРИ АНАЭРОБНОЙ НЕКЛОСТРИДАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

- 1) бензилпенициллина натриевую соль
- 2) метронидазол, орнидазол, тенидазол (триканикс), ниридазол
- 3) клиндамицин, рифампицин, тетрациклин, макролиды
- 4) фурагин, фурадонин, фуразолидон

К МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) инфракрасная фотокоагуляция
- 2) склеротерапия
- 3) операция Лонго
- 4) лигирование

ПРИ ВЫРАЖЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) полип анального канала
- 2) сифилис
- 3) острый парапроктит
- 4) геморрой

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

СРАМНОЙ НЕРВ ПРОИСХОДИТ ИЗ

- 1) поясничного сплетения
- 2) подчревного сплетения
- 3) сплетения, образованного 2, 3 и 4 крестцовыми нервами
- 4) непосредственно из крестцового сплетения

ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА АБСЦЕСС РАСПОЛАГАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО

- 1) всегда только в самом ходе
- 2) в пресакральном пространстве
- 3) под кожей крестцово-копчиковой области
- 4) в ишиоректальном клетчаточном пространстве

САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НАБЛЮДАЮТ ПО ___ СТЕНКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

- 1) передней
- 2) задней
- 3) правой
- 4) левой

НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) зуд в области заднего прохода
- 2) выделение крови при дефекации
- 3) постоянная боль
- 4) выпадение геморроидальных узлов

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ

ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) радиоволновой хирургии
- 2) химического метода деструкции
- 3) криодеструкции
- 4) электрокоагуляции

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (В СЕКУНДАХ)

- 1) 1-3
- 2) более 5
- 3) менее 1
- 4) 4-5

РАНЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ЧАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАШЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) перитонитом
- 2) парапроктитом
- 3) недостаточностью анального сфинктера
- 4) кровотечением из параректальной клетчатки

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

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) злоупотребление алкоголем
- 2) сидячий образ жизни
- 3) коагулопатия
- 4) работа, связанная с подъемом тяжестей

ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОГО ДОСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндометриоз
- 2) энтероцеле
- 3) цистоцеле
- 4) миома матки

ЛЕЧЕНИЕ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) системные антимикробные средства
- 2) лучевую терапию
- 3) физиотерапию
- 4) местное лечение с использованием противомикробных вагинальных свечей и мазей

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕФЛЕКТОРНАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

ПОСЛЕ

- 1) мукопексии
- 2) операции Лонго
- 3) закрытой геморроидэктомии
- 4) дезартеризации геморроидальных узлов

ПРИ ВЫРАЖЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) прокталгию
- 2) сифилис
- 3) полип анального канала
- 4) нейродермит

К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОМУ ПРИЗНАКУ ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО РЕКТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ

- 1) недержание газов
- 2) частые позывы на дефекацию
- 3) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- 4) выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ КОНДИЛОМ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) широкое иссечение
- 3) химиотерапия
- 4) противовирусная терапия

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ДОЛЖНЫ ВЫПОЛНЯТЬСЯ

- 1) в условиях перевязочной колопроктологического (хирургического) стационара под местным обезболиванием
- 2) в условиях операционной колопроктологического (хирургического) стационара под адекватным обезболиванием с миорелаксацией
- 3) если есть необходимость - в колопроктологическом (хирургическом) кабинете поликлинике под местным обезболиванием
- 4) в условиях операционной колопроктологического (хирургического) стационара под местным обезболиванием

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический геморрой 2 стадии
- 2) хронический геморрой 3 стадии
- 3) хронический геморрой 1 стадии
- 4) острый парапроктит

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

ОТНОСЯТ

- 1) внутренний геморрой 2 стадии
- 2) внутренний геморрой 1 стадии
- 3) внутренний геморрой 3 стадии
- 4) воспалительные заболевания аноректальной области

К ОСЛОЖНЕНИЯМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) недостаточность анального сфинктера
- 2) спазм внутреннего сфинктера
- 3) исчезновение болей после дефекации
- 4) пектеноз

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нейрогенный
- 2) воспалительный
- 3) сосудистый
- 4) травматический

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

НАЛИЧИЕ ВЫРАЖЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) псориаза
- 2) анальной трещины
- 3) острого парапроктита
- 4) осложненных каудальных тератом

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

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

К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) релаксация внутреннего сфинктера
- 2) повышение тонуса наружного сфинктера
- 3) пектеноз
- 4) недостаточное рассечение внутреннего сфинктера

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

ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСПОЛОЖЕНО

- 1) в морганиевой крипте
- 2) на линии Хилтона
- 3) в нижнеампулярном отделе прямой кишки
- 4) в верхнеампулярном отделе прямой кишки

ПРОБА С КРАСИТЕЛЕМ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) установления характера происхождения свища
- 2) определения локализации свищевого хода
- 3) установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки
- 4) дифференциальной диагностики специфического свища

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

ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОЦЕНИТЬ

- 1) состояние поясничных позвонков
- 2) состояние крестцовых и копчиковых позвонков
- 3) рубцовые изменения анального канала по задней полуокружности
- 4) подвижность слизистой анального канала и нижнеампулярного отдела прямой кишки

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

ХРОНИЧЕСКИЕ ПАРАПРОКТИТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩА ЯВЛЯЮТСЯ ЧАШЕ ВСЕГО СЛЕДСТВИЕМ

- 1) анальной трещины
- 2) острого парапроктита
- 3) злокачественного процесса
- 4) перианальных кондилом

РАЗМЕР ВЫПАЧИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ 1 СТЕПЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

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

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТЕЙ ТАЗА СЛЕДУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВЕСТИ ПРИ

- 1) малейших признаках повреждения прямой кишки
- 2) обширном повреждении промежности
- 3) повреждении анального канала
- 4) разрыве промежности в родах

ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

- 1) контактно-бытовой
- 2) половой
- 3) трансмиссивный
- 4) воздушно-капельный

ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЕ СВИЩИ ПО СЛОЖНОСТИ ДЕЛЯТСЯ НА ____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидивирующее воспаление в области крестца
- 2) обильный волосяной покров у пациента
- 3) наличие свищей крестцово-копчиковой области
- 4) наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) меланому
- 2) остроконечные кондиломы
- 3) плоскоклеточный рак

4) хронический дерматоз

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ 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

МЕТОДИКА HAL-RAR ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) лифтинге и фиксации узлов
- 2) резекции геморроидальных узлов
- 3) дезартеризации геморроидальных артерий
- 4) дезартеризации геморроидальных артерий с лифтингом и фиксацией узлов

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) анальный зуд
- 2) кровотечение
- 3) полный внутренний свищ прямой кишки
- 4) тромбоз

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ СЛУЖИТ

- 1) травма прямой кишки
- 2) кишечное кровотечение
- 3) наличие анальной трещины
- 4) атрезия заднего прохода

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1) экстрасфинктерных
- 2) интрасфинктерных
- 3) ректовагинальных
- 4) трансфинктерных

ВНУТРЕННЕЕ СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВЫШЕ ЗУБЧАТОЙ ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1) высоких
- 2) интрасфинктерных
- 3) трансфинктерных
- 4) подкожно-подслизистых

СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В

- 1) крипту
- 2) подслизистый слой
- 3) ткань внутреннего геморроидального узла

4) мышечный слой

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

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ АНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) магнитно-резонансная дефекография
- 2) трансректальное ультразвуковое исследование
- 3) рентгенологическая дефекография
- 4) аноректальная манометрия высокого разрешения

ПРИ АНОРЕКТАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) прокталгию
- 2) травмы прямой кишки
- 3) нейродермит
- 4) сифилис

СИФИЛИТИЧЕСКИЕ КОНДИЛОМЫ ВЫГЛЯДЯТ В ВИДЕ

- 1) высыпаний пятнисто-узелкового характера, покрытых чешуйками
- 2) плотных подкожных образований желтоватого цвета
- 3) опухолевидных образований в виде «цветной капусты»
- 4) плоских белесоватых бляшек с влажной поверхностью

ОСТРАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- 1) 3 часах по циферблату
- 2) 9 часах по циферблату
- 3) передней стенке анального канала
- 4) задней стенке анального канала

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КЛОСТРИДАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3-7 суток
- 2) 4-8 суток
- 3) 2-6 суток
- 4) от нескольких часов до 3-4 суток

ПРОСТРАНСТВО, РАСПОЛОЖЕННОЕ ПОЗАДИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА МЕЖДУ ПОДКОЖНОЙ ПОРЦИЕЙ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА И МЕСТОМ ПРИКРЕПЛЕНИЯ К КОПЧИКУ МЫШЦЫ ПОДНИМАТЕЛЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) ретроректальное
- 2) постанальное
- 3) пельвиоректальное

4) ишиоректальное

ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРРОЕ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) пальцевое
- 2) УЗИ ректальным датчиком
- 3) колоноскопия
- 4) ректороманоскопия

ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИГИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ?

- 1) отсутствие границ между внутренними геморроидальными узлами
- 2) тромбоз
- 3) геморрой 2 ст
- 4) анальная трещина

АНАЛЬНЫЙ ЗУД ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) следствием нервно-психического расстройства
- 2) идиопатическим
- 3) симптомом какого-либо заболевания
- 4) самостоятельным заболеванием

ПРИ ДЕФЕКТЕ АНОДЕРМЫ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕГОСЯ НА НИЖНЕАМПУЛЯРНЫЙ ОТДЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 2) рак прямой кишки
- 3) полипоз толстой кишки
- 4) хронический парапроктит

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в пределах анатомических границ анального канала
- 2) на перианальной коже
- 3) в нижнеампулярном отделе прямой кишки
- 4) в пределах хирургических границ анального канала

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ____% ПАЦИЕНТОВ

- 1) 10-20
- 2) 20-30
- 3) 5-10
- 4) 98-100

ВТОРАЯ 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) выпадением внутреннего геморроидального узла
- 4) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи

К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) инфракрасная коагуляция
- 2) подслизистая геморроидэктомия
- 3) закрытая геморроидэктомия
- 4) открытая геморроидэктомия

ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ПРИМЕНЯЮТ НИТРОГЛИЦЕРИНОВУЮ МАЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ

- 1) 0.2%
- 2) 0.3%
- 3) 0.5%
- 4) 0.4%

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

КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАН ПАЦИЕНТКАМ В 3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕМОРРОЕ?

- 1) геморроидэктомия
- 2) склеротерапия
- 3) консервативная терапия
- 4) операция Лонго

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

- 1) связан с копчиком
- 2) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
- 3) связан с крестцом
- 4) оканчивается слепо в подкожной клетчатке межъягодичной области

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) назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
- 2) наложить сигмостому
- 3) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки

4) срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности

К МАЛОИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) закрытая геморроидэктомия
- 2) открытая геморроидэктомия
- 3) подслизистая геморроидэктомия
- 4) дезартеризация геморроидального узла

НА КАКОМ УРОВНЕ И В КАКОЙ СЛОЙ ПРАВИЛЬНО ВВОДИТЬ ИГЛУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКЛЕРОТЕРАПИИ?

- 1) проксимальнее зубчатой линии в гладкомышечный слой прямой кишки
- 2) проксимальнее зубчатой линии в кавернозную ткань геморроидального узла
- 3) дистальнее зубчатой линии под слизистую анального канала
- 4) на уровне зубчатой линии в мышечную ткань наружного сфинктера

ПРИ ИНТРАСФИНКТЕРНОМ СВИЩЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) иссечение свища с низведением слизистой
- 2) иссечение свища в просвет прямой кишки
- 3) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- 4) рассечение свищевого хода без иссечения тканей

ПРИ МАЛИГНИЗАЦИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) проведение иммуномодулирующей терапии
- 2) проведение лучевой терапии
- 3) широкое иссечение новообразования
- 4) применение комбинированных методов лечения

О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины
- 2) спазм внутреннего сфинктера
- 3) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 4) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- 2) онкологические заболевания и доброкачественные опухоли
- 3) бронхиальная астма в стадии ремиссии
- 4) нейроциркуляторная дистония

ПАТОГЕНЕЗ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВЯЗАН С

- 1) повышением тонуса наружного сфинктера
- 2) нарушением эвакуаторной функции прямой кишки
- 3) диссинергией мышц тазового дна
- 4) особенностями ангиоархитектоники аноректальной зоны

КАКОЙ СЛОЙ ЭПИТЕЛИЯ ИНФИЦИРУЕТ ВПЧ?

- 1) роговой
- 2) базальный
- 3) зернистый
- 4) шиповатый

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

ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ В РОДАХ ВОЗНИКАЕТ

- 1) во время перинеотомии
- 2) при разрыве промежности 1 степени
- 3) при разрыве промежности 3 степени
- 4) при разрыве промежности 2 степени

ПРИ РАЗВИТИИ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, ПАЦИЕНТУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1) показано выполнение пункционной эпицистостомии
- 2) показано выполнение открытой эпицистостомии
- 3) показано выполнение надлобковой пункции мочевого пузыря
- 4) показана постановка уретрального катетера, электростимуляция, медикаментозная стимуляция мочевого пузыря

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) распада опухолевого инфильтрата
- 2) выпадения геморроидальных узлов
- 3) распада воспалительного инфильтрата
- 4) механического повреждения анодермы при запорах или поносах

В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСОБЕННО ТРУДНА ДИАГНОСТИКА _____ ПАРАПРОКТИТА

- 1) ишиоректального
- 2) подкожного
- 3) пельвиоректального
- 4) подслизистого

К ПРИЧИНАМ ПЕРВИЧНОГО АНАЛЬНОГО ЗУДА ОТНОСЯТ

- 1) сахарный диабет
- 2) несоблюдение гигиены
- 3) гепатит и пиелонефрит
- 4) глистную инвазию

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ ПЕРИАНАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) болезнь Боуэна
- 2) рак Педжета
- 3) опухоль Бушке-Левенштейна
- 4) контагиозный моллюск

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА МОГУТ БЫТЬ

- 1) периодические ноющие боли в области поясницы
- 2) чувство инородного тела в прямой кишке
- 3) болезненные инфильтраты в клетчатке крестцово-копчиковой области
- 4) боль в области копчика

К ОДНОМУ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОТНОСЯТ

- 1) развитие кокцигодии
- 2) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- 3) свищи прямой кишки
- 4) озлокачествление хода

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БОКОВОЙ ПОДКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ УЗКОЙ ГЛАЗНОЙ СКАЛЬПЕЛЬ ВВОДЯТ

- 1) во внутренний сфинктер
- 2) между внутренним и наружным сфинктером через межсфинктерное пространство
- 3) в параректальную клетчатку
- 4) в наружный сфинктер

ДЛЯ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

- 1) после дефекации
- 2) до дефекации
- 3) постоянные
- 4) во время дефекации

ДЛЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ

- 1) во время и после дефекации
- 2) постоянные
- 3) через 2 часа после дефекации
- 4) до дефекации

ПОСТОЯННОЕ ВЫПАДЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ И НЕВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ВПРАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ С ВИЗУАЛЬНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ

- 1) 4 А
- 2) 4 Б

- 3) 1
- 4) 2

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

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

ИНЪЕКЦИЯ БОТУЛОТОКСИНА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) в межсфинктерную борозду
- 2) во внутренний сфинктер
- 3) в наружный анальный сфинктер
- 4) под кожу в области заднего прохода

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

- 1) расположен под крестцовой фасцией
- 2) связан с крестцом
- 3) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
- 4) оканчивается слепо в подкожной клетчатке межъягодичной области

ЧЕТВЁРТАЯ СТЕПЕНЬ СЛОЖНОСТИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) рубцами в области внутреннего свищевого отверстия, отсутствием воспалительных изменений в клетчатке
- 2) узким внутренним отверстием без рубцов, но в клетчатке имеются гнойно-воспалительные изменения
- 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

ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ирригоскопия
- 2) пальцевое исследование анального канала
- 3) сфинктерометрия
- 4) ректороманоскопия

ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗЬЮ 0,4% СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1) волокон внутреннего сфинктера в краях анальной трещины
- 2) рубцовых краев анальной трещины
- 3) сторожевого бугорка
- 4) пектеноза

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) не снимая швов, назначить антибиотики внутримышечно
- 2) снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором
- 3) не снимая швов, применить ферменты
- 4) снять швы, применить ферменты, мази на водорастворимой основе, тёплые ванны, в последующие дни физиотерапию

К ХРОНИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) перфоративный дивертикулит
- 2) абсцесс
- 3) стеноз
- 4) кровотечение

КАКИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА?

