

TEST, IV. ročník, Všeobecné Lekárstvo, CHIRURGIA

1. Orringerova operačná technika pre karcinóm pažeráka je definovaná ako:

- a. tupá transmediastinálna disekcia bez torakotómie – tzn. pažerák je mobilizovaný tupou disekciou naslepo rukou vsunutou do mediastina cez hornú strednú laparotómiu
- b. metóda, ktorá zabezpečí dostatočné odstránenie lymfatických uzlín najmä zo strednej a hornej tretiny pažeráka
- c. metóda, ktorou odstraňujeme pažerák cez torakotómiu vľavo
- d. už vyše sto rokov známa technika pri karcinóme pažeráka s našitím anastomózy v mediastine

2. Transtorakálna resekcia pažeráka pre karcinóm:

- a. znamená mobilizáciu žalúdka cez hornú strednú laparotómiu a mobilizáciu pažeráka cez najčastejšie pravostrannú torakotómiu
- b. je metóda, ktorá nezabezpečí dostatočné odstránenie lymfatických uzlín pažeráka
- c. je chirurgická technika vhodná na chirurgickú liečbu najmä adenokarcinómu pažeráka
- d. sa využíva vo všeobecnosti zriedka

3. Najčastejšie sa pri rekonštrukcii nahrádza pažerák:

- a. tenkým črevom
- b. pravou polovicou hrubého čreva
- c. ľavou polovicou hrubého čreva
- d. žalúdkom

4. Bypassové techniky tzn. ponechanie tumoru in situ a našitie anastomózy proximálne od tumoru:

- a. sú techniky, ktoré si vyberáme už pred operáciou ak je tumor dlhá CT ťažko resekabilný
- b. sa nikdy nedostali do klinickej praxe
- c. majú najnižšiu letalitu vzhľadom k obídenu nutnosti odstránenia pokročilého tumoru
- d. sú techniky, od ktorých sa upustilo, nakoľko nádor ostával in situ, dnes sú modernejšie spôsoby rekanalizácie a mali vysokú letalitu a krátke prežívanie

5. Paliatívne intubačné protézy:

- a. sú zavádzane endoskopicky alebo v poslednom období transabdominálnym prístupom
- b. sa zavádzajú vždy v celkovej anestéze
- c. ich hlavným predstaviteľom sú v súčasnosti samoexpandibilné metalické stenty
- d. od pertubácie endoprotézou sa v posledných rokoch už upustilo

6. Intraluminálna laserová liečba NdYAG laserom (neodymium: yttrium aluminium garnet) s cieľom ablácie obturujúcich tumorov pažeráka je charakterizovaná najlepšie:

- a. jej efekt je porovnateľný s inými metódami
- b. výhodou je, že nie sú nutné opakované sedenia
- c. je pomerne lacná technika a preto je vo svete rozšírená
- d. je technika, ktorá sa pri liečbe karcinómu pažeráka nevyužíva, nakoľko sa jedná o malígne ochorenie

7. Brachyterapia ako metóda:

- a. je intrakavitárne ožarovanie tumoru pažeráka pelotami cézia, ktoré sa zavádzajú cez aplikátor do pažeráka 2 cm nad tumor prechádzajú pažerákom v mieste tumoru až 2 cm pod tumor
- b. má časté vedľajšie účinky
- c. je na Slovensku pomerne rozšírenou paliatívnou metódou liečby karcinómu pažeráka
- d. účinok brachyterapie sa dostaví až po niekoľkých mesiacoch a nie okamžite

8. Chemoterapia pri predoperačnej príprave pacientov s karcinómom pažeráka:

- a. sa štandardne nevyužíva
- b. využíva sa ako neoadjuvantná liečba v kombinácii s rádioterapiou
- c. štúdie poukazujú na predĺženie prežívania a nízku toxicitu tejto paliatívnej metódy
- d. je štandardne využívaná metóda u všetkých onkologických ochorení

9. O indikáciách použitia pažerákových stentov platí:

- a. v súčasnosti sú vždy predoperačne, ak sa dá na zabezpečenie alimentácie pacienta
- b. zriedkavo sa používajú pri inoperabilných tumoroch pažeráka
- c. vyvarovať sa ich využitiu pri perforácii pažeráka
- d. sú vhodnou paliatívnou liečbou karcinómu pažeráka

10. Štádium T2 pažerákový karcinóm invaduje:

- a. lamina propria alebo submukózu
- b. lamina muscularis propria
- c. adventíciu
- d. okolité štruktúry

11. Kľúčovým faktorom pri pažerákovom karcinóme je hĺbka tumoróznej infiltrácie cez stenu pažeráka. Na jej zhodnotenie je najvhodnejšou metódou:

- a. ultrasonografia
- b. computerova tomografia
- c. endosonografia
- d. magnetická rezonancia

12. Podľa národného onkologického registra z roku 2 000 bolo za rok 2 000 na Slovensku novo hlásených ochorení karcinómu pažeráka okolo:

- a. 20 000
- b. 2 000
- c. 200
- d. 200 000

13. Referenčné body u pažeráka sú:

- a. od horných rezákov po začiatok pažeráka je 15 cm
- b. od horných rezákov po začiatok pažeráka je 5 cm
- c. od horných rezákov po prechod cez bránicu je 60 cm
- d. od horných rezákov po začiatok pažeráka je 20 cm

14. 5-ročné prežívanie pri karcinóme pažeráka je okolo:

- a. 10%
- b. 40%
- c. 50%
- d. 60%

15. Aká je incidencia výskytu karcinómu pažeráka:

- a. 2-8/100 000 obyvateľov
- b. 200-300/100 000 obyvateľov
- c. 2-8/10 000 obyvateľov
- d. 200-300/10 000 obyvateľov

16. Karcinóm pažeráka je histologicky:

- a. adenokarcinóm
- b. skvamocelulárny karcinóm
- c. karcinóm z vretenovitých buniek
- d. môže byť adenokarcinóm ako aj skvamocelulárny karcinóm

17. Pre Barretov pažerák platí:

- a. jedná sa o metapláziu žľazových buniek distálneho ezofágu
- b. prechodom z metaplázie do dysplázie môže viesť k vzniku adenokarcinómu
- c. prechodom z metaplázie do dysplázie môže viesť k vzniku skvamocelulárneho karcinómu
- d. príčinou sú zmeny cylindrického epitelu na dlaždicovitý

18. Epidemiologicky je karcinóm pažeráka častejší u:

- a. mužov do 40 rokov
- b. žien do 40 rokov
- c. mužov nad 40 rokov
- d. žien nad 40 rokov

19. V poslednom období platí, že:

- a. stúpa podiel adenokarcinómu oproti epidermoidnému karcinómu
- b. stúpa podiel epidermoidného karcinómu oproti adenokarcinómu
- c. prevláda názor, že pri karcinóme pažeráka nie je nutná predoperačná radioterapia
- d. paliatívna liečba sa preferuje pred kuratívnu

20. Pre Plummer-Vinsonov syndróm platí, že:

- a. jedná sa o metapláziu žľazových buniek distálneho ezofágu
- b. atrofiou ezofagealnej mukózy môže viesť k vzniku adenokarcinómu
- c. atrofiou ezofagealnej mukózy môže viesť k vzniku skvamocelulárneho karcinómu
- d. príčinou je zmeny cylindrického epitelu na dlaždicovitý

21. Zvýšená incidencia adenokarcinómu pažeráka sa pripisuje:

- a. zvyšujúcej sa incidencii gastroezofageálneho refluxu
- b. „západnej“ diéte
- c. zvýšenému užívaniu protivredových liečiv
- d. všetky uvedené

22. Skvamocelulárny karcinóm pažeráka vychádza z:

- a. expozície okolitým faktorom
- b. obsahu nitrozamínov v jedle
- c. nedostatočnosti vitamínu A, zinku a molybdéna
- d. všetky uvedené

23. Prvými príznakmi karcinómu pažeráka býva:

- a. krvácanie
- b. ileus
- c. dysfágia

d. dyspnoe

24. Šírenie karcinómu pažeráka môže byť cestou:

- a. hematogénnou
- b. lymfatickou
- c. priamou invázou
- d. všetky uvedené

25. Strata hmotnosti u pacientov s karcinómom pažeráka je:

- a. častým príznakom
- b. môže dosiahnuť až 10-15% hmotnosti počas 4-6 týždňov
- c. aj v súvislosti s prítomnou dysfágiou
- d. všetky uvedené

26. Z prekanceróz karcinómu pažeráka poznáme:

- a. achaláziu
- b. Plummer Vinsonov syndróm
- c. Barretov pažerák
- d. všetky uvedené

27. Ktoré z nasledujúcich vyšetrení sa nepoužíva v diagnostike ochorení ezofagu?

- a. ezofagografia
- b. ezofago-gastroskopia
- c. CT hrudníka
- d. irigografia

28. Čo znamená „leak“ kontrastnej látky pri ezofagografii?

