1. Принципами микрохирургического кишечного шва являются:

а) выполнение анастомоза на основе микрохирургической анатомии органа;

б) использование футлярного строения кишечной стенки;

в) наложение кишечного шва без захвата слизистой оболочки;

г) наложение кишечного шва с захватом слизистой оболочки;

д) плотное сопоставление подслизистых основ;

е) использование оптического увеличения в 16-20 раз.

1. Оптимальным микрохирургическим шовным материалом является:

а) монофиламентный;

б) плетеный;

в) рассасывающийся;

г) нерассасывающийся;

д) калибром 3/0-4/0;

е) калибром 6/0-8/0;

ж) калибром 9/0-10/0.

1. Адаптация и заживление какого слоя кишечной стенки наиболее важны для герметичности швов:

а) слизистой оболочки;

б) мышечной оболочки;

в) серозной оболочки.

1. Сшивание слизистой оболочки при наложении микрохирургических кишечных швов:

а) должно выполняться всегда;

б) следует избегать;

в) строго запрещено.

1. При захвате в шов слизистой оболочки:

а) происходит тромбоз ее сосудов и некроз слизистой;

б) рана заживает вторичным натяжением;

в) создаются условия для инфицирования анастомоза через лигатурные каналы;

 г) происходит деформация соустья.

1. Заживление слизистых оболочек идет оптимально (с минимальным воспалением, быстро по времени, с минимальным образованием соединительной ткани):

а) при их тщательном сопоставлении и сшивании микрохирургическим швом:

б) при традиционном двухрядном шве;

в) при сшивании только подслизистых основ беззахвата слизистой оболочки.

1. Применимы микрохирургические швы для ушивания ран тонкой и толстой кишки при перитоните длительностью?

а) 2 часа;

б) 4-6 часов;

в) 7-9 часов.

1. Какая минимальная длина, свободного сегмента общего желчного протока ниже бифуркации необходима для наложения микрохирургического холедохоеюнального анастомоза с внутристеночным расположением общего желчного протока:

а) 0,5 см;

б) 1,5 см;

в) 2,5 см;

г) 4 см;

д) свободный сегмент не нужен.

1. Противопоказания к наложению микрохирургического холедохоеюнального анастомоза с внутристеночным расположением общего желчного протока:

а) рубцовая стриктура дистального отдела общего желчного протока;

б) расширение общего желчного протока больше 2,5 см;

в) острый гнойный холангит, отек и инфильтрация стенок желчного протока;

г) культя общего желчного протока длиннее 4 см;

д) противопоказаний нет.

1. Показания к микрохирургической трансдуоденальной папиллосфинктеропластике:

а) гнойный холангит;

б) рубцовый стеноз БДС;

в) опухоль БДС;

г) опухоль Клацкина;

д) острый панкреатит.

1. Показания к наложению микрохирургических билиодигестивных анастомозов;

а) острый панкреатит;

б) острый гнойный холангит;

в) непроходимость ДПК;

г) нарушение проходимости дистального отдела общего желчного протока;

д) рак желудка с пилородуоденальным стенозом.

1. На каком расстоянии от дуоденоеюнального изгиба выполняется энтеротомия для наложения поперечного микрохирургического холедохо- или гепатикоеюноанастомоза:

а) 5 см;

б) 15 см;

в) 25 см;

г) 35 см;

д) 50 см.

1. Какова длина тоннеля для общего желчного протока под серозно-мышечным футляром тонкой кишки при микрохирургической холедохоеюностомии с внутристеночным расположением общего желчного протока:

а) 5 мм;

б) 10 мм;

в) 25 мм;

г) 40 мм;

д) чем длиннее, тем надежнее.

1. Проходимость чего проверяют после выполнения микрохирургической трансдуоденальной папиллосфинктеропластики:

а) двенадцатиперстной кишки;

б) терминального отдела общего желчного протока;

в) вирсунгова протока;

г) б и в;

д) а, б и в.

1. Для какого слоя рассекается печеночно-поджелудочная ампула при выполнении микрохирургической трансдуоденальной папиллосфинктеропластики:

а) до мышечного;

б) до подслизистой;

в) до слизистой общего желчного протока;

г) рассекаются все слои;

д) ампула не рассекается.

1. Шаг шва между двенадцатиперстной кишки и общим желчным протоком при микрохирургической трансдуоденальной папиллосфинктеропластике:

а) 0,2-0,5 мм;

б) 1-1,5 мм;

в) 2,5-3 мм;

г) 5-6 мм;

д) шаг шва не важен.

1. Какой вид микрохирургического вмешательства оптимален при раке головки поджелудочной железы;

а) поперечная холедохо- или гепатикоеюностомия;

б) трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;

в) холедоходуоденоанастомоз;

г) любая из этих методик;

д) ни одна из этих методик.

1. Показания к наложению микрохирургического пищеводно-желудочного анастомоза:

а) злокачественные образования пищевода и кардии желудка;

б) посттравматические рубцовые стриктуры пищевода;

в) эзофагит, осложненный рубцовым стенозом;

г) все перечисленное;

д) ничего из перечисленного.

1. С какой стенкой желудка накладывается микрохирургический пищеводно-желудочный анастомоз:

а) с задней;

б) с правой;

в) с левой;

г) с передней;

д) с любой.