- 1) диадинамические токи
- 2) биологическую обратную связь
- 3) электростимуляцию анального сфинктера
- 4) аэроионотерапию

ЕСЛИ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВТОРЫМ ЭТАПОМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА, ТО ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ЗАВЕРШИТЬ

- 1) ушиванием раны по Донати
- 2) ушиванием раны с оставлением перфорированного дренажа для проточного промывания
- 3) послойным ушиванием раны наглухо
- 4) подшиванием краев раны ко дну

ПРИ ОСТРОМ ПОДКОЖНОМ ПЕРЕДНЕМ ПАРАПРОКТИТЕ С ИНТРАСФИНКТЕРНЫМ ГНОЙНЫМ ХОДОМ У ЖЕНЩИНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) провести иссечение гнойного хода с ушиванием сфинктера
- 2) выполнить сегментарную проктопластику
- 3) вскрыть абсцесс
- 4) провести заднюю дозированную сфинктеротомию

ПРИ НАЛИЧИИ ТРАССФИНКТЕРНОГО ГНОЙНОГО ХОДА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНИТЬ

- 1) выполнение нерадикальной операции
- 2) только проведение лигатуры
- 3) только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- 4) различные варианты: от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры, в зависимости от расположения и глубины хода

РАЗМЕР ВЫПАЧИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ 2 СТЕПЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колоноскопия
- 2) аноскопия
- 3) МРТ малого таза
- 4) ТРУЗИ

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

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) алым цветом крови
- 2) темным цветом крови
- 3) наличием сгустков
- 4) примесью гноя

К ВОЗМОЖНЫМ ОШИБКАМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СФИНКТЕРОТОМИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) релаксация внутреннего сфинктера
- 2) повышение тонуса наружного сфинктера
- 3) пектеноз
- 4) повреждение дистальных ветвей нижней прямокишечной артерии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К СКЛЕРОЗИРОВАНИЮ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) комбинированный геморрой с четкой границей между внутренними и наружными узлами
- 2) анальная трещина
- 3) внутренний геморрой 1 стадии
- 4) внутренний геморрой 2 стадии

АНОКОПЧИКОВАЯ СВЯЗКА ПЕРЕСЕКАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВСКРЫТИЯ _____ ПРОСТРАНСТВА

- 1) ишиоректального клетчаточного
- 2) и дренирования постанального клетчаточного
- 3) ретро-ректального клетчаточного
- 4) межсфинктерного

ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) не полностью иссеченная измененная клетчатка, расположенная вокруг копчикового хода
- 2) неправильное заживление послеоперационной раны
- 3) оставление первичных отверстий эпителиального копчикового хода
- 4) не полностью иссеченные рубцовые ткани

ПРИСОЕДИНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ВСЕГДА ПРИВОДИТ К

- 1) нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки
- 2) образованию свищей прямой кишки
- 3) развитию парапроктита
- 4) восходящему тромбозу сосудов прямой кишки

САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНЕБРЮШИННОГО РАНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перитонит
- 2) кровотечение из вен крестцового сплетения
- 3) недостаточность анального сфинктера
- 4) нагноение параректальной клетчатки

ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО У ПАЦИЕНТА ИСКЛЮЧИТЬ

- 1) сифилис
- 2) ВИЧ-инфекцию
- 3) гонорею
- 4) хламидиоз

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

ОТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗЬЮ 0,4% СЛЕДУЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

- 1) выделений крови из заднего прохода во время дефекации
- 2) фиброзного полипа более 0,5 см в диаметре
- 3) рубцовых краев анальной трещины
- 4) волокон внутреннего сфинктера в краях анальной трещины

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

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) травма прямой кишки
- 2) наличие анальной трещины
- 3) атрезия заднего прохода
- 4) подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки

СВИЩИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА КЛАССИФИЦИРУЮТ ПО

- 1) расположению наружного свищевого отверстия
- 2) количеству наружных свищевых отверстий
- 3) обсемененности свищевого хода
- 4) локализации свищевого хода

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) свища прямой кишки
- 2) острой анальной трещины
- 3) рака прямой кишки
- 4) геморроя

КРЕМАСТЕРНЫЕ РЕФЛЕКСЫ И РЕФЛЕКСЫ С ПЕРИАНАЛЬНОЙ КОЖИ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) после пальцевого исследования прямой кишки

- 2) до всех видов исследования, включая пальцевое
- 3) если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера
- 4) после аноскопии

ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТКАМ С АТРЕЗИЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И НАЛИЧИЕМ ВРОЖДЕННОГО РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА, ПРИ УСЛОВИИ СОХРАНЕНИЯ ПОД КОЖЕЙ МЫШЕЧНЫХ СТРУКТУР АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА, ВЫПОЛНЯЮТ ОПЕРАЦИЮ

- 1) Делорма
- 2) Стоуна
- 3) Дюамеля
- 4) Соаве

НА КАКОМ УРОВНЕ ОТ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ ПРОИЗВОДЯТ ПЕРЕВЯЗКУ ВЕТВЕЙ ВЕРХНЕЙ ПРЯМОКИШЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ?

- 1) 1 см
- 2) более 4 см
- 3) от 2 до 4 см
- 4) 0,5 см

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОРОРОЯ СОСТАВЛЯЕТ НА 1000 ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ _____ ЧЕЛОВЕК

- 1) 140-160
- 2) 400-500
- 3) 300
- 4) 50

КАКОЙ МЕТОД ГЕМОРОРОИДЭКТОМИИ НАЗЫВАЮТ ЗАКРЫТЫМ БЕСШОВНЫМ?

- 1) геморроидэктомии Ultracision
- 2) геморроидэктомии аппаратом LigaSure
- 3) открытая геморроидэктомия
- 4) закрытая геморроидэктомия

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

РАЗМЕР ВЫПЯЧИВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ 3 СТЕПЕНИ, СОСТАВЛЯЕТ (В САНТИМЕТРАХ)

- 1) 2-3
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) более 4

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ОТНОСЯТ

- 1) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 2) боль внизу живота
- 3) гематурию
- 4) наличие свищевого отверстия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ

- 1) при наличии сторожевого бугорка
- 2) при наличии фиброзного полипа анального канала
- 3) в возрасте более 70 лет
- 4) при наличии волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины

ПРЕИМУЩЕСТВОМ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) радикальность
- 2) применение в амбулаторных условиях
- 3) возможность радикального лечения на 4 стадии
- 4) одномоментное лигирование всех геморроидальных узлов

ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 3 степень ректоцеле
- 2) 1 степень ректоцеле
- 3) неэффективность консервативной терапии при 2-3 степени заболевания
- 4) 2 степень ректоцеле

ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕКТОЦЕЛЕ 2 СТЕПЕНИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) задняя кольпорафия
- 2) эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки
- 3) пластика ректовагинальной перегородки имплантом
- 4) фиксация задней стенки влагалища

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) на границе дермы и подкожной клетчатки
- 2) в дерме
- 3) в подкожной клетчатке
- 4) в слизистой прямой кишки

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 узлов
- 4) иссечение внутренних геморроидальных узлов

ВОРСИНЧАТЫЕ АДЕНОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ___ КИШКЕ

- 1) поперечно-ободочной кишке и восходящей
- 2) восходящей кишке и сигмовидной
- 3) сигмовидной кишке и нисходящей
- 4) прямой кишке и сигмовидной

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ НЕ УЧИТЫВАЕТ

- 1) диаметр наружного свищевого отверстия
- 2) локализацию свищевого хода
- 3) степень развития рубцового процесса
- 4) наличия гнойных полостей

ЕСЛИ ДЕФЕКТ АНОДЕРМЫ У БОЛЬНОГО АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ АНАТОМИЧЕСКОГО АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА КОЖУ ПРОМЕЖНОСТИ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1) дивертикулярную болезнь толстой кишки
- 2) первичный сифилис
- 3) полипоз толстой кишки
- 4) хронический парапроктит

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки
- 2) ирригоскопия
- 3) пальцевое исследование прямой кишки
- 4) ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта

ПРИ НАЛИЧИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕКТОРОМАНОСКОПИЮ

- 1) не следует выполнять
- 2) следует выполнить после дивульсии заднего прохода
- 3) следует выполнить обязательно уже при первичном осмотре
- 4) следует отсрочить до купирования болей

НА ПЕРВЫХ ПРИЕМАХ ПАЦИЕНТА С КОКЦИГОДИНИЕЙ ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ТЕХНИКАМ

- 1) коррекции твердой мозговой оболочки
- 2) внутренней (ректальной) коррекции положения копчика, техникам коррекции положения костей таза и тонуса мышц промежности
- 3) наружной коррекции положения копчика, работе с костями таза и мышцами промежности
- 4) коррекции внутрикостных повреждений крестца

ОБ ОСТРОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2 месяцев

- 2) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта и фиброзного полипа анального канала
- 3) наличие сторожевого бугорка, рубцовых краев
- 4) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины

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) установить уретральный катетер
- 2) проведение электростимуляции, медикаментозной стимуляции мочевого пузыря с оценкой остаточного объема мочи
- 3) выполнить открытую эпицистостомию
- 4) выполнить надлобковую пункцию мочевого пузыря

В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ УЧАСТВУЕТ

- 1) диссинергия мышц тазового дна
- 2) снижение плотности капилляров в анодерме
- 3) нарушение эвакуаторной функции прямой кишки
- 4) повышение тонуса наружного сфинктера

В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) интерферона альфа
- 2) криотерапии
- 3) лазерной терапии
- 4) антибактериальной терапии

ЗУД В ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В ВЕЧЕРНЕЕ И НОЧНОЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) сахарного диабета
- 2) энтеробиоза
- 3) заболеваний печени
- 4) почечной недостаточности

ПРИ ИНТРАСФИНКТЕРНОМ СВИЩЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- 2) иссечение свища в просвет кишки
- 3) проведение дренирующей лигатуры
- 4) иссечение свища с низведением слизистой

В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) ректальным кровотечениям
- 2) спазму наружного сфинктера
- 3) затруднённому венозному оттоку
- 4) спазму внутреннего сфинктера

ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

- 1) кроветворения
- 2) местного иммунитета
- 3) держания
- 4) адсорбции микроэлементов

ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ АНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТ АДЕНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расположение выше уровня аноректальной линии
- 2) отсутствие выраженной ножки
- 3) гистологическое строение
- 4) расположение на уровне аноректальной линии

РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ УЗЛОВ И ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- 1) срочно при выявлении острого тромбоза
- 2) после ликвидации периаанального отёка
- 3) только через 1 месяц после консервативного лечения
- 4) только через 2 месяца после консервативного лечения

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

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

К ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕМУСЯ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ

- 1) травму промежности
- 2) пресакральную кисту
- 3) наружный и внутренний геморрой
- 4) актиномикоз

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ВСЕМ БОЛЬНЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колоноскопия
- 2) аноректальная манометрия
- 3) РРС
- 4) эндоректальная ультрасонография

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

ОСНОВОЙ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) частота тромбирования узлов
- 2) частота осложнений
- 3) размер геморроидальных узлов
- 4) выраженность выпадения геморроидальных узлов

ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ ПРОИЗОШЛО САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ В ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ ГНОЙНИКА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ, ГНОЙ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,8 °, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- 2) срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- 3) наложить сигмостому
- 4) назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния

В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТАДИИ

- 1) 5
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ

- 1) наличии волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- 2) пектенозе
- 3) наличии сторожевого бугорка
- 4) наличии опущения промежности

У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ГЕМОРОЙ, ПО СРАВНЕНИЮ С ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ

- 1) выявляется у всех
- 2) встречается реже
- 3) встречается значительно чаще
- 4) встречается не чаще

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ АРТЕРИИ

- 1) нижней геморроидальной
- 2) внутренней половой
- 3) средней прямокишечной
- 4) верхней прямокишечной

ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) нейродермит
- 2) геморрой
- 3) прокталгию
- 4) тромбоз наружных геморроидальных узлов

ПРИ СФИНКТЕРОПЛАСТИКЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ В КАЧЕСТВЕ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) кетгут простой
- 2) лавсан
- 3) викрил или полисорб
- 4) кетгут хромированный

ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хирургическое лечение в экстренном порядке
- 2) хирургическое лечение не показано
- 3) хирургическое лечение в плановом порядке
- 4) динамическое наблюдение

В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАДНЮЮ КОЛЬПОРАФИЮ, ПЕРЕДНЮЮ ЛЕВАТОРОПЛАСТИКУ, МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ

- 1) диспареуния
- 2) сухость во влагалище
- 3) кокцигодия
- 4) примесь слизи и крови в кале

ПРОКСИМАЛЬНЕЕ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЛИНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ

- 1) не выявляются
- 2) выявляются в 10% случаев

- 3) выявляются в 50% случаев
- 4) выявляются в 100% случаев

МУКОПЕКСИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДО

- 1) уровня, на 0,5-1 см проксимальнее зубчатой линии
- 2) уровня зубчатой линии
- 3) уровня, на 2-4 см выше зубчатой линии
- 4) уровня, на 5-6 см выше зубчатой линии

ПЕРВАЯ 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) выпадением внутреннего геморроидального узла
- 4) тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки и перианальной кожи

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МАЛИГНИЗАЦИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ

- 1) интрасфинктерном свище
- 2) трансфинктерном свище
- 3) болезни Крона
- 4) экстрасфинктерном свище

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ ЦИРКУЛЯРНЫЙ СШИВАЮЩИЙ АППАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ

- 1) Фергюсона
- 2) Миллигана-Моргана
- 3) Лонго
- 4) Уайтхеда

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ НАЧИНАЕТСЯ С

- 1) консервативной терапии
- 2) хирургического лечения
- 3) рефлексотерапии
- 4) гирудотерапии

К ОСЛОЖНЕНИЯМ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1) выраженные рубцовые изменения краев анальной трещины
- 2) пектеноз
- 3) фиброзный полип анального канала
- 4) сторожевой бугорок

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

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта
- 2) введение метиленового синего в первичные отверстия хода
- 3) рентгенография крестца и копчика
- 4) пальцевое исследование прямой кишки

НЕИЗМЕНЁННЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) эпидермоидную кисту
- 2) эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос
- 3) дермоидную кисту
- 4) подкожный канал, высланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика

ИДИОПАТИЧЕСКИМ АНАЛЬНЫЙ ЗУД НАЗЫВАЮТ

- 1) если он вызывается патогенной флорой
- 2) если он аллергического характера
- 3) если он возникает у пациентов с сахарным диабетом
- 4) если не удается установить его причину

ПОКАЗАНИЕМ К ИНФРАКРАСНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ СЛУЖИТ

- 1) геморрой в любой стадии
- 2) комбинированный геморрой без кровотечений
- 3) кровоточащий внутренний геморрой 1-2 стадии
- 4) только внутренний геморрой 3 стадии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СКЛЕРОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический геморрой 3 стадии
- 2) хронический геморрой 4 стадии
- 3) хронический геморрой 2 стадии
- 4) острый геморрой

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БОКОВОЙ ПОДКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ГЛУБИНА ВВЕДЕНИЯ СКАЛЬПЕЛЯ ПРОВОДИТСЯ ДО

- 1) зубчатой линии
- 2) пуборектальной петли
- 3) среднеампулярного отдела прямой кишки
- 4) линии Хилтона

ПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ 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

ДЛЯ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение
- 2) кишечная непроходимость
- 3) малигнизация
- 4) обострение воспаления

КАКИМ СВОЙСТВОМ НЕ ОБЛАДАЮТ ФЛЕБОТОНИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ?