- a. únik kontrastnej látky mimo lúmen ezofagu
- b. nízka hustota kontrastnej látky
- c. kontrastná látka prechádza dobre ezofagom
- d. v ezofagu je prítomný tumor

29. Ktoré z nasledujúcich vyšetrení sa nepoužíva v diagnostike malignít ezofágu?

- a. CT hrudníka
- b. CT brucha
- c. ezofagografia
- d. kolonoskopia

30. Ako označujeme stav, keď je u pacienta prítomné bolestivé prehĺtanie?

- a. aplázia
- b. dysfágia
- c. odynofágia
- d. afázia

31. Pri bioptickom odbere z malígnych tumorov ezofagu sa použije nasledovné vyšetrenie:

- a. CT hrudníka s punkciou
- b. ezofago-gastro-fibroskopia
- c. MRI hrudníka
- d. punkčná aspiračná biopsia

32. Ako sa volá USG vyšetrenie pri zisťovaní T štádia pri malígnych tumoroch ezofagu?

- a. endoskopická sonografia

- b. transabdominálna sonografia
 - c. transezofageálna aspiračná biopsia
 - d. ezofagoskopia
- 33. Pri tracheobronchiálnej fistule v diagnostike využijeme:**
- a. abdominálnu sonografiu
 - b. kolonoskopiu
 - c. irigografiu
 - d. bronchoskopiu
- 34. Ktoré z vyšetrení je treba vykonať pred resekciou pažeráka pre karcinóm:**
- a. RTG hornej hrudnej apertúry
 - b. spirometriu
 - c. RTG podľa Czeppa
 - d. transezofageálna aspiračná biopsia
- 35. Ktoré z vyšetrení sa vykonáva pri Zenkerovom divertikli?**
- a. kolonoskopia
 - b. punkčná aspiračná biopsia
 - c. ezofagografia
 - d. MRI abdomenu
- 36. Najčastejšie sa vyskytujúci malígny tumor ezofagu je:**
- a. squamocelulárny karcinóm
 - b. adenokarcinóm
 - c. malígny melanóm
 - d. sarkóm
- 37. V diagnostike hiátovej hernie využívame:**
- a. MRCP
 - b. perkutánnu aspiračnú biopsiu
 - c. ezofagogastroskopiu
 - d. natívne RTG brucha
- 38. Čo je nevyhnutné vykonať pred resekčným výkonom ezofagu pre malignitu?**
- a. TNM klasifikáciu, staging, ezofografiu a spirometriu
 - b. MRI brucha a staging
 - c. ezofageálnu manometriu a grading
 - d. transabdominálnu punkciu, staging
- 39. Čo patrí medzi rizikové faktory pre vznik karcinómu ezofagu:**
- a. hypovitaminóza C
 - b. alkoholizmus a nikotinizmus
 - c. adenomatózna polypóza hrubého čreva
 - d. pitie studených nápojov
- 40. Čo patrí medzi klinické prejavy perforácie ezofagu:**
- a. dyspnoe, kašeľ, dysfagia
 - b. kašeľ a hypotenzia
 - c. dysfagia a hypertenzia
 - d. dyspepsia
- 41. Chemorádioterapia pri rakovine pažeráka:**

- a. pre vysokú rezistenciu nádorov nie je indikovaná
- b. adjuvantná terapia nezlepšuje prežívanie pacientov
- c. indikujeme zvyčajne až po chirurgickom odstránení nádoru
- d. neoadjuvantná terapia nezlepšuje prežívanie pacientov

42. Dávka neoadjuvantnej rádioterapie pri skvamocelulárnom karcinóme pažeráka je:

- a. 10-15 Gy
- b. 150-180 Gy
- c. 40-60 Gy
- d. ani jedna z uvedených možností nie je správna

43. Neoadjuvantná rádioterapia pri adenokarcinóme pažeráka:

- a. v kombinácii s cisplatinou a 5-fluorouracilom má synergický účinok
- b. jej dávka je v rozmedzí 40-60 Gy
- c. účinkuje na primárny nádor
- d. všetky tvrdenia sú správne

44. Neoadjuvantná chemoterapia karcinómu pažeráka:

- a. používa sa v dávke 40-60 Gy
- b. začína po primárnej operácii
- c. pre výraznú toxicitu sa nepoužívajú cisplatina alebo oxaliplatina
- d. jej účelom je down-staging nádoru

45. Neoadjuvantná terapia pri rakovine pažeráka:

- a. má nižší účinok na prežívanie pacientov ako adjuvantná terapia
- b. trvá zvyčajne 45 dní
- c. resekcia nádoru sa môže vykonať v jej priebehu
- d. pre vysokú rezistenciu nádorov nie je indikovaná

46. Neoadjuvantná chemoterapia adenokarcinómu pažeráka:

- a. používa sa kombinácia cisplatiny, 5- fluorouracilu a epirubicínu (ECF)
- b. v kombinácii s rádioterapiou má antagonistický účinok
- c. začína po primárnej operácii za účelom down-stagingu nádoru
- d. je súbor nových terapeutických metód využívaných v onkológii

47. Paliatívna terapia:

- a. neexistujú iné metódy okrem chemorádioterapie
- b. jej úlohou je zlepšiť priechodnosť pažeráku
- c. zvyšuje prežívanie pacientov
- d. začína pred primárnou operáciou

48. Kombinácia cisplatiny a 5-fluorouracilu:

- a. zlepšuje prežívanie pacientov v porovnaní len so samotnou chirurgickou liečbou
- b. je to prvá voľba pri adenokarcinómoch pažeráku
- c. je to prvá voľba pri spinocelulárnych karcinómoch pažeráku
- d. všetky tvrdenia sú správne

49. Neoadjuvantná chemoterapia karcinómu pažeráka:

- a. zvyšuje riziko recidívy II a III štádia karcinómu pažeráka
- b. v kombinácii s rádioterapiou má antagonistický účinok
- c. likviduje aj vzdialené ložiská
- d. všetky tvrdenia sú správne

- 50. Dysfágia spôsobená rozsiahlym karcinómom pažeráka v pokročilom štádiu:**
- môžeme ju zmierniť aj mechanicky (stentáž) alebo laserovou terapiou
 - môžeme ju zhoršiť paliatívnou chemorádioterapiou
 - je indikáciou na neoadjuvatnú terapiu
 - s vysokou pravdepodobnosťou pacient nemá vzdialené metastázy
- 51. Ako kombinácia chemoterapeutík pri malígnych nádoroch pažeráka sa používa:**
- cisplatina, cyklofosfamid, BCNU
 - 5-fluorouracil, merkaptopurín, metotrexát
 - BCNU, chlorambucil, cisplatina
 - cisplatina, 5- fluorouracil, epirubicín
- 52. Ako kombinácia chemoterapeutík pri malígnych nádoroch pažeráka sa používa:**
- chlorambucil, BCNU, cisplatina
 - 5-fluorouracil alebo capecitabín, cisplatina
 - cyklofosfamid a metotrexát
 - vinkristín, bleomycín, merkaptopurín
- 53. Z týchto tvrdení je správne:**
- pre vysokú toxicitu sa cisplatina nepoužíva pri neoadjuvatnej terapii nádorov pažeráka
 - skvamóznocelulárny karcinóm pažeráka je chemorezistentnejší ako adenokarcinóm pažeráka
 - úlohou chemoterapie je eliminovať vzdialené metastázy resp. oddialiť ich výskyt
 - neoadjuvantná terapia zvyčajne trvá 15 až 20 dní
- 54. Nežiadúce účinky CHT:**
- 5-fluorouracil spôsobuje paralytický ileus
 - cisplatina spôsobuje periférnu neuropatiu a retrobulbárnu neuritídu
 - vinkristín je nebezpečný najmä pre svoju ototoxicitu
 - 5- fluorouracil je rádiomimetický
- 55. Gastrostómia:**
- sa využíva v prvom rade predoperačne na zabezpečenie perorálneho príjmu počas neoadjuvantnej rádioterapie
 - rieši aj dysfágiu nielen samotnú alimentáciu pacienta
 - sa využíva na zabezpečenie enterálnej výživy
 - je jednoznačne predoperačne uprednostňovaná v porovnaní s jejunostómiou
- 56. Incidencia karcinómu žalúdka je najvyššia v:**
- Japonsku
 - Slovensku
 - USA
 - Izraeli
- 57. Označeniu – včasný karcinóm žalúdka rozumieme:**
- karcinóm s metastázami len v regionálnych lymfatických uzlinách
 - karcinóm so vzdialenými metastázami
 - karcinóm postihujúci celú hrúbku steny žalúdka bez metastáz v lymfatických uzlinách
 - karcinóm žalúdka postihujúci mukózu a submukózu žalúdka
- 58. Virchowova-Troisierova uzlina je metastaticky postihnutá lymfatická uzlina:**

- a. sentinelova
- b. supraklavikulárna
- c. regionálna
- d. paraaortálna

59. Medzi zhubné nádory žalúdka nepatrí:

- a. karcinóm
- b. lymfóm
- c. sarkóm
- d. lipóm

60. Svalovina žalúdka má:

- a. 2 svalové vrstvy
- b. 3 svalové vrstvy
- c. 4 svalové vrstvy
- d. 1 svalovú vrstvu

61. Lymfatická drenáž žalúdka sa anatomicky delí na:

- a. 12 skupín
- b. 16 skupín
- c. 14 skupín
- d. 8 skupín

62. Karcinómy žalúdka metastázujú najčastejšie do:

- a. pečene
- b. mozgu
- c. kostí
- d. obličiek

63. Medzi benígne nádory žalúdka nepatria:

- a. lipómy
- b. polypy
- c. neurofibrómy
- d. lymfómy

64. Najčastejším benígnym nádorom žalúdka je:

- a. lipóm
- b. angióm
- c. polyp
- d. myóm

65. Medzi rizikové faktory vzniku karcinómu žalúdka sa nezarad'uje:

- a. adenóm žalúdka
- b. chronická gastritída
- c. chronická vredová choroba žalúdka
- d. chronická vredová choroba duodena