1. Какова длина серозного канала в желудке при формировании микрохирургического пищеводно-желудочного анастомоза:

а) 0,5-1 см;

б) 2-3 см;

в) 4-5 см;

г) более 5 см;

д) не имеет значения.

1. Какой шов используется при наложении микрохирургического пищеводно-желудочного анастомоза:

а) серозно-адветициальный;

б) серозно-мышечный – адветициально-мышечный;

в) серозно-мышечно-подслизистый – адветициально-мышечно-подсли-зистый;

г) через все слои;

д) слизисто-слизистый.

1. Нить, использующая при наложении микрохирургического пищеводно-желудочного анастомоза:

а) PDS 6/0;

б) PDS 9/0;

в) Prolen 3/0;

г) Prolen 4/0;

д) Капрон.

1. Необходимость создания желудочно-кишечных анастомозов со сфинктерными свойствами связана с:

а) обеспечением порционного поступления химуса из желудка в тонкую кишку;

б) предотвращением рефлюкса кишечного (дуоденального) содержимого в желудок;

в) профилактикой демпинг-синдрома;

г) профилактикой регургитационного холангита.

1. На основе какого микрохирургического кишечного шва реализуется методика создания искусственных сфинктеров ЖКТ:

а) однорядного;

б) двухрядного;

в) трехрядного.

1. За счет чего формируется искусственный «пилорический» сфинктер при наложении гастродуоденоанастомоза после резекции желудка по Бильрот-I:

а) наложение наружного футляра на наружный футляр двенадцатиперстной кишки;

б) формирования дупликатуры наружного футляра двенадцатиперстной кишки с последующим наложением на нее наружного футляра желудка;

инвагинации передней стенки двенадцатиперстной кишки узловыми швами.

1. За счет чего формируется искусственный сфинктер при наложении гастроэнтероанастомоза при резекции желудка по Бильро-II:

а) наложения «гофрирующих» серозно-мышечных швов, создающих сфинктерооподобный валик по всей окружности анастомоза;

б) создание «клапана» из слизистой оболочки культи желудка.

1. Почему при пилоросохраняющей резекции желудка необходимо иссечение слизистой пилорического канала:

а) потому что слизистая пилорического отдела желудка является местом продуцирования гастрина, с чем связано возникновение пептической язвы анастомоза;

б) в связи с потенциальной угрозой возникновения злокачественной опухоли в этом отделе.

1. Какое соотношение просветов тонкой и толстой кишки должно быть при наложении микрохирургического инвагинационного конце-бокового тонко-толстокишечного анастомоза:

а) просвет толстой кишки должен быть больше на 2,5-3 см просвета тонкой кишки;

б) просвет толстой кишки должен быть больше на 1-2 см просвета тонкой кишки;

в) просвет тонкой кишки должен быть равен просвету толстой кишки;

г) соотношение не имеет значения;

д) просвет тонкой кишки должен быть на 1-2 см больше просвета толстой кишки.

1. Какова длина серозного канала в толстой кишке при наложении микрохирургического инвагинационного конце-бокового тонко-толстокишечного анастомоза:

а) 1,5-2 см;

б) 3,5-4 см;

в) 5,5-6 см;

г) более 6 см;

д) канал при этой методике не формируется.

1. На каком протяжении необходимо отсепаровать слизистую оболочку и подслизистую основу тонкой и толстой кишки при наложение микрохирургического инвагинационного конце-бокового тонко-толстокишечного анастомоза:

а) не отсепаровывается;

б) 0,2 см;

в) 0,5 см;

г)1 см;

д) не имеет значения.

1. Какое соотношение просветов тонкой и толстой кишки должно быть при наложении микрохирургического инвагинационного конце-концевого тонко-толстокишечного анастомоза:

а) просвет толстой кишки должен быть больше на 2,5 см просвета тонкой кишки;

б) просвет толстой кишки должен быть больше на 4-5 см просвета тонкой кишки;

в) соотношение не имеет значения;

г) просвет тонкой кишки должен быть на 2,5-3 см больше просвета толстой кишки.

1. Показания к применению микрохирургического инвагинационного конце-концевого тонко-толстокишечного анастомоза:

а) дивертикулез толстой кишки;

б) травматические повреждения толстой кишки;

злокачественные опухоли толстой кишки;

доброкачественные опухоли толстой кишки больших размеров;

в) все перечисленное.

1. Противопоказания к применению микрохирургического тонко-толстокишечного анастомоза:

а) отсутствие проходимости кишечника дистальнее анастомоза;

б) нежизнеспособность стенки кишки;

в) сахарный диабет;

г) а и б;

д) все перечисленное.

1. До какого размера микрохирургическим подслизисто-мышечно-подслизистым швом сужается размер сфинктера илеоцекального клапана при устранении его недостаточности:

а) до 0,5 см;

б) до 1,0 см;

в) до 2,0 см;

г) до 4 см;

д) свинктер не сужается.

1. Противопоказания к восстановительной операции на илеоцекальном клапане при его недостаточности:

а) воспалительная инфильтрация стенки восходящей кишки;

б) мегаколон;

в) хронические запоры;

г) все перечисленное;

д) ничего из перечисленного.