- 1) купирование воспаления
- 2) повышение венозного тонуса, устранение микроциркуляторных расстройств
- 3) стимуляция венозного и лимфатического кровотока
- 4) гемостатическое действие

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колоноскопия
- 2) ректороманоскопия
- 3) ирригоскопия
- 4) дефекография

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПНЕВМОДИВУЛЬСИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие фиброзного полипа анального канала
- 2) ригидное сужение заднего прохода
- 3) наличие сторожевого бугорка
- 4) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины

ВНУТРЕННИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1) нижеаноректальной линии
- 2) над аноректальной линией
- 3) на уровне аноректальной линии
- 4) на уровне межсфинктерной борозды

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО, МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ

СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ?

- 1) острый парапроктит
- 2) тромбоз эмболия
- 3) анальная трещина
- 4) отек наружного геморроидального узла

ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АНАЛЬНУЮ ТРЕЩИНУ И

- 1) геморрой
- 2) ВИЧ-инфекцию
- 3) тромбоз наружных геморроидальных узлов
- 4) прокталгию

ИНФРАКРАСНАЯ ФОТОКОАГУЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1) зубчатой линии
- 2) ножки геморроидального узла
- 3) линии Хилтона
- 4) крипт

ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА МОГУТ БЫТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- 1) отмечается отек и гиперемия кожи в перианальной области
- 2) из вторичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения
- 3) гной выделяется, в основном, из прямой кишки
- 4) в области межягодичной складки появляется болезненный инфильтрат

ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОДНОВРЕМЕННО ВЫПОЛНИТЬ КОРРЕКЦИЮ РЕКТОЦЕЛЕ, ФИКСАЦИЮ КИШКИ К КРЕСТЦУ И УКРЕПЛЕНИЕ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трансвагинальный
- 2) трансректальный
- 3) трансперинеальный
- 4) трансабдоминальный

ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ОПЕРАЦИИ УШИВАНИЯ РАНЫ НАГЛУХО ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ КОПЧИКОВОМ ХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) длительный период заживления послеоперационной раны
- 2) нагноение послеоперационной раны
- 3) выраженный болевой синдром
- 4) частые рецидивы заболевания

ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) переохлаждение
- 2) переливание препаратов крови
- 3) гомосексуализм
- 4) УФ-облучение

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

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧЕТКИХ ГРАНИЦ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) пальпацию опухоли
- 2) УЗ-исследование
- 3) обработку 10% раствором Люголя
- 4) МРТ малого таза

ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) остеомиелит крестца
- 2) остеомиелит копчика
- 3) развитие кокцигодии
- 4) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке

ОБЪЁМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА, ВВОДИМОГО В ГЕМОРОИДАЛЬНЫЙ УЗЕЛ

- 1) равен 0,2 мл
- 2) зависит от размера узла
- 3) равен 5 мл
- 4) равен 4 мл

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СТАДИИ ГЕМОРОЯ

- 1) 1,2
- 2) 2,3
- 3) 1,2,3,4
- 4) 3,4

К ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ОТНОСЯТ

- 1) нарушение проходимости кишечника
- 2) запоры
- 3) фиброзный полип анального канала
- 4) диарею

КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ОСТРАЯ АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) папуле
- 2) язве
- 3) пустуле

4) эрозии

НЕДОСТАТКОМ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) продолжительность процедуры
- 2) необходимость обезболивания при проведении процедуры
- 3) невозможность применения в амбулаторных условиях
- 4) развитие болевого синдрома

ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ПРОЦЕССА ДЕФЕКАЦИИ, РЕКОМЕНДУЮТ

- 1) фортранс
- 2) сенну
- 3) бисакодил
- 4) докузат натрия

АНАЛЬНЫЙ ЗУД ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА

- 1) полиурии, глюкозурии
- 2) наличия в моче ацетона
- 3) мочевины, выделяющейся потовыми железами
- 4) повышения рН в дистальном отделе толстой кишки до 8,0-10,0

ОПЕРАЦИЯ ПО ИССЕЧЕНИЮ СВИЩА В ПРОСВЕТ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ _____ СВИЩАХ

- 1) экстрасфинктерных
- 2) ректовагинальных
- 3) интрасфинктерных
- 4) трансфинктерных

РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) склеротерапия
- 2) лигирование латексными кольцами
- 3) операция Миллигана Моргана
- 4) дезартеризация с мукопексией

ОСТРОКОНЕЧНЫЕ ПЕРИАНАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ ИМЕЮТ ВИД

- 1) высыпаний пятнисто-узелкового характера, покрытых чешуйками
- 2) опухолевидных образований в виде «цветной капусты»
- 3) плоских белесоватых бляшек с влажной поверхностью
- 4) плотных подкожных образований желтоватого цвета

МАНОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА СПАЗМ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) понижение среднего давления в анальном канале в покое
- 2) наличие ультрамедленных волн
- 3) наличие ультрабыстрых волн

4) понижение максимального давления в анальном канале в покое

НАИМЕНЬШАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА

- 1) в коленно-локтевом положении
- 2) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения)
- 3) на левом боку с приведёнными к животу коленями
- 4) стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем

НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА НЕ МОЖЕТ ОТКРЫВАТЬСЯ НА

- 1) ягодице
- 2) 1,5 см выше зубчатой линии
- 3) анодерме на уровне сфинктера
- 4) коже промежности в 3 см от ануса

КРЕСТЦОВОЕ НЕРВНОЕ СПЛЕТЕНИЕ ЛЕЖИТ НЕПОСРЕДСТВЕННО НА

- 1) копчиковой мышце
- 2) внутренней запирательной мышце
- 3) лонно-прямокишечной мышце
- 4) грушевидной мышце

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) открытую геморроидэктомию
- 2) дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов с мукопексией
- 3) склеротерапию
- 4) подслизистую геморроидэктомию

К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ С АНОКОПЧИКОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ОТНОСИТСЯ

- 1) компьютерная томография органов малого таза
- 2) ультразвуковое исследование крестцово-копчиковой области
- 3) рентгенологическое исследование крестцо-вокопчиковой области
- 4) проктография

НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недостаточность анального жома
- 2) задержка мочеиспускания
- 3) кровотечение
- 4) стриктура анального канала

ПОКАЗАНИЕМ К ИССЕЧЕНИЮ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С УШИВАНИЕМ РАНЫ НАГЛУХО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидивный эпителиальный копчиковый ход
- 2) эпителиальный копчиковый ход с инфильтратом
- 3) неосложненный эпителиальный копчиковый ход
- 4) эпителиальный копчиковый ход со вторичным свищевым отверстием

ОБ ОСТРОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) наличие волокон внутреннего сфинктера в дне дефекта и фиброзного полипа анального канала
- 2) длительность заболевания с момента первого эпизода болевого синдрома более 2 месяцев
- 3) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 4) наличие сторожевого бугорка, рубцовых краев

НАРУЖНЫЙ СФИНКТЕР ПРЯМОЙ КИШКИ ИННЕРВИРУЕТСЯ ВЕТВЯМИ НЕРВА

- 1) запирающего
- 2) промежностного
- 3) срамного
- 4) тазового

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛИ

- 1) предотвращения осложнений
- 2) купирования симптомов
- 3) профилактики обострений при хроническом течении
- 4) снижения артериального давления

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИГИРОВАНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) комбинированный геморрой с четкой границей между внутренними и наружными узлами
- 2) комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами
- 3) внутренний геморрой 1 стадии
- 4) внутренний геморрой 2 стадии

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

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА МОГУТ ОБРАЗОВАТЬСЯ ГНОЙНЫЕ СВИЩИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ ЭТОМ САМ КОПЧИК

- 1) всегда вовлекается в воспалительный процесс

- 2) как правило, не вовлекается в процесс
- 3) поражается всегда, если этому предшествовал ушиб крестцово-копчиковой области
- 4) приобретает патологическую подвижность

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

ПОД МАРСУПИАЛИЗАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

- 1) с ушиванием раны наглухо
- 2) без ушивания раны
- 3) с пластикой раны перемещенными лоскутами.
- 4) с подшиванием краев раны ко дну

О ХРОНИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) нарушение эвакуаторной функции прямой кишки
- 2) длительность заболевания менее 2 месяцев
- 3) сторожевой бугорок
- 4) отсутствие рубцовых изменений в области краев и дна анальной трещины

ПРИ ЧРЕССФИНКТЕРНОМ СВИЩЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПРАВДАНО

- 1) кюретаж хода с ушиванием свища
- 2) иссечение свища в просвет прямой кишки
- 3) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- 4) проведение лигатуры

ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) в верхнеампулярном отделе прямой кишки
- 2) на линии Хилтона
- 3) в морганиевой крипте
- 4) в нижнеампулярном отделе прямой кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) задержка мочеиспускания
- 2) кровотечение
- 3) стриктура анального канала
- 4) недостаточность анального жома

ОСНОВНЫМ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дополнительная костная тень, связанная с костью более или менее широким основанием

- 2) уплотнение замыкательной пластины
- 3) сколиоз поясничного отдела позвоночника
- 4) обнаружение дефекта в позвонках

ОСТРОКОНЕЧНЫЕ ПЕРИАНАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ ВЫЗЫВАЮТСЯ

- 1) клостридией
- 2) актиномицетой
- 3) вирусом папилломы человека
- 4) бледной спирахетой

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

ОБЪЕКТИВНЫЙ ПРИЗНАК ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

- 1) усиление болей в области заднего прохода
- 2) затруднённое мочеиспускание
- 3) появление перианального отёка, отсутствие границы между внутренними и наружными геморроидальными узлами
- 4) повышение температуры тела

ОБНАРУЖЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ НА ДЛИННЫХ НОЖКАХ В СЛЕПОЙ КИШКЕ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) неспецифического язвенного колита
- 2) ювенильных полипов
- 3) ворсинчатой опухоли
- 4) полипоза

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ДОСТАТОЧНО ПРОВЕСТИ

- 1) пальцевое исследование
- 2) наружный осмотр с разведением перианальных складок
- 3) осмотр с помощью ректального зеркала
- 4) осмотр с помощью аноскопа

К РАДИКАЛЬНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) оперативный
- 2) консервативную терапию
- 3) гирудотерапию
- 4) склеротерапию

ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ПЕРИАНАЛЬНЫМ ОТЁКОМ

СРОЧНАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) показана при сильных болях
- 2) показана во всех случаях
- 3) показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)
- 4) всегда противопоказана

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СТЕПЕНИ РЕКТОЦЕЛЕ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ СЧИТАЕТСЯ

- 1) проктография
- 2) ирригоскопия
- 3) вагинография
- 4) дефекография

ДЛЯ СОЗДАНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В КАЧЕСТВЕ СУБСТРАТА ИСПОЛЮЗУЮТ

- 1) эритроцитарную массу
- 2) стволовые клетки
- 3) альбумин
- 4) плазму крови

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕКТОЦЕЛЕ СРЕДИ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 40-80
- 2) 10-15
- 3) 5-10
- 4) 20-40

СТЕПЛЕРНАЯ ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) иссечении избытка слизистой оболочки
- 2) удалении внутренних геморроидальных узлов
- 3) сфинктеропластике
- 4) леваторопластике

ПРИ ЛИГИРОВАНИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ 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

ФАКТОРАМИ, УСИЛИВАЮЩИМИ БОЛЬ ПРИ АНОКОПЧИКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) умственное перенапряжение
- 2) длительное нахождение в положении лежа
- 3) прием пищи
- 4) длительное сидение, особенно на мягких поверхностях

ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРОЯ

- 1) фактор трудовой деятельности
- 2) фактор хронических запоров
- 3) характер питания
- 4) механический фактор

СТАДИЕЙ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) без клинических проявлений
- 2) гнойный свищ
- 3) абсцедирующие
- 4) рецидивирующий абсцесс

ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ОТКРЫВАЕТСЯ НА

- 1) коже промежности в 3 см от ануса
- 2) анодерме на уровне сфинктера
- 3) ягодице
- 4) уровне зубчатой линии

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

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

РАСТЯЖЕНИЕ И ДИСТРОФИЯ МЫШЦЫ И СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА, УДЕРЖИВАЮЩИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ, НЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ИЗ-ЗА

- 1) беременности и родов
- 2) тяжелого физического труда
- 3) натуживания при затрудненной дефекации
- 4) нарушения мочеиспускания

ПАЦИЕНТУ С 4Б СТАДИЕЙ ГЕМОРОЯ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) радикального лечения
- 2) лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами
- 3) склеротерапии

4) операции Лонго

ПРИ НАЛИЧИИ ДЕФЕКТА АНОДЕРМЫ РАСПРОСТРАНЯЮЩЕГОСЯ НА ПЕРИАНАЛЬНУЮ КОЖУ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1) синдром раздраженного кишечника
- 2) хронический парапроктит
- 3) дивертикулёз толстой кишки
- 4) рак анального канала