66. Incidencia karcinómu žalúdka:

- a. rastie
- b. klesá
- c. je ustálená
- d. mierne rastie alebo je ustálená

67. Klinicky je skorý karcinóm žalúdka:

- a. vždy sprevádzaný melenou
- b. od začiatku sprevádzaný zvracaním
- c. obvykle dlho asymptomatický
- d. ani jedna z možností nie je správna

68. Chirurgická liečba karcinómu žalúdka:

- a. je len paliatívnou liečbou
- b. sa výhradne kombinuje s rádioterapiou
- c. je jedinou potenciálne kurabilnou liečbou
- d. nasleduje vždy až po neoadjuvantnej chemoterapii

69. Krukenbergov tumor je:

- a. metastáza karcinómu žalúdka v obličke
- b. metastáza karcinómu žalúdka v pankrease
- c. primárny karcinóm tela žalúdka
- d. metastáza karcinómu žalúdka v ováriu

70. Linitis plastica je:

- a. tumor žalúdka v pylore
- b. tumor žalúdka zo spojivového tkaniva
- c. podtyp lymfómu žalúdka
- d. difúzne karcinóm žalúdka postihujúci celý žalúdok

71. Hemangióm žalúdka:

- a. sa vždy rieši totálnou gastrektómiou lebo pacienta ohrozuje fatálnym krvácaním
- b. pri menších rozmeroch postačuje lokálna resp. klinovitá excízia
- c. ma malígny potenciál
- d. je najčastejšou prekancerózou žalúdka

72. Makroskopicky karcinóm žalúdka podľa Borrmanna nezahŕňa:

- a. exofytický typ
- b. intestinálnu metapláziu
- c. ulcerózny typ
- d. difúzne infiltrujúci typ

73. K včasným komplikáciám po totálnej alebo subtotálnej gastrektómii patrí:

- a. dumping syndróm
- b. vred v anastomóze
- c. postprandiálna hnačka
- d. krvácanie

74. Chronický vred žalúdka nereagujúci na konzervatívnu terapiu:

- a. nie je považovaný za prekancerózu
- b. je vždy známkou nedostatočnej medikamentóznej terapie
- c. je podozrivý z malígnej premeny
- d. nie je indikovaný na chirurgickú liečbu pokiaľ histológia nepreukáže karcinóm

75. Medzi neskoré komplikácie po resekcii žalúdka patrí:

- a. krvácanie
- b. dehiscencia anastomózy
- c. syndróm prívodnej kľučky
- d. akútna pankreatitída

76. Karcinóm žalúdka:

- a. postihuje častejšie mužov
- b. postihuje častejšie ženy
- c. postihuje obe pohlavia v rovnakom pomere
- d. je častý v detskom veku

77. Pokročilý karcinóm žalúdka je definovaný

- a. infiltráciou lamina muscularis propria
- b. vzdialenými metastázami v pečeni
- c. vzdialenými metastázami v kostiach
- d. metastázami v lymfatických uzlinách

78. Skirhus žalúdka je:

- a. nezhubný nádor žalúdka
- b. typ chornickej gastritídy
- c. akútny vred žalúdka
- d. zhubný nádor žalúdka

79. Lymfóm žalúdka je:

- a. tukový nádor
- b. epitelový nádor
- c. nádor z lymfatického tkaniva
- d. svalovinový nádor

80. Ktorá artéria nezasobuje žalúdok:

- a. gastrica sinistra
- b. gastrica dextra
- c. gastroepiploica
- d. a. mesenterica superior

81. Medzi komplikácie žalúdka nezaraďujeme:

- a. krvácanie
- b. pylorostenózu
- c. perforáciu
- d. divertikulitídu

82. Žalúdok je cievne zásobený z vetiev:

- a. a. mesenterica superior
- b. truncus coeliacus
- c. a. mesenterica inferior
- d. a. iliaca communis

83. Uzlina Sister Mary-Josephs je metastaticky postihnutá lymfatická uzlina:

- a. supraklavikulárna
- b. periumbilikálna
- c. sentinelova
- d. paraaortálna

84. Patologicky najčastejším karcinómom žalúdka je:

- a. skvamocelulárny karcinóm
- b. adenokarcinóm
- c. gistóm
- d. leiomyosarkóm

85. Mayova véna sa nazýva:

- a. v. prepylorica
- b. v. gastrica sinistra
- c. v. gastroepiploica sinistra
- d. v. gastrica dextra

86. Gastrinóm je nádor vyskytujúci sa najčastejšie na:

- a. duodene
- b. žalúdka
- c. pankrease
- d. hrubom čreve

87. Zollinger-Ellisonov syndróm:

- a. je nádorové ochorenie pankreasu spojené s recidivujúcou vredovou chorobou žalúdka
- b. spôsobuje nádor, ktorý je spojený so zvýšenou tvorbou histamínu
- c. nepatrí medzi neuroendokrinné ochorenia
- d. nevedie k tvorbe vredov žalúdka

88. Benígne nádory žalúdka:

- a. vyskytujú sa častejšie ako malígne
- b. nádory môžu vychádzať zo všetkých vrstiev steny žalúdka
- c. medzi benígne nádory nepatria angiómy
- d. metastazujú do paraaortálnych uzlín

89. Medzi nezhubné nádory žalúdka patrí:

- a. adenokarcinóm
- b. leiomyosarkóm
- c. polyp žalúdka
- d. svamocelulárny karcinóm

90. Polyp žalúdka:

- a. je najčastejším benígnym nádorom žalúdka
- b. vzniká z mezenchýmových buniek
- c. je vždy sprevádzaný melenou
- d. sa vždy rieši totálnou gastrektómiou

91. Leiomyóm žalúdka:

- a. je malígne nádorové ochorenie
- b. najčastejšie býva mnohopočetný
- c. vyklenuje nenarušenú sliznicu do lúmenu
- d. nikdy sa nemôže maligne zvrhnúť

92. Karcinoid:

- a. jeho predilekčnou lokalizáciou je žalúdok
- b. nie je hormonálne aktívny nádor
- c. je najčastejším benígnym nádorom žalúdka
- d. lieči sa lokálnou excíziou, príp. resekciiou žalúdka

93. Karcinóm žalúdka:

- a. je najčastejšie zhubné ochorenie u mužov
- b. jeho incidencia stúpa
- c. je častejší u žien ako u mužov

d. etiopatogenéza karcinómu žalúdka je multifaktoriálna

94. Medzi prekancerózy nepatrí:

- a. adenomatózny polyp žalúdka
- b. gastritis chronica atrophicans
- c. morbus Ménetriev
- d. ulcus ventriculi callosum

95. Medzi vyšetrovacie metódy žalúdka nepatrí:

- a. gastrofibroskopia
- b. magnetická rezonancia
- c. endoskopická retrográdna cholangio-pankreatikografia
- d. endoskopická ultrasonografia

96. Včasný karcinóm žalúdka:

- a. hematogénne vzdialené metastázy sa nedokázali
- b. postihuje celú hrúbku žalúdka
- c. nemetastázuje do regionálnych lymfatických uzlín
- d. včasná diagnóza neovplyvňuje diagnózu

97. Akou cestou metastázuje karcinóm žalúdka

- a. iba hematogénnou
- b. iba hematogénnou a per continuitatem
- c. hematogénnou, lymfogénnou, per continuitatem
- d. iba lymfogénnou

98. Lymphangiosis carcinomatosa je metastatické postihnutie:

- a. regionálnych lymfatických uzlín
- b. pečene
- c. regionálnych a vzdialených lymfatických uzlín
- d. pľúc

99. Medzi klinické príznaky karcinómu žalúdka nepatrí:

- a. foetor ex ore
- b. bolesť v epigastriu
- c. enterorágia
- d. melena

100. Včasné stanovenie diagnózy karcinómu žalúdka:

- a. umožňuje kuratívnu resekciu žalúdka
- b. nepredlžuje prežívanie
- c. nesúvisí s chirurgickou liečbou
- d. je možné aj bez biopsie

101. Medzi paliatívne výkony pri karcinóme žalúdka nepatrí:

- a. gastro-enteroanastomóza
- b. gastrotómia
- c. subtotálna gastrektómia
- d. totálna gastrektómia s D2 lymfadenektómiou

102. U pacienta s operabilným, pokročilým karcinómom v proximálnej časti žalúdka je indikovaná:

- a. subtotálna gastrektómia

- b. totálna gastrektómia s D2 lymfadenektómiou
- c. paliatívna gastro-eneroanastomóza
- d. totálna gastrektómia

103. U pacienta s operabilným, pokročilým karcinómom v distálnej časti žalúdka je indikovaná:

- a. totálna gastrektómia
- b. subtotálna gastrektómia s D2 lymfadenektómiou
- c. gastrostómia
- d. subtotálna gastrektómia

104. Pre TNM klasifikáciu karcinómu žalúdka nie je správne:

- a. T1 – invázia lamina propria alebo submukózy
- b. T2 – invázia muscularis propria
- c. T3 – penetrácia serózy
- d. T4 – invázia iba mukózy

105. Ktorý z nasledujúcich príznakov sa nevyskytuje pri karcinóme žalúdka:

- a. príznak Sister Mary Joseph
- b. Blumerov výčnelok
- c. Greyov-Turnerov príznak
- d. Virchowova uzlina

106. Pod pojmom hernia v brušnej chirurgii sa označuje vyklenutie:

- a. peritonea s vysunutím orgánov peritoneálnej dutiny
- b. svalovej fascie s vysunutím orgánov peritoneálnej dutiny
- c. fascie a okolitého svalu brušnej steny, ktorý vytvára stenu vaku hernie
- d. kože a podkožia, ktoré vzniká pri zvýšenej námahe brušnej steny

107. Vyklenutím hernie smerujúcej mimo peritoneálnu dutinu vzniká:

- a. len kongenitálny typ hernie
- b. len získaný typ hernie
- c. vnútorná hernia
- d. vonajšia hernia

108. Tri základné štruktúry hernie sú:

- a. bránka, telo, fundus
- b. bránka, vak, obsah hernie
- c. vak, obsah hernie, jej cievne zásobenie
- d. ani jedná odpoveď nie je správna

109. Hernia, ktorej obsah sa dá vrátiť do brušnej dutiny sa nazýva:

- a. hernia irreponibilis
- b. hernia accreta
- c. hernia reponibilis
- d. hernia incarcerata

110. Akrétna hernia:

- a. je nebolestivá, reponibilná hernia
- b. obsah hernie je prirastený k jej vaku
- c. je hernia, ktorej vak z jednej strany tvorí peritoneum a z druhej stena retroperitoneálne uloženého orgánu
- d. ani jedná odpoveď nie je správna

- 111. Inkarcerovaná hernia je typ:**
- nebolestivej, irreponibilnej hernie
 - nebolestivej akútnej hernie
 - hernie, ktorej repozícia nie je možná
 - bolestivej hernie s priškrteným obsahom v bránke hernie
- 112. Základom liečby hernie je:**
- leukoplastová fixácia
 - brušný pás
 - šetriaca diéta
 - operácia
- 113. Zadná stena inguinálneho kanála je tvorená:**
- peritoneum a fascia transversalis
 - peritoneum, fascia transversalis a vnútorného šikmého svalu
 - peritoneum a fascia vnútorného šikmého svalu
 - peritoneum a fascie všetkých troch brušných svalov
- 114. Spodnú stenu inguinálneho kanála tvorí**
- aponeuróza vnútorného šikmého svalu
 - aponeuróza muscui transversi abdominis
 - ligamentum inguinale
 - ligamentum pubicum superius
- 115. Cez lacuna vasorum prechádza:**
- arteria et vena femoralis
 - arteria et vena femoralis et nervus ischiadicus
 - arteria et vena femoralis et nervus femoralis
 - vena femoralis et nervus femoralis
- 116. Pacienta s inguinálnou, reponibilnou, nebolestivou herniou je nutné liečiť:**
- len brušným pásom
 - akútnou operáciou
 - plánovanou operáciou
 - operácia je potrebná až v čase prvých symptómov
- 117. Pacienta s inguinálnou, irreponibilnou, akútnou, nebolestivou herniou, bez poruchy pasáže GIT-u je nutné liečiť:**
- len brušným pásom
 - akútnou operáciou
 - plánovanou operáciou
 - operácia je potrebná až v čase prvých symptómov
- 118. Pacienta s inguinálnou, inkarcerovanou bolestivou herniou je nutné liečiť:**
- len brušným pásom
 - akútnou operáciou
 - plánovanou operáciou
 - operácia je potrebná až po konzervatívnej liečbe a ústupe akútnych ťažkostí
- 119. Hernia inguinalis indirecta vzniká:**
- vo fossa inguinalis lateralis, vniká cez anulus inguinalis medialis
 - vo fossa inguinalis medialis pretrhnutím fascia transversalis
 - vo fossa suprapubescentialis, medzi okraje m. rectus abdominis a plica umbilicalis

- medialis do anulus inguinalis superficialis
d. ani jedná odpoveď nie je správna

120. Hernia inguinalis directa vzniká:

- a. vo fossa inguinalis lateralis, vniká cez anulus inguinalis medialis
b. vo fossa inguinalis medialis pretrhnutím fascia transversalis
c. vo fossa supramesicalis, medzi okraje m. rectus abdominis a plica umbilicalis medialis do anulus inguinalis superficialis
d. ani jedná odpoveď nie je správna

121. Hernia supramesicalis vzniká

- a. v fossa inguinalis lateralis, vniká cez anulus inguinalis medialis
b. v fossa inguinalis medialis pretrhnutím fascia transversalis
c. v fossa supramesicalis, medzi okraje m. rectus abdominis a plica umbilicalis medialis do anulus inguinalis superficialis
d. ani jedná odpoveď nie je správna

122. Do kategórie "ingvinálna hernia" radíme herniu:

- a. supramesicalárnu
b. perineálnu
c. femorálnu
d. ischiadickú

123. Femorálna hernia je:

- a. typ vnútornej hernie s defektom vo fascia transversalis a prechádza popod ligamentum inguinale cez lacuna vasorum
b. typ vonkajšej hernie s defektom vo fascia transversalis a prechádza popod ligamentum inguinale cez lacuna vasorum
c. typ vonkajšej hernie s defektom vo fascia muscoli obliqui externi a prechádza ponad ligamentum inguinale cez lacuna vasorum
d. typ vonkajšej hernie s defektom vo fascia transversalis a prechádza popod ligamentum inguinale cez lacuna musculorum

124. Najčastejšie používaná plastika femorálnej hernie je:

- a. Bassiniho plastika
b. Shouldiceho plastika
c. Fabriciusova plastika
d. ani jedná odpoveď nie je správna

125. Skrotálna hernia je:

- a. typ priamej ingvinálnej hernie
b. typ nepriamej ingvinálnej hernie
c. typ femorálnej hernie
d. ani jedná odpoveď nie je správna

126. Medzi klasickú plastiku ingvinálneho kanála s najnižším počtom recidív sa pokladá:

- a. plastika podľa Bassiniho (retrofunikulárna plastika, sutura trojitej vrstvy k ligamentu inguinale + sutura aponeurózy m. obliqui externi prefunikulárne)
b. plastika podľa Shouldiceho (retrofunikulárna plastika, strechovité prekrytie dvoch vrstiev fascia transversalis a dvoch vrstiev m. obliqui abdominis interni k ligamentum inguinale + sutura aponeurózy m. obliqui externi prefunikulárne)
c. plastika podľa Girarda (prefunikulárna plastika, sutura m. obliqui abdominis interni)

- k ligamentu inguinale + sutura aponeurózy m. obliqui externi prefunikulárne)
d. plastika podľa Marcyho (zúženie anulus inguinalis internus + anatomická rekonštrukcia vrstiev brušnej steny)

127. Hernia nachádzajúca sa vo fascii v strednej čiare v linea alba umiestená nad pupkom sa nazýva:

- a. umbilikálna hernia
- b. hernia v jazve
- c. hernia interparietalis
- d. epigastrická hernia

128. Štandardnou operačnou plastikou v liečbe umbilikálnej hernie je:

- a. Mayova plastika (strechovité prekrytie fascie v horizontálnej línii v dvoch vrstvách U-stehmi)
- b. sutura povrchovej fascie pokračujúcim stehom v dvoch vrstvách
- c. plastika s implantáciou sieťky
- d. ani jedná odpoveď nie je správna

129. Hlavným predispozičným faktorom k vzniku hernie v jazve je:

- a. vyšší vek
- b. diabetes mellitus
- c. sedavé zamestnanie
- d. infekcia v rane

130. Štandardnou operačnou plastikou v liečbe hernie v jazve je:

- a. Mayova plastika (strechovité prekrytie fascie v horizontálnej línii v dvoch vrstvách U-stehmi)
- b. sutura povrchovej fascie pokračujúcim stehom v dvoch vrstvách
- c. plastika s implantáciou sieťky
- d. ani jedná odpoveď nie je správna

131. Do skupiny “vnútorné hernie” nepatria:

- a. pericekálne hernie
- b. paraduodenálne hernie
- c. parastomálne hernie
- d. intersigmoidálne hernie

132. Peritonitída postihuje systém:

- a. dýchací
- b. pohybový
- c. tráviaci
- d. centrálny nervový

133. Peritonitída je ochorenie:

- a. nezápalové
- b. zápalové
- c. úrazové
- d. civilizačné

134. Ohraničená peritonitída sa nazýva:

- a. cirkumplexná
- b. cirkumscriptná
- c. cirkumferentná

d. cirkulárna

135. Typickým príznakom difúznej peritonitídy je:

- a. defans musculare
- b. defect musculare
- c. defans abdominale
- d. defans peritoneale

136. Peritoneálny príznak pri akútnej apendicitíde sa volá:

- a. Brudzinsky
- b. Bechterev
- c. Blumberg
- d. Blackemore

137. Pleniesov príznak je:

- a. bolestivá palpácia postihnutého miesta brušnej steny
- b. kľudová bolesť brucha
- c. bolestivá palpácia kontralaterálnej strany brušnej steny
- d. bolestivý poklop nad postihnutým miestom brušnej steny

138. Pneumoperitoneum svedčí pre:

- a. krvácanie do dutiny brušnej
- b. zápalové ochorenie dutiny brušnej
- c. perforáciu dutého orgánu do brušnej dutiny
- d. nepriechodnosť GIT-u