Неопухолевые заболевания прямой кишки

[Вернуться в начало](#)

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО ЖОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) использования в качестве лигатуры шелка
- 2) слишком быстрого прорезывания лигатуры
- 3) применения лигатуры при переднем свище прямой кишки
- 4) длительного нахождения в ране лигатуры

ОБРАЗОВАНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ ЗАТЯЖНЫХ РОДАХ ИМЕЕТ В СВОЕЙ ОСНОВЕ

- 1) расхождение передних порций мышцы, поднимающей задний проход
- 2) воспалительные изменения в ректовагинальной перегородке
- 3) ишемию и некроз мягких тканей
- 4) разрыв сфинктера прямой кишки

РЕБЕНКУ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ТРЕБУЕТСЯ ТАКЖЕ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 1) врача-уролога
- 2) врача-физиотерапевта
- 3) врача-дерматовенеролога
- 4) врача-гастроэнтеролога

ПОД ОПЕРАЦИЕЙ РИПШТЕЙНА ПОНИМАЮТ

- 1) иссечение слизистой с наложением гофрирующих швов на стенку выпадающей кишки
- 2) мобилизацию прямой и сигмовидной кишки с их резекцией и наложением колоанального анастомоза
- 3) трансабдоминальную мобилизацию прямой кишки до тазового дна с ее последующей фиксацией к крестцу имплантом, охватывающим кишку по передней полуокружности
- 4) проведение имплантата в сформированном тоннеле вокруг ануса

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА _____ СТЕПЕНИ/СТЕПЕНЕЙ

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 5

МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) в предоперационном периоде
- 2) функциональной недостаточности анального сфинктера
- 3) при органической недостаточности анального сфинктера
- 4) в послеоперационном периоде при хирургической коррекции анальной инконтиненции

СИМПТОМ, ОТНОСЯЩИЙСЯ К СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выпадение геморроидальных узлов
- 2) чувство неполного опорожнения
- 3) выделение гноя из заднего прохода
- 4) выделение алой крови

СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА НА ОСНОВАНИИ

- 1) колоноскопии
- 2) трузи
- 3) сфинктерометрии
- 4) проктографии

ЭТИОЛОГИЯ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА

- 1) аутоиммунная
- 2) вирусная
- 3) бактериальная
- 4) не изучена

В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) очистительные клизмы, гемостатические препараты, комбинированные мази
- 2) гипертонические микроклизмы, антибактериальные мази, гемостатические препараты
- 3) гормональные мази, антибактериальные мази, антисептические растворы
- 4) лечебные ванночки, ранозаживляющие мази, суппозитории

ЦИРКУЛЯРНАЯ СЛИЗИСТО ПОДСЛИЗИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПО LONGO НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНА ПРИ

- 1) долихиколоне
- 2) долигосигме
- 3) выпадении прямой кишки
- 4) внутренней инвагинации

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

К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ У РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ОТНОСЯТ

- 1) кровь на белье, выделение крови со сгустками
- 2) перианальный зуд, прожилки крови, слизи в стуле
- 3) болезненные дефекации, алую кровь на бумаге
- 4) боли в области промежности, выделение темной крови из ануса

РЕКТОЦЕЛЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) комбинированным геморроем 4 стадии
- 2) кистой ректовагинальной перегородки
- 3) анальным полипом
- 4) анальной трещиной

ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ «СОЛИТАРНАЯ ЯЗВА», ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ректороманоскопия
- 2) гистологическое исследование
- 3) колоноскопия
- 4) дефекография

ЧАЩЕ ВСЕГО ПАЦИЕНТЫ, СТРАДАЮЩИЕ СОЛИТАРНОЙ ЯЗВОЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА

- 1) выделение крови и слизи
- 2) чувство неполного опорожнения
- 3) выделение крови
- 4) выделение слизи

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НЕ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1) для лечения больных с неорганической формой недержания 1 степени
- 2) больным с органической недостаточностью анального сфинктера 2 степени
- 3) в предоперационном периоде
- 4) при линейных дефектах жома, не превышающих ? окружности

РАННЯЯ СИМПТОМАТИКА НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ТАЗА СВЯЗАНА

- 1) с выраженной сосудистой сетью
- 2) с выраженной сетью нервных сплетений
- 3) с рыхлой жировой клетчаткой
- 4) с жесткими костными структурами

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

В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ НАЗНАЧАЮТ

- 1) коагуляцию дефекта
- 2) иссечение трещины без ушивания
- 3) консервативное лечение
- 4) первичное ушивание трещины

ВНУТРИАНАЛЬНУЮ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЮ НЕ ПРОВОДЯТ СОВМЕСТНО С

- 1) терапией биологической обратной связи
- 2) тибиальной нейромодуляцией
- 3) сакральной нейромодуляцией
- 4) магнитной стимуляцией

САКРАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕРВОВ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) для стимуляции тазово-крестцового нервного сплетения
- 2) у больных с функциональной недостаточностью анального сфинктера
- 3) при органической недостаточности 1 степени
- 4) при незначительных дефектах внутреннего сфинктера

ПРИ ДЕФЕКТЕ СФИНКТЕРА БОЛЕЕ ? ОКРУЖНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) короткие лоскуты большой ягодичной мышцы
- 2) длинные лоскуты большой ягодичной мышцы
- 3) короткий лоскут средней ягодичной мышцы
- 4) длинный лоскут средней ягодичной мышцы

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) чередование запоров и диареи
- 2) дефекация в положении сидя на корточках
- 3) сдерживание позыва к дефекации
- 4) опорожнение малыми порциями

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

СИЛОВОЙ МЕТОД ТЕРАПИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НАПРАВЛЕН НА

- 1) на увеличение тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 2) на стимуляцию вегетативных, чувствительных и двигательных нервов
- 3) на выработку условного ректоанального рефлекса
- 4) повышение сократительной способности мышц запирающего аппарата прямой кишки и тазового дна

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

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

ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРЕННЕГО ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (ИНТРАРЕКТАЛЬНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тупые боли внизу живота при дефекации
- 2) многомоментная дефекация
- 3) обильные выделения крови при дефекации
- 4) развитие солитарной язвы

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ДЕТЕЙ АНАЛЬНЫЕ ТРЕЩИНЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА _____ ЧАСАХ УСЛОВНОГО ЦИФЕРБЛАТА В ПОЛОЖЕНИИ НА СПИНЕ

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

РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПРОСТАТИТА И ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ИМЕЮТ

- 1) жалобы больного
- 2) результаты пальцевого ректального исследования

- 3) данные анамнеза
- 4) данные уретрографии

К ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- 1) длительность заболевания больше года, стойкие запоры
- 2) 2 и более рецидива, возраст старше 5 лет
- 3) стойкие запоры, страх дефекации
- 4) неэффективность консервативной терапии, кровотечения

ПРИ ДЕФЕКОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1) выпадающие внутренние геморроидальные узлы
- 2) размер грыжевого выпячивания
- 3) объем прямой кишки
- 4) внутреннее свищевое отверстие

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

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

РЕЗЧАЙШИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ АНУСА ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ АЛОЙ КРОВИ И «СТУЛОБОЯЗНЬ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) сфинктерита
- 2) рака прямой кишки
- 3) трещины анального канала
- 4) полипа прямой кишки

ОПЕРАЦИЯ ТИРША ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СУЖЕНИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЗА СЧЕТ

- 1) увеличения тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 2) проведения серебряной проволоки под кожей вокруг наружного сфинктера
- 3) стимуляции вегетативных, чувствительных и двигательных нервов
- 4) имплантированного стимулятора

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

НА ВЫПАДЕНИЕ СТенок АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ УКАЗЫВАЕТ

- 1) конусовидная форма выпадающей кишки
- 2) наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
- 3) яйцевидная форма выпадающей кишки
- 4) длина выпавшего участка кишки более 15 см

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

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

РЕБЕНКУ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПЛАНОВЫЕ ОСМОТРЫ ВРАЧОМ-ДЕТСКИМ ХИРУРГОМ ___ РАЗ/РАЗА В

- 1) 1; год
- 2) 1; месяц
- 3) 1; квартал
- 4) 2; год

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРЕННЕЙ ИНВАГИНАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, КОТОРЫЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) усиленный сосудистый рисунок
- 2) наличие лимфофолликулярной гиперплазии
- 3) пролабирование слизистой кишки в тубус ректоскопа при натуживании
- 4) смазанный сосудистый рисунок

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА МАЛОВЕРОЯТНА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ

- 1) геморроя
- 2) анальной трещины со сфинктеротомией
- 3) свища прямой кишки
- 4) анального полипа

ЧТО ВХОДИТ В ТРАНСВАГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ?

- 1) передняя сфинктеролеваторопластика
- 2) позадилонная фиксация влагалища
- 3) пластика больших и малых половых губ
- 4) восстановление ректовагинальной фасции

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ПАТОГЕНЕЗА ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) висцероптоз
- 2) недостаточность наружного сфинктера заднего прохода
- 3) подвижная брюшина глубокого дугласова кармана
- 4) удлинение сигмовидной кишки

КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ФУНКЦИИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
- 2) недержание газов
- 3) выпадение кишки при каждом акте дефекации
- 4) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки

К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ТРАТОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) нарушение мочеиспускания
- 2) боли в крестцово-копчиковой области и промежности и воспалительные процессы с образованием свищей
- 3) диарею
- 4) запоры

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

ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОДОВ, НАКЛАДЫВАЕМЫХ В ПРОЕКЦИИ

- 1) срамного нерва
- 2) заднего большеберцового нерва
- 3) общий малоберцовый нерв
- 4) запирающего нерва

БОЛИ В ПРОМЕЖНОСТИ, КРЕПИТАЦИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ, СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РЕЗКАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ УМЕРЕННОМ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) острого неспецифического парапроктита
- 2) фолликулярного простатита
- 3) анаэробного парапроктита
- 4) абсцесса предстательной железы

ЧАЩЕ ВСЕГО СОЛИТАРНАЯ ЯЗВА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) циркулярно

- 2) на лево-боковой стенке
- 3) на задней стенке
- 4) на передней стенке

ПРИ ОПЕРАЦИИ СФИНКТЕРОГЛЮТЕОПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) длинный лоскут малой ягодичной мышцы
- 2) короткий лоскут большой ягодичной мышцы
- 3) короткий лоскут малой ягодичной мышцы
- 4) длинный лоскут средней ягодичной мышцы

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

ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ОКАЗЫВАЕТ

- 1) проведение курса терапии биологической обратной связи
- 2) проведение курса тибиальной нейромодуляции
- 3) проведение курса лечебной физкультуры
- 4) ранняя активизация пациента

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ УСТАНОВКЕ САКРАЛЬНОГО СТИМУЛЯТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение или отсутствие эффекта от стимуляции
- 2) боль в области установленного электростимулятора
- 3) необходимость замены источника питания
- 4) нагноение послеоперационных ран

ПЕКТИНОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) анальной трещины
- 2) выпадения прямой кишки
- 3) параректального свища
- 4) парапроктита

ДЛИНА ЦИЛИНДРА ВЫПАДАЮЩЕЙ КИШКИ БОЛЕЕ 12-15 СМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
- 2) потере тонуса кишечной стенки
- 3) недостаточности сфинктера заднего прохода
- 4) вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки

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

ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2-3 СТЕПЕНИ С ДЕФЕКТОМ СФИНКТЕРА ДО 1/3 ОКРУЖНОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПО БОКОВЫМ СЕГМЕНТАМ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) сфинктеропластика
- 2) лейомиопластика
- 3) сфинктеролеваторопластика
- 4) сфинктероглютеопластика

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

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дефекография
- 2) колоноскопия
- 3) ультразвуковое исследование ректальным датчиком
- 4) сфинктерометрия

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сфинктерометрия
- 2) МРТ органов малого таза
- 3) аноскопия
- 4) колоноскопия

КАКОЙ МЕТОД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА?

- 1) трансректальное ультразвуковое исследование
- 2) дефекография
- 3) сфинктерометрия
- 4) профилометрия

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ВНУТРЕННЕЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) грибовидная деформация
- 2) симптом воронки
- 3) выпячивание передней стенки прямой кишки

4) сужение просвета кишки

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

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 отрочков свищевого хода

ЦЕЛЮ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) удаление внутренних геморроидальных узлов
- 2) устранение инвагинации прямой кишки
- 3) косметическая пластика ректовагинальной перегородки
- 4) укрепление ректовагинальной перегородки

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

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

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 2) наличие свищевого отверстия на коже промежности
- 3) диарея
- 4) боль внизу живота

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ ТЕРАТОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОТНОСЯТ

- 1) частый жидкий стул
- 2) гематурию
- 3) боли в крестцово-копчиковой области и заднем проходе
- 4) боли в нижних отделах живота

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ

- 1) длительное отсутствие дефекации
- 2) ежедневный самостоятельный мягкий стул
- 3) опорожнение кишечника с использованием суппозиториев
- 4) опорожнение кишечника при помощи очистительных клизм

ПОД ГРАЦИЛОПЛАСТИКОЙ ПОНИМАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1) приводящей мышцы бедра
- 2) длинных лоскутов большой ягодичной мышцы
- 3) нежной мышцы бедра
- 4) коротких лоскутов большой ягодичной мышцы

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА В ПРОСВЕТ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности
- 2) повреждения глубокой порции наружного сфинктера
- 3) введения в задний проход во время операции ректального зеркала
- 4) при отказе от подшивания краев раны ко дну (марсупилизации)

ОПЕРАЦИЯ ЗЕРЕНИНА-КЮММЕЛЯ ЭТО

- 1) лоскутное отсечение выпадающей части кишки
- 2) заднепетлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью синтетической сетки
- 3) фиксация прямой кишки к передней продольной связке позвоночника в области мыса отдельными узловыми швами
- 4) циркулярное отсечение выпавшей части прямой кишки

ТЕОРИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) повреждение полового нерва, приводящее к деструкции мышц тазового дна
- 2) расхождение мышц леваторов и постепенное выпадение прямой кишки
- 3) внутренняя инвагинация прямой кишки с последующим выпадением кишки наружу
- 4) постепенное смещение вниз брюшины глубокого дугласова кармана, которая тянет за собой переднюю стенку кишки с последующим ее выпадением

МЕСТНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЯ _____ ПРЕПАРАТОВ

- 1) гормональных

- 2) обезболивающих
- 3) противовоспалительных
- 4) ранозаживляющих

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭКСПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недостаточное обеспечение функции держания
- 2) нагноение раны в области установленного искусственного сфинктера
- 3) необходимость замены гелевого наполнителя
- 4) ненадежность используемых материалов

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

ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) висцероптоз
- 2) недостаточность наружного сфинктера заднего прохода
- 3) подвижная брюшина глубокого дугласова кармана
- 4) удлинение сигмовидной кишки

К ПРОМЕЖНОСТНОЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) операция Зеренина-Кюммеля
- 2) операция Рипштейна
- 3) операция Тирша
- 4) операция Уэллса