139. Zápalové markery pri akútnej peritonitíde sú zvyčajne:

- a. v norme
- b. znížené
- c. zvýšené
- d. nevyšetrujú sa

140. Pri diagnostike difúznej peritonitídy sa zvyčajne nevyužíva:

- a. RTG brucha
- b. USG brucha
- c. CT brucha
- d. MRI brucha

141. V liečbe difúznej peritonitídy je rozhodujúca:

- a. infúzna liečba
- b. analgetická liečba
- c. chirurgická liečba (operácia)
- d. transfúzie

142. Celková plocha peritonea je:

- a. 0,5 m²
- b. 1,0 m²
- c. 1,5 m²
- d. 2,0 m²

143. Medzi typické celkové príznaky peritonitídy nepatrí:

- a. tachykardia
- b. tachypnoe

- c. febrility
- d. anémia

144. Chorobný stav pacienta imitujúci obraz peritonitídy sa nazýva:

- a. sterkorálna peritonitída
- b. spontánna peritonitída
- c. abakteriálna peritonitída
- d. peritonizmus

145. Medzi príčiny peritonizmu radíme:

- a. metabolické poruchy
- b. hematologické ochorenia
- c. infekčné a iné ochorenia
- d. všetko uvedené

146. Peritonitídy rozdeľujeme podľa:

- a. vzniku
- b. rozsahu
- c. charakteru exsudátu
- d. všetkého uvedeného

147. Medzi peritonitídy rozdelené podľa vzniku nepatrí:

- a. primárna
- b. sekundárna bakteriálna
- c. sekundárna abakteriálna
- d. terciárna

148. Medzi peritonitídy rozdelené podľa charakteru exsudátu nepatrí:

- a. serózna
- b. purulentná
- c. sterkorálna
- d. cirkumskriptná

149. Pravidelnou komplikáciou peritonitídy je:

- a. obturačný ileus
- b. paralytický ileus
- c. cievny ileus
- d. strangulačný ileus

150. Medzi sekundárne peritonitídy nepatrí peritonitída pri:

- a. apendicitíde
- b. divertikulitíde
- c. TBC
- d. cholecystitíde

151. Medzi primárne peritonitídy nepatrí:

- a. spontánna bakteriálna peritonitída
- b. peritonitída pri TBC
- c. peritonitída pri hnisavej pleuritíde
- d. peritonitída pri pankreatitíde

152. Medzi vyšetrovacie metódy pankreasu nepatrí:

- a. ERCP

- b. USG a CT
- c. MRI
- d. urografia

153. Nádory pankreasu môžu vzniknúť:

- a. len v exokrinnej časti
- b. len v endokrinnej časti
- c. v exokrinnej aj endokrinnej časti
- d. v exokrinnej aj endokrinnej časti, ale len v hlave pankreasu

154. Medzi benígne nádory exokrinného pankreasu nepatrí:

- a. inzulinóm
- b. fibróm
- c. cystadenóm
- d. adenóm

155. Karcinóm pankreasu vzniká prevažne v:

- a. exokrinnej časti pankreasu
- b. endokrinnej časti pankreasu
- c. exokrinnej časti pankreasu, v jeho chvoste
- d. endokrinnej časti pankreasu na jeho hornej hrane

156. Karcinóm pankreasu:

- a. je dobre odlišiteľný od chronickej pankreatitídy
- b. vzniká často v teréne chronickej pankreatitídy
- c. sa často prejavuje melénou
- d. má autoimunitnú etiológiu

157. Karcinóm pankreasu:

- a. je lokalizovaný najčastejšie v tele pankreasu
- b. je lokalizovaný najčastejšie vo chvoste pankreasu
- c. je lokalizovaný intraperitoneálne
- d. vzniká najčastejšie v hlave pankreasu

158. Karcinóm pankreasu najčastejšie vychádza:

- a. z buniek pankreatických vývodov, tzv. duktálny adenokarcinóm
- b. Langerhansových ostrovčekov
- c. z buniek systému APUD
- d. z jeho väzivovej strómy

159. Karcinóm pankreasu sa klinicky manifestuje najskôr:

- a. ak je lokalizovaný vo chvoste pankreasu
- b. hypoglykémiami
- c. ak je lokalizovaný v hlave pankreasu
- d. ak prerastá smerom ku chrbtici

160. Karcinóm Vaterskej papily pomerne rýchlo vedie ku:

- a. obštrukčnému ikteru, lebo obštruuje ductus choledochus
- b. obštrukčnému ikteru, lebo obštruuje ductus cysticus
- c. k malabsorbčnému syndrómu
- d. k insuficiencii exokrinného pankreasu

161. Ikterus spôsobený karcinómom hlavy pankreasu:

- a. je sprevádzaný silnými bolesťami
- b. vedie k hepatorenálnemu zlyhaniu
- c. sa prejaví len laboratórne, nie klinicky
- d. je zväčša bezbolestný

162. Courvoisierov žlčník je:

- a. hmatný nebolestivý naplnený žlčník pri karcinóme hlavy pankreasu
- b. charakterizovaný prerastaním karcinómu pankreasu do žlčníka
- c. je komplikáciou cirhózy pečene
- d. charakteristický pre karcinóm chvosta pankreasu

163. Do klinického obrazu karcinómu pankreasu nepatria:

- a. ikterus
- b. portálna hypertenzia
- c. vysoký ileus spôsobený kompresiou duodena
- d. príznaky nízkeho ileu

164. Karcinóm pankreasu najčastejšie metastazuje do:

- a. regionálnych lymfatických uzlín a portálnym obehom do pečene
- b. regionálnych lymfatických uzlín a pľúc
- c. paraaortálnych lymfatických uzlín a do pľúc
- d. regionálnych lymfatických uzlín a portálnym obehom do mezentéria

165. Karcinóm pankreasu môže infiltrovať:

- a. truncus coeliacus
- b. arteria a vena rectalis superior
- c. arteria a vena mesenterica superior
- d. arteria a vena mesenterica inferior

166. Obštrukčný ikterus pri inoperabilnom karcinóme hlavy pankreasu sa rieši:

- a. len podávaním hepatoprotektív a spazmoanalgetík
- b. ERCP, prípadne operačne (našitím biliodigestívnej spojky)
- c. výlučne chemoterapiou
- d. len podávaním hepatoprotektív

167. Cieľom operačnej liečby karcinómu pankreasu je:

- a. odber vzoriek ad histologiam, ďalšia liečba pozostáva výlučne z chemoterapie
- b. riešenie obštrukčného ikteru
- c. kuratívna resekcia
- d. odstránenie bolestí a obnovenie pasáže

168. Medzi endokrinné nádory pankreasu nepatrí:

- a. gastrinóm
- b. inzulinóm
- c. VIP-óm
- d. prolaktinóm

169. Z endokrinných nádorov pankreasu sa najčastejšie vyskytuje:

- a. glukagonóm
- b. gastrinóm
- c. inzulinóm
- d. somatostatinóm

170. Zollinger-Ellisonov syndróm znamená:

- a. gastrinóm pankreasu, hypersekrécia žalúdka a peptický vred
- b. gastrinóm pankreasu, choledocholitiáza, obštrukčný ikterus
- c. inzulinóm, hypoglykémia
- d. vodnaté hnačky, hypokaliémia, achlórhydria

171. Pre glukagonóm je typické:

- a. hypoglykémia, migrujúci kožný erytém, tromboflebitídy dolných končatín
- b. diabetes, migrujúci kožný erytém, tromboflebitídy na dolných končatinách
- c. diabetes, vodnaté hnačky, hypokaliémia
- d. diabetes, paralytický ileus, hypertenzia

172. Ileus je:

- a. spomalenie črevnej pasáže
- b. zrýchlenie črevnej pasáže
- c. únik črevného obsahu mimo lúmen čreva
- d. črevná nepriechodnosť

173. Mechanický ileus býva spôsobený:

- a. adhéziami a herniami
- b. intramurálnou prekážkou
- c. intraluminálnou prekážkou
- d. všetkým uvedeným

174. Typický príznak na RTG snímke brucha je fenomén:

- a. hydrosférický
- b. hydroaerický
- c. hydrobarický
- d. hydrolytický

175. Operačné zošitie črevných kľučiek ako prevencia opakovaných adhézii sa nazýva operácia:

- a. Nolteho
- b. Nyhussova
- c. Nissenova
- d. Nobleho

176. Medzi základné vyšetrovacie postupy pri diagnóze ileózneho stavu patrí:

- a. klinické vyšetrenie
- b. RTG snímka brucha a hrudníka
- c. USG brucha
- d. všetko uvedené

177. Akútna črevná pseudoobštrukcia sa nazýva:

- a. Opitzov syndróm
- b. Orringerov syndróm
- c. Ohmannov syndróm
- d. Ogilvieho syndróm

178. Ktorý ileus sa spravidla neoperuje?

- a. mechanický
- b. cievny
- c. neurogénny

d. operujeme všetky typy

179. Medzi intraluminálne príčiny mechanického ileu patria:

- a. polypy a nádory
- b. fekalóm, cholelit
- c. cudzie teleso
- d. všetky uvedené

180. Ak sa k mechanickej prekážke pripojí porucha cievneho zásobenia ide o:

- a. paralytický ileus
- b. strangulačný ileus
- c. cievny ileus
- d. obturačný ileus

181. Obsah anaerobných baktérií v hrubom čreve prevyšuje aerobné baktérie:

- a. 10-násobne
- b. 100-násobne
- c. 1 000-násobne
- d. 10 000-násobne

182. Pravidelnou komplikáciou peritonitídy je:

- a. obturačný ileus
- b. paralytický ileus
- c. cievny ileus
- d. strangulačný ileus

183. Črevná nepriechodnosť (ileus) tvorí:

- a. 1% NPB
- b. 10% NPB
- c. 20% NPB
- d. 50% NPB

184. Medzi typické príznaky ileu patrí:

- a. bolesť brucha
- b. zvracanie
- c. zástava vetrov a stolice
- d. všetko uvedené

185. V liečbe ileózných stavov sa uplatňuje:

- a. odsávanie žalúdočného obsahu
- b. náhrada strát tekutín a elektrolytov
- c. operácia
- d. všetko uvedené

186. Príčinou strangulačného ileu spravidla nie je:

- a. invaginácia
- b. vnútorná hernia
- c. volvulus
- d. tumor hrubého čreva

187. Medzi príčiny cievneho ileu patrí:

- a. embólia pri arytmií alebo infakte myokardu
- b. arteriálna trombóza

- c. venózna trombóza
- d. všetko uvedené

188. Možnosti chirurgickej liečby pri obturačnom ileu sú:

- a. resekcia postihnutého úseku s primárnou anastomózou
- b. resekcia postihnutého úseku s kolostómiou (dočasnou alebo definitívnou)
- c. črevný bypass (obídenie prekážky)
- d. všetko uvedené

189. Medzi typické príznaky ileózneho stavu nepatrí:

- a. bolesť brucha
- b. meteorizmus
- c. hemateméza
- d. zvracanie

190. Medzi intramurálne príčiny ileu nepatrí:

- a. divertikulitída
- b. morbus Crohn
- c. lymfóm
- d. bezoár

191. Za neurogénny ileus považujeme:

- a. paralytický ileus z intraabdominálnej príčiny
- b. paralytický ileus s extraabdominálnej príčiny
- c. spastický ileus
- d. všetko uvedené

192. Pečeň sa delí na osem segmentov podľa:

- a. Bismutha
- b. Couinauda
- c. Prieschinga
- d. Glissona

193. Koľko % hmotnosti celej pečene tvorí pravý lalok pečene?

- a. 40%
- b. 50%
- c. 60%
- d. 70%

194. Pečeň vylúči za 24 hodín:

- a. 200-500 ml žlče
- b. 500-700 ml žlče
- c. 700-1 200 ml žlče
- d. viac ako 1 500 ml

195. Cysty pečene sú:

- a. vždy parazitárne
- b. vznikajú následkom traumy
- c. v pečeni sa nevyskytujú
- d. dutiny v pečeni s vlastnou epitelovou výstelkou

196. Najčastejšie parazitárne cysty v pečeni sú:

- a. amébové

- b. echinokokové
- c. amébové a echinokokové
- d. žiadne z uvedených

197. Ktoré konštatovanie o benígnych nádoroch pečene je správne?

- a. vyskytujú sa často
- b. nevyskytujú sa vôbec
- c. sú častejšie ako malígne nádory pečene
- d. za ich zvýšený výskyt v posledných desaťročiach môže byť zodpovedné používanie hormonálnych kontraceptív u žien

198. V Európe a USA platí, že:

- a. primárny karcinóm pečene sa tu nevyskytuje
- b. cirhóza nie je výrazným etiologickým faktorom primárneho karcinómu pečene
- c. zastúpenie primárnych nádorov a metastáz je rovnaké ako v rozvojových krajinách
- d. metastázy tvoria vyše 90% zhubných nádorov pečene

199. Metachrónne metastázy v pečeni:

- a. znamenajú inoperabilitu
- b. objavia sa až po operácii primárneho karcinómu
- c. sa nevyskytujú
- d. neindikujú sa nikdy na resekčný výkon na pečeni

200. Úrazy pečene sa podľa Prieschinga klasifikujú:

- a. takáto klasifikácia úrazov pečene neexistuje
- b. do troch stupňov podľa závažnosti poranenia
- c. do piatich stupňov podľa závažnosti poranenia
- d. do siedmich stupňov podľa závažnosti poranenia

201. Pringleho manéver znamená:

- a. dočasné stlačenie ligamentu hepatoduodenale za účelom pokusu o zástavu krvácania pri traume pečene
- b. devaskularizácia pečene
- c. tamponáda hlbokkej krvácajúcej rany v pečeni
- d. každé zastavenie krvácania pri poranení pečene

202. Resekcie pečene sa rozdeľujú na:

- a. malé a veľké resekcie
- b. s naložením a bez naloženia turniketu okolo ligamentum hepatoduodenale (Pringleho manéver)
- c. krvavé a nekrvavé resekcie
- d. anatomické a neanatomické resekcie

203. Pravostranná hemihepatektómia odstraňuje nasledovné segmenty pečene:

- a. I, II
- b. III, IV
- c. V, VI, VII, VIII
- d. I, II, III, IV

204. Ľavostranná hemihepatektómia odstraňuje segmenty:

- a. (I), II, III, IV
- b. III, IV, V, VI
- c. nerobí sa

d. V, VI, VII, VIII

205. Portálna hypertenzia je hypervolémia a zvýšenie tlaku v portálnom riečisku nad:

- a. 10 cm H₂O
- b. 20 cm H₂O
- c. 30 cm H₂O
- d. 40 cm H₂O

206. Príčinou ezofageálnych varixov je otvorenie a vytvorenie portosystémových anastomóz a kolaterál v:

- a. proximálnom kolaterálnom portálnosystémovom obehu
- b. distálnom kolaterálnom portálnosystémovom obehu
- c. v oboch obehoch
- d. žiadne z uvedených

207. Intrahepatálnou príčinou portálnej hypertenzie býva:

- a. cirhóza
- b. nádor pečene
- c. hepatitída
- d. všetko je správne

208. Melena a hemateméza ako príznaky portálnej hypertenzie sú najtypickejšie pre:

- a. I. štádium portálnej hypertenzie
- b. II. štádium portálnej hypertenzie
- c. III. štádium portálnej hypertenzie
- d. nevyskytujú sa pri portálnej hypertenzii

209. Koľko častí má ductus choledochus?

- a. dve
- b. tri
- c. štyri
- d. má krátky priebeh, preto sa nedelí na úseky

210. Indikáciou na vykonanie ERCP pri akútnej pankreatitíde je:

- a. elevácia sérových AMS
- b. elevácia zápalových parametrov
- c. zaklinený konkrement v papilla Vateri
- d. výrazný algický abdominálny syndróm

211. Ikterus u novorodenca trvajúci viac ako dva týždne, je s pravdepodobnosťou až 70% spôsobený:

- a. cholecystolitiázou
- b. choledocholitiázou
- c. atréziou žlčových ciest
- d. hepatitídou

212. Morbus Caroli je:

- a. extrahepatálna atrézia žlčových ciest
- b. vrodená cysta choledochu
- c. karcinóm žľzníka
- d. cystická dilatácia intrahepatálnych žlčových ciest

213. Cholecystolitiáza sa prejavuje nasledovnými dvoma formami:

- a. dyspeptická a kolikovitá
- b. dyspeptická a septická
- c. kolikovitá a ikterická
- d. septická a ikterická

214. Prudké bolesti chrbta vyžarujúce pásovite do chrbta a amylazémia sú príznakmi komplikácie cholecystitídy pri:

- a. akútnej cholecystitídy
- b. akútnej pankreatitídy
- c. biliárnom ileu
- d. cholangitídy

215. Ktorá z uvedených komplikácií cholecystitídy je neskorá:

- a. chronická pankreatitída
- b. akútna cholecystitída
- c. obštrukčný ikterus
- d. hydroks žlčníka

216. Cholecystektómia za studena, t. j. po odoznení akútneho zápalu žlčníka a jeho okolia, je podľa naliehavosti operačného výkonu:

- a. urgentná
- b. akútna
- c. elektívna
- d. odložená

217. Pre choledocholitiázu je typický trias:

- a. bolesť, dyspeptické ťažkosti, hmatná rezistencia
- b. bolesť, horúčka, ikterus
- c. bolesť, dyspeptické ťažkosti, hemateméza
- d. horúčka, ikterus, melena

218. Chronická cholecystitída je až v 98% prípadov spojená s:

- a. cholestázou
- b. bakteriálnou infekciou
- c. chronickou pankreatitídou
- d. cholecystolitiázou

219. Mirizziho syndróm je:

- a. stenóza papilla Vateri pri cholangitídy
- b. zápal ductus hepaticus communis pri pericholecystitídy v Callotovom trojuholníku
- c. tzv. porcelánový žlčník
- d. zväčšený a bolestivý žlčník

220. Obštrukčná purulentná cholangitída ohrozuje pacienta na živote pre vznik:

- a. peritonitídy
- b. kardiopulmonálneho zlyhania
- c. renálneho zlyhania
- d. sepsy

221. Charcotov trias príznakov je typický pre:

- a. akútnu cholangitídu
- b. chronickú cholangitídu s akútnou exacerbáciou
- c. akútnu aj chronickú cholangitídu

d. žiadne z uvedených

222. Hlavný princíp endoskopickej a chirurgickej liečby cholangitídy je:

- a. derivácia hnisavej žlče a odstránenie cholestázy
- b. orientovaný na zvládnutie infekcie
- c. zníženie teplôt
- d. analgetická terapia