ПЕРВАЯ ФАЗА МЕТОДА САКРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) проведении пробного курса сакральной стимуляции
- 2) хирургической имплантации временного электрода и электростимулятора
- 3) хирургической имплантации постоянного электрода и электростимулятора
- 4) поиске нервов, обеспечивающих сокращение мышц сфинктера

ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГРАЦИЛОПЛАСТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) формировании сфинктера заднего прохода с использованием нежной мышцы бедра
- 2) имплантации постоянного прибора, непрерывно выполняющего электростимуляцию перемещенной мышцы
- 3) хирургической имплантации временного электрода и электростимулятора
- 4) формировании сфинктера заднего прохода длинными лоскутами большой ягодичной мышцы

ЕСЛИ У РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ ПОЯВИЛАСЬ КРОВЬ НА САЛФЕТКЕ

ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ, ТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) геморрагический колит
- 2) анальная трещина
- 3) выпадение прямой кишки
- 4) полип прямой кишки

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

ПО УРОВНЮ ДЕФЕКТА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ РАЗЛИЧАЮТ РЕКТОЦЕЛЕ

- 1) низкое
- 2) боковое
- 3) верхнее
- 4) нижнее

ГИПЕРТРОФИРОВАННЫЙ АНАЛЬНЫЙ СОСОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ КОСВЕННЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1) хронических запоров
- 2) анальной трещины
- 3) полипов прямой кишки
- 4) перианального дерматита

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

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ У РЕБЕНКА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НАПРАВЛЕНО НА

- 1) ликвидацию воспаления в области ануса
- 2) нормализацию стула
- 3) заживление дефекта
- 4) нормализацию кишечной микрофлоры

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НЕ РЕКОМЕНДОВАНА

- 1) при линейных дефектах жома, не превышающих $\frac{1}{4}$ окружности
- 2) в предоперационном периоде
- 3) для лечения больных с неорганической формой недержания 1 степени
- 4) больным с органической недостаточностью анального сфинктера 2 степени

ПОД ОПЕРАЦИЕЙ ТИРША ПОНИМАЮТ

- 1) мобилизацию прямой и сигмовидной кишки с их резекцией и наложением колоанального анастомоза
- 2) проведение имплантата в сформированном тоннеле вокруг ануса
- 3) трансперинеальную мобилизацию прямой кишки с тампонированием ретроректального пространства
- 4) иссечение слизистой с наложением гофрирующих швов на стенку выпадающей кишки

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ДОСТАТОЧНО

- 1) колоноскопии
- 2) ирригоскопии
- 3) пальцевого исследования прямой кишки
- 4) аноскопии

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

ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ВОЗМОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПУТЁМ ПРОВЕДЕНИЯ

- 1) колоноскопии
- 2) пробы Напалкова
- 3) ирригоскопии
- 4) аноскопии и фистулографии

ИНЪЕКЦИОННЫЙ МЕТОД ПОКАЗАН ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

- 1) в послеоперационном периоде
- 2) 2 степени
- 3) 1 степени
- 4) 3 степени

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЯМ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В САНАТОРИЯХ _____ ПРОФИЛЯ

- 1) гастроэнтерологического
- 2) неврологического
- 3) общего
- 4) эндокринологического

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ХАРАКТЕРНО ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ

- 1) со сгустками
- 2) с примесью слизи

- 3) темной
- 4) алой

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аноскопия
- 2) проктография
- 3) электромиография
- 4) кольпоскопия

ОДНОЙ ИЗ САМЫХ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1) аномалий развития ануса
- 2) глистной инвазии
- 3) хронических запоров
- 4) воспалительных заболеваний ануса

ПРИ НАГНОЕНИИ ТЕРАТОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НЕОБХОДИМО

- 1) вскрытие нагноившейся тератомы
- 2) консервативная терапия
- 3) радикальная операция
- 4) динамическое наблюдение

НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 3D ТРУЗИ
- 2) МРТ органов малого таза
- 3) ТРУЗИ
- 4) кольпоскопия

ГЛЮТЕОПЛАСТИКА ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

- 1) атрофии ягодичных мышц
- 2) наличию дефекта сфинктера менее 1/2 окружности
- 3) органической недостаточности сфинктера 1 степени
- 4) наличию дефекта сфинктера более 1/2 окружности

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) тиббиальная нейромодуляция
- 2) терапия биологической обратной связи
- 3) инъекционный метод
- 4) анальная стимуляция

СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ ПРИ НИЗКИХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) выше зубчатой линии
- 2) на уровне зубчатой линии

- 3) ниже зубчатой линии
- 4) в прямой кишке

К НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки
- 2) ректороманоскопию
- 3) ультразвуковое исследование полости малого таза
- 4) рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта

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

ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до $1/4$ окружности по передней или задней полуокружности
- 2) недостаточность сфинктера при наличии дефекта от $1/4$ до $1/2$ окружности по передней или задней полуокружности
- 3) любая степень недостаточности после операции по поводу заднего свища прямой кишки
- 4) недостаточность сфинктера 2-3 степени при наличии дефекта до $1/3$ окружности

КУРС ВНУТРИАНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 7 дней
- 2) 2 месяца
- 3) 14 дней
- 4) 35 дней

ЧАСТОТА ЭКСПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА КОЛЕБЛЕТСЯ ОТ ___ ДО ___ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 20; 80
- 2) 30; 50
- 3) 25; 30
- 4) 10; 15

ВТОРАЯ ФАЗА МЕТОДА САКРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) хирургической имплантации постоянного электрода и электростимулятора
- 2) проведении пробного курса до получения клинического эффекта
- 3) хирургической имплантации временного электрода и электростимулятора
- 4) поиске нервов, обеспечивающих сокращение мышц сфинктера

ПОД ТЕРМИНОМ НАРУЖНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОНИМАЮТ

- 1) выпадение слизистой

- 2) внедрение вышележащих отделов в просвет нижележащих
- 3) выпадение всех слоев кишечной стенки через заднепроходное отверстие
- 4) энтероцеле

НАЗНАЧЕНИЕ ПРОКТОГРАФИИ ПАЦИЕНТКЕ С РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМ СВИЩОМ НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ

- 1) выявления гнойных затеков
- 2) выявления дефектов анального сфинктера
- 3) определения дополнительных отрочков свищевого хода
- 4) определения локализации свищевого отверстия в прямой кишке

ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ХОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) ход соединяющий полость пресакральной кисты с брюшной полостью
- 2) ход соединяющий наружное и внутреннее свищевое отверстие
- 3) ход соединяющий полость пресакральной кисты с анальным каналом
- 4) ход дренирующий эпителиальный копчиковый ход

ОПЕРАЦИЯ ДЕЛОРМА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
- 2) использовании тефлоновой нити
- 3) циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
- 4) циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика

ПАЦИЕНТАМ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА 2 СТЕПЕНИ С ДЕФЕКТОМ ЖОМА ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ ДО ? ОКРУЖНОСТИ ПОКАЗАНА

- 1) сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
- 2) сфинктероглютеопластика
- 3) только сфинктеролеваторопластика
- 4) только сфинктеропластика

САКРАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОДОВ, НАЛОЖЕННЫХ

- 1) в положении с локализацией индуктора максимально на урогенитальную область
- 2) в проекции второго крестцового-второго копчикового позвонков
- 3) на область анального отверстия
- 4) в проекции пятого поясничного-первого крестцового позвонков

НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА И ОЦЕНКИ ЕГО ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проктография
- 2) МРТ органов малого таза
- 3) ТРУЗИ
- 4) дефекография

ПО УРОВНЮ ДЕФЕКТА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ РАЗЛИЧАЮТ

- 1) боковое
- 2) верхнее
- 3) высокое
- 4) низкое

ПО УРОВНЮ ДЕФЕКТА РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ РАЗЛИЧАЮТ РЕКТОЦЕЛЕ

- 1) среднее
- 2) верхнее
- 3) низкое
- 4) боковое

СВИЩЕВОЕ ОТВЕРСТИЕ ПРИ СРЕДНИХ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) на уровне зубчатой линии
- 2) ниже зубчатой линии
- 3) в прямой кишке
- 4) в анальном канале

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ

- 1) повышения сократительной способности мышц запирающего аппарата прямой кишки и тазового дна
- 2) увеличения тонуса запирающего аппарата прямой кишки посредством контролируемого рубцевания
- 3) выработки условного ректоанального рефлекса
- 4) стимуляции вегетативных, чувствительных и двигательных нервов

ЦЕЛЮ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ликвидация диспареунии
- 2) косметическая пластика ректовагинальной перегородки
- 3) ликвидация дивертикулоподобного выпячивания
- 4) сфинктеропластика

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПОКАЗАНА

- 1) при недостаточности анального сфинктера 2 степени
- 2) при недостаточности анального сфинктера 1 степени
- 3) пациентам, перенесшим инъекционные методики лечения недостаточности анального сфинктера
- 4) при выраженной рубцовой деформации промежности

«РЕКТОЦЕЛЕ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- 2) выпадение прямой кишки
- 3) опущение передней стенки влагалища и матки
- 4) мешковидное выпячивание стенки прямой кишки

МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) в предоперационном периоде при хирургической коррекции анальной

инконтиненции

2) в послеоперационном периоде при хирургической коррекции анальной инконтиненции

3) при органической недостаточности анального сфинктера как основной метод лечения

4) при лечении функциональной недостаточности анального сфинктера

РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ СВИЩ В ОСНОВНОМ ЯВЛЯЕТСЯ ____ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

1) врожденным

2) послеоперационным

3) приобретенным

4) поствоспалительным

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ _____ СТЕПЕНИ

1) функциональная; 1

2) врожденная; 2

3) посттравматическая; 2

4) функциональная; 3

СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ОПРОСНИКУ

1) FIQL

2) Wexner

3) SF-36

4) Визуально-аналоговая шкала (VAS)

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ СОЛИТАРНУЮ ЯЗВУ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) ультразвуковое исследование ректальным датчиком

2) ректороманоскопия

3) аноскопия

4) дефекография

Анестезиология и реаниматология в колопроктологии

[Вернуться в начало](#)

К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ФЕНТАНИЛА ОТНОСЯТ

1) послеоперационную тошноту и рвоту

2) тахикардию

3) длительную послеоперационную седацию и аналгезию

4) депрессию дыхания

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ВЫДЕЛЯЮТ ____ ТЯЖЕСТИ

1) 1 степень

- 2) 2 степени
- 3) 4 степени
- 4) 3 степени

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- 3) первичным снижением объема циркулирующей крови
- 4) препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НАИБОЛЬШУЮ НЕПОСРЕДСТВЕННУЮ УГРОЗУ ДЛЯ ЖИЗНИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ

- 1) нарушение сознания
- 2) обезвоживание
- 3) увеличение частоты дыхания
- 4) снижение темпа диуреза

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ» В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВЕНЬ

- 1) общей КФК
- 2) МВ фракции КФК
- 3) тропонина
- 4) соотношения ЛДГ-1/ЛДГ-2

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСТОЧНИК ТЭЛА – ПЕРВИЧНЫЙ ТРОМБОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС – ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) яремных венах
- 2) левых отделах сердца
- 3) венах конечностей и таза
- 4) печёночных венах

ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) головокружение при переходе в ортостаз
- 2) изжога при быстрой ходьбе
- 3) колющие боли в сердце при наклонах туловища
- 4) повышение АД при физической нагрузке

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ОЦЕНКУ РИТМА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВОДИТЬ КАЖДЫЕ (В МИНУТАХ)

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

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) норэпинефрин

- 2) эпинефрин
- 3) тавегил
- 4) преднизолон

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ВЫПОЛНИТЬ

- 1) эхокардиографию
- 2) компьютерную томографию грудной клетки
- 3) регистрацию электрокардиограммы
- 4) сцинтиграфию миокарда

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) 30
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 15

НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гемоторакс
- 2) тахикардия
- 3) цианоз
- 4) внезапная одышка после смены положения тела

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМО ВНУТРИВЕННО СТРУЙНО ВВЕСТИ РАСТВОР ДЕКСТРОЗЫ _____% _____ МЛ

- 1) 40; 250-500
- 2) 40; 40-100
- 3) 5; 50-100
- 4) 40; 5-10

ДЕПРЕССИЮ ДЫХАНИЯ В ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ

- 1) трамадол
- 2) промедол
- 3) морфин
- 4) фентанил

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ИЛИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОСТЬ ИНFUЗИИ НАТРИЯ ХЛОРИДА РАСТВОРА 0,9% ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ И ГИПЕРОСМОЛЯРНОМ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В МЛ/Ч)

- 1) 250
- 2) 2000
- 3) 500

4) 1000

ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ СИДЕТЬ, ПРОВОДЯТ

- 1) в пятом межреберье по средней аксиллярной линии
- 2) в шестом межреберье по средней аксиллярной линии
- 3) в третьем межреберье по среднеключичной линии
- 4) во втором межреберье по среднеключичной линии

ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ДЛЯ БОРЬБЫ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ДО

- 1) общего анализа крови
- 2) биохимического анализа
- 3) анализа кислотного-щелочного состояния
- 4) анализа свертывающей системы крови

К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) системные глюкокортикоиды
- 2) блокаторы H1-гистаминовых рецепторов
- 3) β_2 -агонисты
- 4) адреномиметики

НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА РАЗВИВАЕТСЯ _____ КОМА

- 1) лактатацидотическая
- 2) гипогликемическая
- 3) кетоацидотическая
- 4) гиперосмолярная гипергликемическая

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ

- 1) норадреналина
- 2) допамина
- 3) анаприллина
- 4) дигоксина

ДЛЯ БОРЬБЫ С ДЕГИДРАТАЦИЕЙ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ НЕОБХОДИМО НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО НАЛАДИТЬ ВНУТРИВЕННУЮ ИНФУЗИЮ

- 1) гидроксиэтилхорида
- 2) натрия хлорида раствор 0,9%
- 3) глюкозы раствор 5%
- 4) модифицированного желатина

СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1) гемипареза

- 2) изоэлектрической ЭЭГ
- 3) атаксии
- 4) менингеальных симптомов

ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НИТРОГЛИЦЕРИН В ДОЗЕ 0,4-0,5 МГ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВВОДИТСЯ НЕ БОЛЕЕ _____ РАЗ/РАЗА

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

ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА, В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА, ПЕРВАЯ ИНЪЕКЦИЯ ЭПИНЕФРИНА ПРОВОДИТСЯ

- 1) внутривенно капельно
- 2) подкожно
- 3) внутривенно струйно
- 4) внутримышечно

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

ЕСЛИ ПОСЛЕ ТРЕХКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НЕ КУПИРОВАН, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) метамизол
- 2) трамадол
- 3) морфин гидрохлорид
- 4) кетопрофен

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА НЕ ПОЗДНЕЕ (В МИНУТАХ)