223. Za prekancerózu žlčníka sa považujú:

- a. papilómy a polypy žlčníka
- b. lipómy žlčníka
- c. fibrómy žlčníka
- d. hemangiómy žlčníka

224. Podľa frekvencie výskytu zaberá karcinóm žlčníka spomedzi nádorov GIT-u:

- a. druhé miesto
- b. tretie miesto
- c. štvrté miesto
- d. piate miesto

225. Karcinóm žlčníka sa častejšie vyskytuje u:

- a. mužov
- b. žien
- c. neexistuje rozdiel medzi pohlaviami
- d. detí

226. Karcinóm žlčníka označený v rámci stagingu ako T2N1M0 podľa TNM klasifikácie charakterizuje:

- a. nádor prerastajúci cez serózu, lymfatické uzliny sú negatívne, bez metastáz
- b. nádorová infiltrácia serózy, lymfatické uzliny zväčšené ale negatívne, bez metastáz
- c. nádor infiltrujúci okolité orgány, lymfatické uzliny pozitívne pre karcinóm v prvom úseku, s metastázami
- d. seróza je bez patologického nálezu, lymfatické uzliny sú pozitívne v prvom a druhom úseku, prítomné metastázy

227. Klatskinové nádory sú nádormi:

- a. žlčníka
- b. ductus choledochus
- c. ductus cysticus
- d. v ductus hepaticus

228. II. typ podľa Bismuthovej klasifikácie malígnych nádorov žľových ciest je nádor:

- a. zasahujúci horným koncom do sútoku ducti hepatici
- b. v ductus hepaticus communis pod sútokom oboch ducti hepatici
- c. postihujúci jeden alebo oba hepatiky
- d. terminálneho ductus choledochus a papilly Vateri

229. Courvoisierov príznak je:

- a. bolesť pod pravým reberným oblúkom, horúčka s triaškami, ikterus
- b. hmatná bolestivá cholecysta
- c. bezbolestný ikterus, nebolestivý hmatný žlčník
- d. bolesti pod pravým reberným oblúkom, dyspepsie

230. Čo je to hemobília?

- a. prímes žlče a krvi v stolici
- b. prímes žlče a krvi v moči
- c. krvácanie do žlčových ciest
- d. zvracanie krvi s prímесou žlče

231. Kehrov T-drén sa zavádza do:

- a. žalúdka
- b. duodéna
- c. pažeráka
- d. ductus choledochus

232. Ako rozdeľujeme náhle príhody brušné u detí?

- a. vrodené, zápalové
- b. zápalové, úrazové
- c. vrodené, úrazové
- d. vrodené, zápalové, úrazové

233. Ktoré z NPB u detí patria medzi vrodené?

- a. pylorostenosis congenita
- b. peritonitis purulenta
- c. ruptura hepatis
- d. volvulus

234. Ktoré z NPB u detí patria medzi získané?

- a. appendicitis acuta
- b. enterocolitis necrorisans
- c. ileus paralyticus
- d. pylorostenosis congenita

235. Medzi najčastejšie zápalové ochorenie brucha u detí patrí:

- a. cholecystitída
- b. appendicitída
- c. pankreatitída
- d. pyelonefritída

236. Pylorostenosis congenita sa klinicky prejaví vo veku:

- a. v prvých 48. hodinách po narodení
- b. okolo druhého roku veku dieťaťa
- c. v predškolskom období
- d. medzi 3-6 týždňom po narodení

237. Aký je patofyziologický základ pylorostenosis congenita?

- a. hypertrofia svaloviny pyloru
- b. hyperplázia svaloviny pyloru
- c. hypoplázia svaloviny pyloru
- d. skrátenie pylorického kanála

238. Aký je typický príznak pylorostenosis congenita?

- a. projektilové zvracanie natráveného obsahu s prímесou žlče
- b. projektilové zvracanie bez prímеси žlče
- c. odgrcávanie
- d. nauzea

- 239. Pri fyzikálnom vyšetrení brucha pri pylorostenóze zistíme:**
- výraznú distenziu brucha
 - viditeľné a hmatné dilatované črevné kľučky po celom bruchu
 - peritoneálne príznaky
 - rezistenciu v oblasti pylorického kanála
- 240. V zobrazovacej diagnostike pri pylorostenosis congenita postačuje:**
- natívny snímok brucha
 - pasáž GIT-u
 - USG brucha
 - CT brucha
- 241. Ako liečime kongenitálnu pylorostenózu?**
- konzervatívne
 - chirurgicky
 - konzervatívne aj chirurgicky
 - bez liečby
- 242. Aký typ operácie sa používa pri kongenitálnej pylorostenóze?**
- pyloromyotómia
 - resekcia a anastomóza pyloru
 - gastrostómia
 - resekcia pyloru a žalúdka
- 243. Atrézia duodena u detí patrí medzi:**
- zápalové ochorenia
 - úrazové ochorenia
 - vrodené vývojové chyby GIT-u
 - onkologické ochorenia
- 244. Aký je typický RTG obraz pri atrézii duodena?**
- obraz vysokého ilea
 - obraz nízkeho ilea
 - prázdne brucho
 - prítomnosť dvoch vzduchových bublín
- 245. Operačné riešenie pri atrézii duodena je:**
- hneď po narodení
 - po narodení, po stabilizácii dieťaťa
 - vo veku troch rokov
 - neoperuje sa
- 246. Atrézia duodena sa vyskytuje aj u detí s:**
- peritonitídou
 - s Downovým syndrómom
 - pri atrézii anu a rekta
 - len ako izolované ochorenie
- 247. Aká je liečba atrézie duodena?**
- žiadna
 - konzervatívna (NGS, infúzie, ATB liečba)
 - chirurgická i konzervatívna
 - chirurgická

248. Najčastejší typ operačného výkonu je pri atrézii duodena:

- a. resekcia duodena
- b. duodeno-duodeno anastomóza
- c. duodeno-jejunoanastomóza
- d. gastro-jejunoanastomóza

249. Atrézia jejuna a ilea patria:

- a. medzi vrodené vývojové chyby GIT-u
- b. vrodené vývojové chyby hrudníka
- c. zápalové ochorenia
- d. úrazové ochorenia

250. V zobrazovacej diagnostike atrézie ilea a jejuna postačuje:

- a. natívna snímka brucha
- b. natívna snímka brucha a USG vyšetrenie
- c. pasáž GIT-u kontrastnou látkou
- d. CT brucha

251. Liečba atrézie ilea a jejuna je:

- a. chirurgická
- b. konzervatívna
- c. chirurgická aj konzervatívna
- d. žiadna

252. Kedy hovoríme o syndróme krátkeho čreva u detí:

- a. ak zostane viac ako 1 meter
- b. ak zostane celé črevo
- c. ak zostane dieťa bez tenkého čreva
- d. ak je čreva menej ako 90 cm

253. Čo je dôsledkom syndrómu krátkeho čreva?

- a. úporné zvracanie
- b. hnačky
- c. obstipácia
- d. malabsorbcia

254. Prognóza detí so syndrómom krátkeho čreva je:

- a. nepriaznivá
- b. dobrá
- c. závisí od dĺžky čreva a reakcie na totálnu parenterálnu a enterálnu výživu
- d. nezávisí od dĺžky ponechaného čreva a výživy

255. Čo je Laddov syndróm?

- a. malrotácia
- b. kongenitálny volvulus
- c. vnútorná mezokolická hernia
- d. atrézia tenkého čreva

256. Čo je mekóniový ileus?

- a. obštrukcia ilea zahustenou smolkou
- b. paralytický ileus po odchode smolky
- c. dôsledok mekóniovej peritonitídy
- d. spomalený odchod smolky pri aganglionóze čreva

- 257. Mekóniový ileus a peritonitída býva pri:**
- pri cystickej fibróze
 - pri diabetes mellitus
 - pri VCC
 - pri vrodenej poruche metabolizmu cukrov
- 258. Pri náleze mekóniového ilea je genetické vyšetrenie:**
- potrebné vždy
 - nevyžaduje sa
 - vyšetří sa len v odôvodnených prípadoch
 - vyšetří sa dieťa i rodičia
- 259. Nekrotizujúca enterokolitída je:**
- získané ochorenie
 - vrodená vývojová chyba GIT-u
 - zápalové ochorenie
 - následok perinatálneho traumatizmu
- 260. Nekrotizujúca enterokolitída sa vyskytuje:**
- u detí všetkých vekových kategórií
 - u nedonosených detí
 - u nedonosených detí a novorodencov
 - len u detí školského veku
- 261. Medzi predisponujúce faktory pri NEC patrí len:**
- infekcia, prematurita, neprimeraná výživa
 - extrémna nedonosenosť
 - asfyxia, umelá ventilácia pľúc
 - prematurita, asfyxia, infekcia, neprimeraná výživa
- 262. Ktoré príznaky sú typické pre NEC (možnosť viacerých správnych odpovedí):**
- distenzia brucha
 - zvracanie
 - prítomnosť krvi v stolici
 - smolka neodíde do 48 hodín
- 263. Koľko štádií podľa Bella rozoznávame pri NEC?**
- jedno
 - dve
 - tri
 - štyri
- 264. Ktoré štádium pri NEC nevyžaduje chirurgickú intervenciu?**
- prvé
 - druhé
 - tretie
 - prvé a druhé
- 265. Aké RTG a USG nálezy sú typické pre NEC?**
- pneumatisis intestinalis
 - prítomnosť vzduchu v portálnom riečišti
 - pneumoperitoneum
 - nález kalcifikácií peritonea

266. Second look operácia pri NEC:

- a. indikovaná je vždy
- b. je v odôvodnených situáciách
- c. nie je nikdy potrebná
- d. je kontraindikovaná

267. Operácia pri NEC v III.štádiu sa robí:

- a. z vitálnej indikácie
- b. ako plánovaný výkon
- c. urgentný výkon po období stabilizácie
- d. nie je indikovaná

268. Hirschprungova choroba má patofyziologický základ v:

- a. aganglionóze plexus submucosus črevnej steny
- b. aganglionóze plexus submucosus a plexus myentericus črevnej steny
- c. nevyvinutí cirkulárnej svalovej vrstvy čreva
- d. nevyvinutí pozdĺžnej svalovej vrstvy čreva

269. Čo patrí medzi typické príznaky Hirschprungovej choroby?