- 1) 60
- 2) 120
- 3) 30
- 4) 20

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ, ОТНОСЯТ

- 1) отсутствие тонов сердца и пульсации на магистральных артериях
- 2) отсутствие сознания и реакции на оклик
- 3) бледность или цианотичность кожных покровов
- 4) широкие зрачки и отсутствие реакции на свет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ВАРИАНТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) церебральный
- 2) асфиксический
- 3) типичный
- 4) абдоминальный

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОКС В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВЕНЬ

- 1) соотношения ЛДГ – 1 / ЛДГ - 2
- 2) общей КФК
- 3) МВ фракции КФК
- 4) тропонина

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ИЛИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОСТЬ ИНFUЗИИ 0,9% РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ И ГИПЕРОСМОЛЯРНОМ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ (В МЛ/Ч)

- 1) 2000
- 2) 500
- 3) 1000
- 4) 250

К ПРЕПАРАТАМ ВТОРОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) блокаторы H1-гистаминовых рецепторов
- 2) β2-агонисты
- 3) адреномиметики
- 4) системные глюкокортикоиды

БАЗОВАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИЕМ _____ МГ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

- 1) 150
- 2) 225
- 3) 75
- 4) 300

ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ СО СТРИДОРНЫМ 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

ИЗ ВСЕХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ КОМА

- 1) лактацидотическая
- 2) диабетическая кетоацидотическая
- 3) гипогликемическая
- 4) гиперосмолярная некетоацидотическая

ДИАГНОСТИКА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- 1) инструментальных методах исследования
- 2) данных клинической картины и анамнеза
- 3) функциональных методах исследования
- 4) лабораторных методах исследования

БЫСТРОЕ (БОЛЕЕ 4 ММОЛЬ/Ч) СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ОПАСНО РАЗВИТИЕМ

- 1) отека легких
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) отека головного мозга
- 4) острой печеночной недостаточности

ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НИТРОГЛИЦЕРИН В ДОЗЕ 0,4-0,5 МГ С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ВВОДИТСЯ НЕ БОЛЕЕ

- 1) 2 раз
- 2) 4 раз
- 3) 1 раза
- 4) 3 раз

ОПТИМАЛЬНАЯ ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)

- 1) 8-9
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 7-8

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ НЕОБХОДИМО ВНУТРИВЕННО СТРУЙНО ВВЕСТИ ДЕКСТРОЗЫ РАСТВОР ____% В ОБЪЕМЕ ____ МЛ

- 1) 40; 5-10
- 2) 5; 50-100
- 3) 40; 250-500
- 4) 40; 40-100

ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) появление колющих болей в области сердца при наклонах туловища
- 2) головокружение при переходе в ортостаз
- 3) изжога при быстрой ходьбе
- 4) повышение АД при физической нагрузке

У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ В

ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИГРАЕТ

- 1) гипоксия
- 2) склонность к затяжному течению обострений и рецидивам
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) полицитемия и повышение свертываемости крови

К НАИБОЛЕЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕМУ ПРОЯВЛЕНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) анафилактический шок
- 2) локализованная форма крапивницы
- 3) генерализованная форма крапивницы
- 4) ангионевротический отек

ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- 1) выполнить промывание желудка
- 2) установить мочевого катетер
- 3) обеспечить венозный доступ
- 4) обеспечить проходимость дыхательных путей

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

БАЗОВАЯ ТЕРАПИЯ ОКС ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИЕМ _____ МГ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

- 1) 150
- 2) 225
- 3) 75
- 4) 300

ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ ГИДРОТОРАКСЕ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА (ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ МОЖЕТ СИДЕТЬ) ПРОВОДЯТ

- 1) в четвертом межреберье по средней аксиллярной линии
- 2) в третьем межреберье по среднеключичной линии
- 3) в пятом - шестом межреберье по средней аксиллярной линии
- 4) во втором межреберье по среднеключичной линии

ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ПОДГОТОВЛЕННЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ

- 1) 30:1
- 2) 15:2
- 3) 30:2
- 4) 15:1

ЕСЛИ ПОСЛЕ ТРЕХКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НЕ КУПИРОВАН, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) морфина гидрохлорид
- 2) трамадол
- 3) кетопрофен
- 4) метамизол

ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕОБХОДИМА

- 1) инфузия фуросемида
- 2) повторная инъекция морфина
- 3) внутривенная инфузия нитроглицерина
- 4) грудная эпидуральная аналгезия наропином

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) 12
- 2) 2
- 3) 6
- 4) 24

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ КОЖНАЯ СЫПЬ

- 1) везикулярная
- 2) уртикарная
- 3) пустулезная
- 4) папулезная

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1) сывороточного железа
- 2) сывороточного альбумина
- 3) сывороточных трансаминаз
- 4) сывороточной триптазы

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В МАКСИМАЛЬНО РАННИЕ СРОКИ, ЕСЛИ НЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1) гипотензивные
- 2) диуретики
- 3) β -адреноблокаторы
- 4) антиаритмики

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ВАРИАНТОМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) церебральный

- 2) асфиксический
- 3) типичный
- 4) абдоминальный

ПРИ АСИСТОЛИИ ПОКАЗАНО

- 1) дефибрилляция
- 2) установка временного электрокардиостимулятора
- 3) введение атропина
- 4) непрямой массаж сердца

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ, ОТНОСЯТ

- 1) бледность или цианотичность кожных покровов
- 2) отсутствие тонов сердца и пульсации на магистральных артериях
- 3) отсутствие сознания и реакции на оклик
- 4) широкие зрачки и отсутствие реакции на свет

ВАЖНЕЙШИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ИМ С ПОДЪЕМОМ ST, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) время от момента повреждения миокарда до окончания реабилитационных мероприятий
- 2) время от момента возникновения приступа до начала реперфузионной терапии
- 3) наличие дополнительных медицинских услуг
- 4) комфортное пребывания пациента в палате

МАРКЕРОМ АНАЭРОБНОГО ГЛИКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глюкоза
- 2) D-димер
- 3) пируват
- 4) лактат

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В МАКСИМАЛЬНО РАННИЕ СРОКИ, ЕСЛИ НЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- 1) антиаритмики
- 2) гипотензивные
- 3) диуретики
- 4) β -адреноблокаторы

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ, ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ, ДОПУСКАЕТСЯ ПОДКОЖНОЕ ИЛИ ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ 1 МЛ РАСТВОРА

- 1) адреналина
- 2) глюкагона
- 3) налоксона
- 4) тиамина

ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ ____ В МИНУТУ

- 1) 120-140
- 2) 80-100
- 3) 100-120
- 4) 140-160

ОСТРУЮ ПОЧЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) аминогликозиды
- 2) цефалоспорины
- 3) тетрациклины
- 4) макролиды

Организация колопроктологической службы

[Вернуться в начало](#)

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

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

К ДАННЫМ, НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЯ СРЕДНЕГО ЧИСЛА ДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ КОЙКИ В ГОДУ, ОТНОСЯТ ЧИСЛО

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

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ В

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

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

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

4) 2 апреля 2010 года; 206н

**1 СТАВКА ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА ВЫДЕЛЯЕТСЯ НА __ КОЕК
КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

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

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

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

ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ ПО ФОРМУЛЕ

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

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

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

**ПРАВО ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ЛИЦАМ,
ЗАНИМАЮЩИМСЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ**

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

**1 СТАВКА ВРАЧА-ОНКОЛОГА ВЫДЕЛЯЕТСЯ НА __ КОЕК КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ**

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

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

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

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

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

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

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

ОПТИМАЛЬНАЯ МОЩНОСТЬ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ ОТ ___ ДО ___ КОЕК

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

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

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

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ _____ ПОМОЩИ

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

НОРМАТИВ ДОЛЖНОСТИ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЕТ 1 СТАВКУ НА _____ ТЫСЯЧ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

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

Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами. Реабилитация колопроктологических больных

[Вернуться в начало](#)

НАИМЕНЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ИМЕЕТ

- 1) одноствольная колостома
- 2) двуствольная колостома
- 3) двуствольная илеостома
- 4) одноствольная илеостома

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

АБСОРБИРУЮЩИЙ ПОРОШОК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) улучшения адгезивных свойств пластины
- 2) уменьшения объема кишечного отделяемого
- 3) лечения фолликулита перистомальной кожи
- 4) лечения мацерации и эрозирования кожи вокруг стомы

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ ПЕТЛЕВОЙ СИГМОСТОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) эндоректальное ультразвуковое исследование
- 2) ретроградное рентгеноконтрастное исследование
- 3) ортоградное рентгеноконтрастное исследование
- 4) магнитно-резонансную томографию брюшной полости

ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИЛЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) некроз стомы
- 2) эвентрация стомы
- 3) кровотечение из стомы
- 4) пролапс стомы

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

МАРКИРОВКА МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1) удобства работы оперирующего хирурга
- 2) удобства последующего ухода за стомой
- 3) формирования стомы в проекции, соответствующей анатомическому расположению выводимой кишки
- 4) профилактики осложнений стомы

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБРОСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИВОДЯЩЕЕ КОЛЕНО ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ОТВОДЯЩЕГО РАСПОЛАГАЮТ

- 1) медиальнее
- 2) латеральнее
- 3) выше
- 4) ниже

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

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ МАРКИРУЮТ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ

- 1) только для илеостомы
- 2) для илеостомы, трансверзостомы, сигмостомы
- 3) только для сигмостомы
- 4) только для трансверзостомы

КОЖА ВОКРУГ СТОМЫ В НОРМЕ

- 1) гиперемированная
- 2) сходная с кожей другой половины живота
- 3) бледная
- 4) цианотичная

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

ПРИ НОРМАЛЬНОМ ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ У ПАЦИЕНТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ

- 1) более 2000 мл кишечного содержимого
- 2) от 1000 мл до 1500 мл кишечного содержимого
- 3) до 1000 мл кишечного содержимого

4) от 1500 мл до 2000 мл кишечного содержимого

ОДНОКОМПОНЕНТНЫЙ НЕДРЕНИРУЕМЫЙ КАЛОПРИЕМНИК ПОКАЗАН ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) илеостомы
- 2) колостомы с жидким кишечным отделяемым
- 3) колостомы с оформленным кишечным отделяемым
- 4) еюностомы

ЛИХОРАДКА В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) парастомальной грыжи
- 2) парастомального абсцесса
- 3) стриктуры стомы
- 4) эвагинации

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ПАСТЫ ГЕРМЕТИК В ПОЛОСКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие поверхностных складок, шрамов, неровностей
- 2) развитие перистомального дерматита
- 3) наличие глубоких складок, неровностей в перистомальной области
- 4) наличие петлевой илеостомы

ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА СЕРОЗНЫЕ ОБОЛОЧКИ СТенок КИШКИ СКЛЕИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 3-6 часов
- 2) 1-2 часа
- 3) 12-24 часа
- 4) 6-12 часов

УШИВАНИЕ СВОБОДНОГО ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКОЙ И ПЕТЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, НЕСУЩЕЙ КОНЦЕВУЮ СИГМОСТОМУ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ, ВЫПОЛНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1) перитонита
- 2) непроходимости
- 3) ретракции
- 4) некроза

ДЛЯ ВЫБОРА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНОГО УЧАСТКА КИШКИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ БУДУЩЕЙ ИЛЕОСТОМЫ НЕОБХОДИМО ОТСТУПИТЬ ОТ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА НА РАССТОЯНИЕ (В СМ)

- 1) 20-15
- 2) 50-55
- 3) 15-20
- 4) 30-40

ДЛЯ ОТКЛЮЧЕНИЯ ПАССАЖА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПО ВСЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКЕ ФОРМИРУЮТ

- 1) илеостому
- 2) гастростому
- 3) трансверзостому
- 4) сигмостому

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПОДВЗДОШНАЯ КИШКА ВЫВОДИТСЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ НА РАССТОЯНИИ _____ СМ ОТ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

- 1) 50- 70
- 2) 5-10
- 3) 15-30
- 4) 40-50

ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕМ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) плоская площадка на передней брюшной стенке
- 2) проекция прямой мышцы живота, в самом выпуклом месте
- 3) медиальная площадка, выше пупка
- 4) медиальная площадка, ниже пупка

ВЫВОРАЧИВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1) перистомального дерматита
- 2) парастомальной грыжи
- 3) флегмоны передней брюшной стенки
- 4) воспаления серозной оболочки

ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ НАТЯЖЕНИЯ ПЕТЛИ, НЕСУЩЕЙ СИГМО-/ТРАНВЕРЗОСТОМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УДАЛЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО СТРЕЖНЯ ПОД ШПОРОЙ К

- 1) 6-7 суткам
- 2) 2-3 суткам
- 3) 10-12 суткам
- 4) 4-5 суткам

ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) магнитно-резонансная томография брюшной стенки
- 2) фистулография с водорастворимым контрастом
- 3) ультразвуковое исследование парастомальной области
- 4) компьютерная томография брюшной стенки

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) избыточное развитие подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки
- 2) дивертикулярная болезнь ободочной кишки, неосложненная форма
- 3) перитонит или инфицирование брюшной полости

4) паллиативный характер операции

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

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие хронических заболеваний
- 2) удовлетворительная функция анальной континенции
- 3) отсутствие гематогенных метастазов
- 4) герметичность колоректального анастомоза

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

К ФАКТОРУ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩЕМУ К РАЗВИТИЮ СТРИКТУРЫ СТОМЫ ОТНОСЯТ

- 1) ретракцию
- 2) эвагинацию
- 3) пролапс
- 4) парастомальную грыжу

РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ СТЕЖКАМИ КОЖНО-СЕРОЗНО-МЫШЕЧНЫХ ШВОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (В ММ)

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

ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КАЛОПРИЕМНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие сливного клапана

- 2) прозрачность
- 3) наличие антирефлюксного клапана
- 4) наличие окна

МАРКИРОВКА СТОМЫ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА

- 1) только стоя
- 2) только лежа
- 3) лежа, сидя и стоя
- 4) только сидя

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КОЛИТА ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндоскопическое исследование толстой кишки
- 2) трансректальное ультразвуковое исследование
- 3) компьютерная томография с внутривенным усилением
- 4) магнитно-резонансная томография

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ОБЛАСТИ ИЛЕОСТОМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) некроз илеостомы
- 2) гнойное воспаление
- 3) парастомальная грыжа
- 4) выпадение илеостомы

МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИЛЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) параректальный способ выведения кишки
- 2) трансректальный способ выведения кишки
- 3) формирование забрюшинного тоннеля
- 4) выворачивание слизистой оболочки кишечной стенки

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

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

ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И НЕВЫРАЖЕННОЙ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- 1) пластики грыжи с использованием сетчатого импланта
- 2) вмешательства с формированием проксимальной стомы
- 3) транспозиции стомы
- 4) ликвидации эвагинации стомы по типу операции Альтмайера

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ФОРМИРОВАНИЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРОИЗВОДЯТ

- 1) выведение превентивной петлевой илеостомы
- 2) выделение и мобилизацию культи отключенной культи
- 3) выделение и мобилизацию кишки, несущей стому
- 4) последовательное разделение спаек в брюшной полости

НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АНАСТОМОЗИТА С СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АНАСТОМОЗА

- 1) бок в бок ручным швом
- 2) бок в бок механическим швом
- 3) конец в конец однорядным швом
- 4) конец в конец двухрядным швом

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАСТОМАЛЬНОГО ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА В ТКАНЯХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА УРОВНЕ АПОНЕВРОЗА ПОКАЗАНО

- 1) использование адсорбирующих и альгинатных повязок
- 2) формирование проксимальной стомы
- 3) снятие швов и дренирование через серозно-кожную рану
- 4) вскрытие и дренирование абсцесса вне области калоприемника

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОЛИТА ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) местное введение препаратов 5-аминосалициловой кислоты и/или глюкокортикоидов
- 2) местное введение антибактериальных препаратов, активных в отношении анаэробов
- 3) механическую очистку и гидромассаж отключенных отделов кишки
- 4) ретроградное введение в отключенную кишку кишечного содержимого

ОСНОВНЫМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ДЛЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) аминокислоты и пептиды

- 2) моно- и дисахариды
- 3) короткоцепочечные жирные кислоты
- 4) олиго- и полисахариды

**В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПЕТЛЕВОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ
НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ТРОМБОЗА ЯВЛЯЮТСЯ СОСУДЫ**

- 1) верхней прямокишечной артерии
- 2) левой ободочной артерии
- 3) нижней брыжеечной артерии
- 4) верхней брыжеечной артерии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛИКВИДАЦИИ КОНЦЕВОЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие декомпенсированных сопутствующих заболеваний
- 2) тотальный дивертикулез ободочной кишки
- 3) короткая (менее 10 см) культя прямой кишки
- 4) недостаточность анального сфинктера 2 степени

ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) послеоперационная грыжа
- 2) несостоятельность анастомоза
- 3) кровотечение
- 4) анастомозит

ПОД ИРРИГАЦИЕЙ ПРИ УХОДЕ ЗА СТОМОЙ ПОНИМАЮТ

- 1) заполнение кишечника рентгенконтрастным веществом
- 2) опорожнение кишечника с помощью слабительных препаратов
- 3) опорожнение кишечника с помощью промывания
- 4) санацию культи прямой кишки

**ОСЛОЖНЕНИЕМ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА,
ОБУСЛОВЛЕННОГО УЗОСТЬЮ ЗАБРЮШИННОГО ТОННЕЛЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ
КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) параилеостомический абсцесс
- 2) стеноз колостомы
- 3) некроз колостомы
- 4) пролапс колостомы

**ПО ПРИЧИНЕ РАНЕНИЯ КРАЕВОГО СОСУДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ
ОДНОСТВОЛЬНОЙ СИГМОСТОМЫ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ**

- 1) пролапса
- 2) ретракции
- 3) перитонита
- 4) некроза

**СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПИТАНИЮ БОЛЬНЫМ СО СТОМАМИ В ПЕРВЫЕ 4-6
НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПИЩИ, БОГАТОЙ**

- 1) белками
- 2) холестерином
- 3) клетчаткой
- 4) поваренной солью

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТОМЫ ПЕТЛЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ДОЛЖНА СВОБОДНО ВЫВОДИТЬСЯ НА _____ СМ ВЫШЕ УРОВНЯ КОЖИ

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

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

В ХОДЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ РУЧНЫМ СПОСОБОМ ПРИ ДЛИНЕ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) более 15 см
- 2) 10-15 см
- 3) 5-10 см
- 4) менее 5 см

ПОД ОДНОКОМПОНЕНТНЫМ КАЛОПРИЕМНИКОМ ПОНИМАЮТ КАЛОПРИЕМНИК, В КОТОРОМ СТОМНЫЙ МЕШОК

- 1) можно дренировать
- 2) нельзя дренировать
- 3) и адгезивная пластина представлены отдельно
- 4) и адгезивная пластина составляют единое целое

МАРКИРОВКА МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) методом профилактики осложнений стомы
- 2) мерой для сокращения длительности операции
- 3) способом формирования стомы
- 4) способом ухода за стомой

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОЛИТА ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дисбаланс электролитов в просвете кишки и пристеночном пространстве
- 2) интраоперационная травма стенки отключенной кишки
- 3) трофические расстройства эпителия на фоне изменения микрофлоры
- 4) воспаление в области швов купола культи отключенной кишки

ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ

- 1) петлевой колостомы
- 2) петлевой илеостомы
- 3) одноствольной илеостомы
- 4) одноствольной колостомы

В НОРМЕ КОЛОСТОМА ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) втянутой
- 2) «столбиком»
- 3) плоской
- 4) выпуклой

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

ОДНОСТВОЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СТОМА, ВЫПОЛНЕННАЯ ПРИ ЭНТЕРОСТОМИИ ПО

- 1) Лахею
- 2) Микуличу
- 3) Торнболлу
- 4) Бруку

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ МЕХАНИЧЕСКИМ ШВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анастомозит
- 2) несостоятельность анастомоза
- 3) кишечная непроходимость
- 4) кровотечение

СТЕНОЗ ИЛЕОСТОМЫ НА УРОВНЕ АПОНЕВРОЗА ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы
- 2) параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде
- 3) развития парастомальной грыжи
- 4) свища илеостомы

К ОДНОМУ ИЗ ОСНОВНЫХ СВОЙСТВ АДГЕЗИВНОЙ ПЛАСТИНЫ ОТНОСЯТ

- 1) пластичность
- 2) эстетичность
- 3) устойчивость к эрозии кишечным содержимым
- 4) безболезненность при приклеивании

ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) защита анастомоза
- 2) отведение кишечного содержимого
- 3) отведение мочи
- 4) завершение операции на кишечнике

В УСЛОВИЯХ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

- 1) флегмоны
- 2) абсцесса
- 3) пролапса
- 4) некроза

НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТЕН РИСК РАЗВИТИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1) трансверзостомы
- 2) илеостомы
- 3) еюностомы
- 4) асцендостомы

КИШЕЧНАЯ СТОМА ОТНОСИТЕЛЬНО УРОСТОМЫ МАРКИРУЕТСЯ

- 1) выше уростомы
- 2) с противоположной стороны
- 3) на одном уровне
- 4) ниже уростомы

ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ СТОМНОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эстетичность
- 2) отсутствие шуршания
- 3) прозрачность
- 4) газо-и запахонепроницаемость

СЛЕДСТВИЕМ УЗКОГО РАЗРЕЗА АПОНЕВРОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1) грыжи
- 2) кровотечения
- 3) пролапса
- 4) некроза

К РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) выраженная дегидратация с лихорадкой
- 2) цианотическая окраска кожи парастомальной области
- 3) индурация мягких тканей в области стомы
- 4) выраженная боль в области стомы

КРАЕВОЙ НЕКРОЗ СЛИЗИСТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) одноствольной илеостомии
- 2) одноствольной колостомии
- 3) двуствольной илеостомии
- 4) двуствольной колостомии

ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ КАЛОПРИЕМНИК НАКЛЕИВАЮТ

- 1) через 24 часа после операции
- 2) через 48 часов после операции
- 3) через 12 часов после операции
- 4) по окончании операции

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ ИЗБЫТОК ВНУТРИБРЮШНОЙ ЧАСТИ КИШКИ ЛИКВИДИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1) стриктуры
- 2) некроза
- 3) пролапса
- 4) абсцесса

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ МИКУЛИЧА НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) раздельная колостома
- 2) раздельная илеотрансверзостома
- 3) петлевая колостома
- 4) петлевая илеостома

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ДВУХРЯДНЫМ РУЧНЫМ ШВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) несостоятельность анастомоза
- 2) кровотечение
- 3) анастомозит
- 4) сепсис

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ПРОВОДИТСЯ В

- 1) операционной, перед формированием стомы
- 2) операционной, после лапаротомии
- 3) смотровом кабинете, накануне операции
- 4) палате, накануне операции

ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА РУТИННО ФОРМИРУЮТ ПЕТЛЕВУЮ

- 1) гастростому
- 2) цекостому
- 3) илеостому
- 4) еюностому

ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ РАННЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПЕРИТОНИТА И СЕПСИСА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) ортоградную интубацию тонкой кишки
- 2) формирование проксимальной илеостомы
- 3) резекцию кишки с дефектом и реформированием анастомоза
- 4) ушивание дефекта кишечной стенки

ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ В СЛУЧАЕ СОХРАНЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ КИШКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ СФОРМИРОВАТЬ АНАСТОМОЗ

- 1) конец в бок
- 2) конец в конец
- 3) в 3/4
- 4) бок в бок

РАННИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стеноз
- 2) грыжа
- 3) абсцесс
- 4) стриктура

ПОД ОПЕРАЦИЕЙ МИКУЛИЧА ПОНИМАЮТ

- 1) гастростомию
- 2) резекцию тонкой кишки
- 3) обструктивную резекцию толстой кишки
- 4) резекцию ободочной кишки с формированием отдельных колостом

МАРКИРОВКУ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ СТОМЫ ПРОВОДИТ

- 1) специально обученный медицинский работник
- 2) оперирующий врач-хирург
- 3) операционная медицинская сестра
- 4) перевязочная медицинская сестра

СТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЙ ПРИ

- 1) наличии единичного метастатического очага в печени
- 2) сопутствующей анемии в момент наложения стомы
- 3) близком расположении опухоли к сфинктеру прямой кишки
- 4) распространении опухолевого процесса на сфинктерный аппарат прямой кишки

ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ЗАБРЮШИННЫЙ ТОННЕЛЬ ФОРМИРУЮТ ДЛЯ

- 1) одноствольной илеостомы
- 2) двуствольной илеостомы
- 3) двуствольной колостомы
- 4) одноствольной колостомы

СЕПТИЧНЫМ СЧИТАЕТСЯ КИШЕЧНЫЙ ШОВ ПРИ ЗАХВАТЕ ИГЛОЙ

- 1) мышечного слоя
- 2) подслизистого слоя
- 3) серозной оболочки
- 4) слизистой оболочки

ПОЗДНИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) флегмона
- 2) абсцесс
- 3) кровотечение
- 4) выпадение

КАЛОПРИЕМНИКИ С КОНВЕКСНОЙ ПЛАСТИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ

- 1) пролапсе кишки через стому
- 2) выпуклых стомах
- 3) втянутых стомах
- 4) илеостомах

В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ТРОМБОЗА ЯВЛЯЮТСЯ СОСУДЫ

- 1) верхней прямокишечной артерии
- 2) левой ободочной артерии
- 3) нижней брыжеечной артерии
- 4) верхней брыжеечной артерии

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

ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ОТСУТСТВУЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ К ПОВТОРНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ РАЗВИТИИ

- 1) несостоятельности швов анастомоза
- 2) анастомозита
- 3) мезентериального тромбоза
- 4) странгуляционной кишечной непроходимости

РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИЛЕОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эвентрация илеостомы
- 2) выпадение илеостомы
- 3) свищ илеостомы
- 4) парастомальная грыжа

НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АНАСТОМОЗИТА С СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ СУЩЕСТВУЕТ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ

- 1) сигмостомы
- 2) трансверзостомы
- 3) цекостомы
- 4) илеостомы

ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ РУТИННО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) нижнесрединную лапаротомию
- 2) люмбальный доступ
- 3) местный доступ
- 4) верхнесрединную лапаротомию

У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ СИГМОСТОМЫ МАРКИРУЮТ

- 1) выше пупка
- 2) в нижнем квадранте справа
- 3) в верхнем квадранте слева
- 4) в нижнем квадранте слева

КЛАПАННАЯ ИЛЕОСТОМА ПО КОКУ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ КОНЕЧНЫМ ЭТАПОМ

- 1) левосторонней гемиколэктомии
- 2) низкой передней резекции прямой кишки
- 3) колпроктэктомии
- 4) операции Гартмана

ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ В $\frac{3}{4}$ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СТРИКТУРЫ СЛЕДУЕТ ФОРМИРОВАТЬ АНАСТОМОЗ

- 1) перпендикулярно задней стенки
- 2) параллельно задней стенке
- 3) крестообразно
- 4) в косом направлении

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ КОЛИТЕ ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ОБЫЧНО ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) неравномерной гиперемией с белесыми наложениями в виде «псевдомембран»
- 2) сливающимися язвами с «островками» сохраненной слизистой оболочки
- 3) щелевидными язвами в виде «булыжной мостовой»
- 4) гиперемией и рыхлостью слизистой оболочки, афтозными язвами

МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ИЛЕ-ИЛЕОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) компьютерная томография с ортоградным контрастированием
- 2) колоноскопия
- 3) ирригоскопия

4) проктография

ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВОЙ СИГМОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) левая подреберная область
- 2) правая мезогастральная область
- 3) левая мезогастральная область
- 4) правая подреберная область

ДЛЯ АДЕКВАТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ И МИНИМАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ РАЗМЕР ФОРМИРУЕМОГО ДЕФЕКТА В АПОНЕВРОЗЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

- 1) в 2,5 раза больше диаметра выводимой кишки
- 2) в 1,5 раза больше диаметра выводимой кишки
- 3) равен диаметру выводимой кишки
- 4) в 2 раза больше диаметра выводимой кишки

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ИМЕЕТ

- 1) одноствольная илеостома
- 2) двуствольная илеостома
- 3) двуствольная колостома
- 4) одноствольная колостома

СЛЕДСТВИЕМ АБСЦЕССА В ОБЛАСТИ ИЛЕОСТОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) формирование стриктуры на уровне апоневроза
- 2) ретракция илеостомы
- 3) формирование свища
- 4) выпадение илеостомы

ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АНАЛЬНУЮ ИНКОНТИНЕНЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) профилометрию
- 2) сфинктерометрию
- 3) дефекографию
- 4) ультразвуковое исследование ректальным датчиком

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ КАК ПРАВИЛО ФОРМИРУЕТСЯ ПРЕВЕНТИВНАЯ

- 1) сигмостома
- 2) еюностома
- 3) цекостома
- 4) илеостома

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПРОТИВОБРЫЖЕЕЧНАЯ ЧАСТЬ

ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) медиально
- 2) латерально
- 3) краниально
- 4) каудально

ПРИ ЭВЕНТРАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ПОКАЗАНО

- 1) плановое хирургическое вмешательство
- 2) экстренное хирургическое вмешательство
- 3) консервативное лечение
- 4) срочное хирургическое вмешательство

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ ПО УХОДУ ЗА СТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) очиститель для кожи
- 2) калоприемник
- 3) абсорбирующий порошок
- 4) защитная пленка для кожи вокруг стомы

ОПЕРАЦИЯ КЕНЮ-МАЙЛСА ПОДРАЗУМЕВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ

- 1) петлевой илеостомы
- 2) концевой илеостомы
- 3) концевой колостомы
- 4) петлевой колостомы

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБРОСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИВОДЯЩЕЕ КОЛЕНО ДВУСТВОЛЬНОЙ СТОМЫ РАСПОЛАГАЮТ

- 1) ниже отводящего
- 2) выше отводящего
- 3) медиальнее отводящего
- 4) латеральнее отводящего

ЛУЧЕВЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДОСТОВЕРНО ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНСТОМОЗА ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) колоноскопия
- 2) ирригоскопия
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) позитонно-эмиссионная томография

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕТЛЕВОЙ КОЛОСТОМЫ ПЛАСТИКОВЫЙ ДЕРЖАТЕЛЬ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- 1) формирования хоботка
- 2) формирования шпоры
- 3) профилактики некроза
- 4) профилактики ретракции

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

НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЧАСТЬЮ КАЛОПРИЕМНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) адгезивная пластина
- 2) стомный мешок
- 3) фильтр
- 4) застежка

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

ОДИНАКОВЫМ СПОСОБОМ ФОРМИРУЕТСЯ СТОМА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ

- 1) Лахей и Кеню-Майлса
- 2) Микулича и Гартмана
- 3) Гартмана и Кеню-Майлса
- 4) Лахей и Гартмана

КАЛОПРИЕМНИК ИЗ ПЛАСТМАССЫ НА ПОЯСЕ РЕКОМЕНДОВАН ПАЦИЕНТАМ С

- 1) илеостомами
- 2) непереносимостью адгезивов
- 3) «порочными» стомами
- 4) колостомами

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

ДИАМЕТР ВЫРЕЗАЕМОГО ОТВЕРСТИЯ В ПЛАСТИНЕ КАЛОПРИЕМНИКА

- 1) вычисляется по формуле $D=2\sqrt{S}$
- 2) равен диаметру стомы + 1 см
- 3) равен диаметру стомы
- 4) равен диаметру стомы + 2,5 см

ДЛЯ ОЦЕНКИ ЦЕЛОСТНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПЕРЕД ЛИКВИДАЦИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ СТОМЫ ОТСУТСТВУЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1) ультразвукового исследования малого таза
- 2) пальцевого исследования
- 3) эндоскопического исследования
- 4) рентгенконтрастного исследования

НАЧИНАТЬ ПОДБОР СРЕДСТВ УХОДА ЗА СТОМОЙ СЛЕДУЕТ С ОЦЕНКИ

- 1) функционирования стомы
- 2) рациона питания
- 3) перистомальной области
- 4) индекса массы тела

ПРИ НАЛИЧИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ КОЖИ В ВИДЕ ЭРОЗИЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗАЩИТНУЮ ПЛЕНКУ В ФОРМЕ

- 1) аэрозоля
- 2) салфетки
- 3) раствора
- 4) порошка

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛИТА ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1) резекцию наиболее пораженного отдела кишки
- 2) эндоскопическую аргонно-плазменную коагуляцию участков воспаления
- 3) демукозацию отключенного отдела толстой кишки
- 4) операцию по ликвидации кишечной стомы

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТКЛЮЧЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКЕ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 50-70
- 2) 15-30
- 3) 70-100
- 4) 30-50

ПРИ НАЛИЧИИ ВОЛОС В ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО

- 1) бритье волос
- 2) срезание волос ножницами
- 3) применение защитного кольца
- 4) удаление волос с помощью лазерной эпиляции

ОСТАТКИ АДГЕЗИВА УДАЛЯЮТ С КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) жирного крема
- 2) спиртосодержащих очистителей
- 3) очистителя для кожи
- 4) ацетонсодержащих очистителей

ПЕРЕД ПРИКЛЕИВАНИЕМ ПЛАСТИНЫ КАЛОПРИЕМНИКА КОЖУ ВОКРУГ СТОМЫ СЛЕДУЕТ ОБРАБАТЫВАТЬ

- 1) увлажняющим кремом
- 2) защитной пленкой
- 3) водным раствором антисептика
- 4) спиртовым раствором антисептика

УРЕТЕРОИЛЕОСТОМИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ БРИКЕРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ФОРМИРОВАНИЕ _____ ИЛЕОСТОМЫ

- 1) раздельной
- 2) петлевой
- 3) двуствольной
- 4) одноствольной

ДИАМЕТР ВЫРЕЗАЕМОГО ОТВЕРСТИЯ В ПЛАСТИНЕ КАЛОПРИЕМНИКА

- 1) вычисляется по формуле $D=2VS/\pi$
- 2) равен диаметру стомы + 1 см
- 3) равен диаметру стомы
- 4) равен диаметру стомы + 2,5 см

В СЛУЧАЕ ИМЕЮЩИХСЯ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЫВЕДЕННОЙ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ КИШКЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНО

- 1) использование антикоагулянтов после операции
- 2) выполнить повторное формирование кишечной стомы
- 3) назначение антибактериальных препаратов
- 4) применение препаратов, улучшающих реологию крови

СТОМА, ГДЕ ОДИН СТВОЛ КИШКИ ВЫВОДИТСЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ И ПОДШИВАЕТСЯ К КОЖЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) петлевой
- 2) телескопической
- 3) пристеночной
- 4) концевой

ПРИ РЕТРАКЦИИ КИШЕЧНОЙ КОЛОСТОМЫ ДО УРОВНЯ АПОНЕВРОЗА ПОКАЗАНА

- 1) антибактериальная терапия
- 2) консервативная тактика ведения
- 3) транспозиция стомы
- 4) проксимальная илеостомия

ПАЦИЕНТАМ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) заниматься бегом
- 2) поднимать тяжести
- 3) заниматься плаванием
- 4) кататься на лыжах

КАЛОПРИЕМНИКИ С КОНВЕКСНОЙ ПЛАСТИНОЙ ФИКСИРУЮТ ЭЛАСТИЧНЫМ РЕМНЕМ

- 1) только у пациентов с астенизацией
- 2) только у пациентов с грыжами живота
- 3) всегда
- 4) только у пациентов с ожирением

НАИМЕНЬШАЯ ШИРИНА РАЗРЕЗА АПОНЕВРОЗА ТРЕБУЕТСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1) одноствольной колостомы
- 2) двуствольной илеостомы
- 3) одноствольной илеостомы
- 4) двуствольной колостомы

МАРКИРОВКА МЕСТА КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) после интраоперационной ревизии
- 2) на операционном столе до начала вмешательства
- 3) в палате до оперативного вмешательства
- 4) после выполнения основного этапа операции

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

В СЛУЧАЕ СОМНЕНИЙ В ГЕРМЕТИЧНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) соблюдение постельного режима и строгого ограничения диеты в течение недели после операции
- 2) дополнительное дренирование полости малого таза
- 3) формирование превентивной кишечной стомы
- 4) применение биологического клея на основе фибрина

ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) парастомальный абсцесс
- 2) кровотечение из стомы
- 3) стриктура стомы
- 4) высокий тонкокишечный свищ

ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПОЗДНЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПРИ НАЛИЧИИ ПЕРИТОНИТА И СЕПСИСА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) ортоградную интубацию тонкой кишки
- 2) резекцию кишки с дефектом и реформированием анастомоза
- 3) разобщение анастомоза с повторным формированием стомы
- 4) ушивание дефекта кишечной стенки

УДЕРЖИВАЮЩИЙ СТЕРЖЕНЬ ДЛЯ СТОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) формирования петлевой стомы
- 2) временной фиксации петлевой стомы
- 3) фиксации одноствольной стомы
- 4) формирования илеостомы по Торнболлу

ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПАРАСТОМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МЕСТНЫМ ДОСТУПОМ С ПЛАСТИКОЙ СОБСТВЕННЫМИ ТКАНЯМИ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 10-20
- 2) 46-100
- 3) 5-10
- 4) 21-45

ЧЕРЕЗ 2 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ С НАЛОЖЕНИЕМ ИЛЕОСТОМЫ СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ КИШКИ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

- 1) не менее 1 литра
- 2) до 2 литров
- 3) до 300 мл
- 4) от 600 до 700 мл

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ БРЫЖЕЙКА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ДОЛЖНА РАСПОЛАГАТЬСЯ

- 1) каудально
- 2) краниально
- 3) латерально
- 4) медиально

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ДВУСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ В ХОДЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) выраженных сопутствующих заболеваний
- 2) высоком риске несостоятельности колоректального анастомоза
- 3) выраженном спаечном процессе в брюшной полости
- 4) активном воспалении слизистой оболочки отключенной кишки

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

РИСК ЭВАГИНАЦИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ МОЖНО СНИЗИТЬ ПУТЕМ

- 1) наложения частых кожно-слизистых швов

- 2) формирования узкого отверстия в передней брюшной стенке
- 3) дополнительной фиксации брыжейки
- 4) применения синтетических сеток

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛИТА ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ОСНОВАНО НА

- 1) системной антибактериальной терапии
- 2) системной противовоспалительной терапии
- 3) местном применении противовоспалительных средств
- 4) местном применении антибактериальных средств

ПАРАСТОМАЛЬНАЯ ГРЫЖА НАЗЫВАЕТСЯ ЛОЖНОЙ, ЕСЛИ

- 1) избыток формирующей стомы кишки располагается в подкожной клетчатке
- 2) через дефект апоневроза выходит петля кишки, формирующей стому
- 3) она свободно вправляется в брюшную полость
- 4) она не сопровождается деформацией и выпячиванием передней брюшной стенки в области выведения стомы

ПАЦИЕНТАМ С ИЛЕОСТОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) прием 2000-2500 мл жидкости в сутки
- 2) соблюдать уровень приема соли до 3-5 г в сутки
- 3) жидкость принимать отдельно от плотной пищи
- 4) употребление блюд, содержащих грубую клетчатку

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 слепое заканчивающееся выпячивание стенки полого или трубчатого органа

НАИБОЛЕЕ СЛОЖНОЙ В УХОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) еюностома
- 2) сигмостома
- 3) трансверзостома
- 4) илеостома

К КОНСЕРВАТИВНОМУ СПОСОБУ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ИЛЕОСТОМЫ ОТНОСЯТ

- 1) использование гемостатика
- 2) прошивание кровоточащего участка
- 3) электрокоагуляцию
- 4) реилеостомию

ПОД ДВУХКОМПОНЕНТНЫМ КАЛОПРИЕМНИКОМ ПОНИМАЮТ КАЛОПРИЕМНИК, В КОТОРОМ КАЛОПРИЕМНЫЙ МЕШОК

- 1) нельзя дренировать
- 2) и адгезивная пластина составляют единое целое
- 3) и адгезивная пластина представлены отдельно
- 4) можно дренировать

КОЛИТ ОТКЛЮЧЕННОЙ КИШКИ ТРЕБУЕТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В _____ % СЛУЧАЕВ

- 1) 10-20
- 2) 20-30
- 3) 5-10
- 4) 1-5

ЧАСТОТА РЕТРАКЦИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1) 1-2
- 2) 3-14
- 3) 15-20
- 4) 21-25

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕТЛЕВОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ С МОБИЛЬНОЙ БРЫЖЕЙКОЙ ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) абсцесс
- 2) стриктура
- 3) пролапс
- 4) некроз

ДЛЯ ОТКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПАССАЖА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ТОЛЬКО ПРЯМОЙ И ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ФОРМИРУЮТ

- 1) цекостому
- 2) илеостому
- 3) сигмостому
- 4) трансверзостому

ПРИЧИНОЙ НЕКРОЗА КИШКИ, НЕСУЩЕЙ СТОМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) избыточное развитие подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки
- 2) парастомальный абсцесс
- 3) мобильность брыжейки
- 4) тромбоз сосудов брыжейки

ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ТИПУ ГАРТМАНА ЯВЛЯЕТСЯ (В МЕСЯЦАХ)

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

4) 6-12

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

ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ СТОМЫ В ? С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СТРИКТУРЫ СЛЕДУЕТ ФОРМИРОВАТЬ АНАСТОМОЗ

- 1) параллельно задней стенке
- 2) перпендикулярно задней стенки
- 3) в косом направлении
- 4) крестообразно

ПАЦИЕНТ С ИЛЕОСТОМОЙ ДОЛЖЕН ВЫПИВАТЬ В СУТКИ НЕ МЕНЕЕ _____ МЛ ЖИДКОСТИ

- 1) 300
- 2) 1500
- 3) 1000
- 4) 500

Общественное здоровье и здравоохранение

[Вернуться в начало](#)

ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

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

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ФОРМИРОВАТЬ

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

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

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

4) заполняются работодателем

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

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ В ЦЕЛЯХ

- 1) определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или 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

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

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

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

ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

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

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

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ

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

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

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

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) производится при условии, если безработный получает дополнительное профессиональное образование по направлению службы занятости
- 2) производится в случаях ухода за ребенком в возрасте до 3 лет
- 3) производится только при условии, если безработный состоит на учёте в государственной службе занятости населения
- 4) не производится

ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ (ВЫДАЧИ) ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

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

ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ _____ ДНЕЙ

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

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

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

ФИНАНСОВЫМ ИСТОЧНИКОМ ДЛЯ ВЫПЛАТ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА

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

СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) вносятся в листок нетрудоспособности при условии направления пациента на

медико-социальную экспертизу

- 2) вносятся в листок нетрудоспособности в обязательном порядке
- 3) вносятся в листок нетрудоспособности только по письменному заявлению гражданина
- 4) не вносятся в листок нетрудоспособности ни при каких условиях

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

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

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

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

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

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

ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

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

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК

НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

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

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

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

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ, СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

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

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) 6
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

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

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

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТ (НЕ ВЫДАЕТ)

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

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

ПО СВОЕЙ ФУНКЦИИ ПРАВОВЫЕ НОРМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

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

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

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) 9
- 2) 10

- 3) 6
- 4) 8

ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУСЛОВЛЕНО

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

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

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ)

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

К ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) ОТНОСЯТ

- 1) систематизированный анализ данных о заболеваемости и смертности населения
- 2) контроль качества оказания медицинской помощи населению
- 3) материально-техническое обеспечение медицинских организаций
- 4) организацию и планирование деятельности медицинских организаций

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ

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

ПОД СФЕРОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОНИМАЮТ КОМПЛЕКС ОБЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ, КОТОРЫЙ

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

СВЕДЕНИЯ О ДИАГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩЕГО ИНВАЛИДА В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

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

ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) оформляется дубликат листка нетрудоспособности
- 2) оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями
- 3) допускается выдача дубликата листка нетрудоспособности
- 4) выписка из протокола врачебной комиссии

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

ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

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

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

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

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

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА 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

К ОТЧЕТНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ДЛЯ АНАЛИЗА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСЯТ

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

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

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

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

К УСЛОВИЯМ, ОГРАНИЧИВАЮЩИМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС, ОТНОСИТСЯ

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

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) врача-специалиста
- 2) врачебной комиссии
- 3) главного врача

4) консилиума врачей

БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

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

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

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

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

ОТЧЕТНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ДЛЯ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ПОЛИКЛИНИКЕ, ЯВЛЯЮТСЯ СВЕДЕНИЯ О

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

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

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

[Вернуться в начало](#)