- a. spomalený odchod stolice v malých porciách
- b. odchod stolice raz za niekoľko dní
- c. distenzia brucha
- d. zvracanie

270. Anamnestické údaje v novorodeneckom období:

- a. súvisia s patologickým tehotenstvom
- b. sú zamerané na odchod smolky prvých 24 hodín po narodení
- c. odchod smolky nie je rozhodujúci
- d. sú prítomné hnačky

271. Aké paraklinické vyšetrenia používame na diagnostiku morbus Hirschprung?

- a. irigografia, biopsia, pasáž GIT-u
- b. pasáž GIT-u, USG
- c. USG, MRI, rektálna manometria
- d. irigografia, biopsia, rektálna manometria

272. Ktoré operačné postupy sa využívajú v liečbe morbus Hirshprung?

- a. založenie terminálnej kolostómie nad aganglionárnym úsekom v prvej fáze
- b. resekcia celého hrubého čreva
- c. ileocekálna anastomóza
- d. založenie ileostómie

273. Medzi vrodené vývojové chyby brušnej steny patrí:

- a. laparochíza
- b. omfalokéla
- c. laparochíza, omfalokéla
- d. ani jedna z uvedených

274. Aký je rozdiel medzi laparochízou a omfalokélou?

- a. žiaden, iné pomenovanie pre to isté ochorenie
- b. omfalokéla je defekt brušnej steny v oblasti pupočníka, ktorý má vak, laparochíza je defekt laterálne od pupočníka, ktorý nemá vak
- c. omfalokéla je defekt brušnej steny v oblasti pupočníka, ktorá nemá vak,

laparoscíza je defekt laterálnej steny brušnej steny a má vak
d. obe ochorenia majú vaky

275. Prenatálna diagnostika laparoscízy a omfalokély:

- a. má vplyv na priebeh ochorenia
- b. nemá vplyv na ochorenie
- c. je rozhodujúca pre vedenie pôrodu (prirodzenou cestou, sekciou)
- d. je rozhodujúca pre vedenie pôrodu a prvé ošetrovanie novorodenca

276. Liečba laparoscízy a omfalokély je:

- a. chirurgická
- b. konzervatívna
- c. chirurgická aj konzervatívna
- d. žiadna

277. Chirurgický postup pri laparoscíze a omfalokéle je:

- a. primárny uzáver brušnej steny
- b. dvojdobý uzáver brušnej steny so založením umelej sieťky
- c. primárny, alebo dvojdobý uzáver alebo v závislosti od intraabdominálneho tlaku
- d. defekty sa riešia konzervatívne

278. Nástup funkcie tráviaceho systému pri vrodených chybách brušnej steny:

- a. je hneď po operácii
- b. je prvé dni po operácii
- c. neobnoví sa
- d. trvá niekoľko týždňov

279. Čo je Spiegelova hernia?

- a. pupočná hernia u novorodencov
- b. vnútorná mezokolická hernia
- c. dorzálna lumbálna hernia, ktorá vzniká v trigonum lumbale alebo trigonu Grynfelti
- d. hernia v linea semilunaris v mieste aponeurózy šikmých brušných svalov

280. Ingvínálna hernia u detí je:

- a. vrodená, nepriama
- b. vrodená, priama
- c. získaná, priama
- d. získaná, nepriama

281. Pri operačnom riešení ingvínálnej hernie u detí:

- a. u dievčat neuzatvárame celú prednú stenu ingvínálneho kanála
- b. u chlapcov fixujeme testis v skróte
- c. vykonávame plastiku prednej steny ingvínálneho kanála
- d. vykonávame plastiku zadnej a prednej steny ingvínálneho kanála

282. Čo platí pre hydrokélu?

- a. operačné riešenie je nutné v dojčeneckom veku
- b. má tendenciu k spontánnej regresii
- c. pri transluminácii vidíme prítomnosť črevnej kľučky
- d. pri pretrvávaní nálezu je operácia indikovaná v neskoršom veku

283. Invaginácia u detí sa vyskytuje:

- a. vo všetkých vekových skupinách

- b. prevažne vo veku šiestich mesiacov až dvoch rokov
- c. vo všetkých vekových kategóriách
- d. len v novorodeneckom období

284. Čo je typickým klinickým príznakom pri invaginácii?

- a. kolikovitá bolesť brucha v intervaloch
- b. neurčité bolesti brucha sprevádzané zvracaním
- c. kontinuálne kolikovitá bolesť brucha
- d. asymptomatický priebeh

285. Paraklinické vyšetrenie postačujúce pre diagnózu invaginácie je:

- a. natívna RTG snímka brucha
- b. USG brucha
- c. pasáž GIT-u
- d. irigografia

286. Liečba invaginácie u detí je:

- a. konzervatívna (hydrostatická dezinvinácia)
- b. chirurgická
- c. konzervatívna a chirurgická
- d. ani jedna z uvedených

287. Hydrostatická dezinvinácia u detí je kontraindikovaná:

- a. pri zvracaní
- b. pri odchode normálnej stolice
- c. pri prítomnosti krvi v stolici alebo odchode krvi z rekta
- d. nemá kontraindikácie

288. Najvyšší výskyt karcinómu hrubého čreva a rekta je v:

- a. Južnej Amerike
- b. Strednej Európe
- c. Afrike
- d. Číne

289. Familiárna adenomatózna polypóza je ochorenie:

- a. získané
- b. vírusového pôvodu
- c. genetické
- d. zápalové

290. Familiárna adenomatózna polypóza sa vyskytuje v populácii v:

- a. 10%
- b. 5%
- c. 1%
- d. 3%

291. Rodinný výskyt karcinómu hrubého čreva a rekta je pôvodu:

- a. vírusového
- b. genetického
- c. genetického a environmentálneho
- d. bakteriálneho

292. Pri výskyte kolorektálneho karcinómu v rodine vyšetrujeme kolonoskopiou:

- a. všetkých členov rodiny
- b. geneticky príbuzných v rodine
- c. manželku
- d. nikoho

293. Najvyšší výskyt zhubných nádorov na hrubom čreve je v oblasti:

- a. intestinum caecum
- b. colon sigmoideum
- c. colon transversum
- d. colon ascendens

294. Krvácanie z rekta nie je príznakom pri:

- a. diverticulosis sigmae
- b. karcinóme rekta
- c. megacolon congenitum
- d. colitis ulcerosa

295. Pri kolorektálnom karcinóme jedným z príznakov je:

- a. prítomnosť čerstvej krvi v stolici
- b. meléna
- c. hemateméza
- d. tachykardia

296. Pri krvácaní z konečníka je nutné:

- a. operovať hemoroidy
- b. vyšetriť pacienta kolonoskopiou
- c. podávať hemostyptiká
- d. vykonať kolostómiu

297. Pri pozitívnom náleze na akútne krvácanie do stolice je indikované:

- a. CT vyšetrenie brucha
- b. USG brucha
- c. kolonoskopické vyšetrenie
- d. urografia

298. Najčastejším polypom hrubého čreva je:

- a. adenoma
- b. zápalový polyp
- c. juvenilný polyp
- d. hyperplastický polyp

299. Vznik karcinómu z adenoma hrubého čreva sa odhaduje na:

- a. 1-3 roky
- b. 5-7 rokov
- c. viac ako 15 rokov
- d. 5-10 rokov

300. Zo všetkých karcinómov hrubého čreva z adenómov vzniká:

- a. 30%
- b. 20%
- c. 50%
- d. 80%

- 301. Významným karcinogénom v črevnom prostredí nie sú:**
- živočišne tuky
 - produkty črevných baktérií rodu Bacteroides
 - žlčové kyseliny
 - kalcium
- 302. Pri pravostrannom carcinoma colonis je najčastejší príznak:**
- obstipácia
 - striedanie hnačiek a obstipácie
 - anémie
 - ileózne príznaky
- 303. Pri ľavostrannom carcinoma colonis je najčastejší príznak:**
- striedanie hnačiek a obstipácie
 - obezita
 - dyzúria
 - anémia
- 304. Pravostranná hemikolektómia je:**
- resekcia caeca
 - resekcia transverza
 - odňatie caeca, colon ascendens a pravej časti transverza
 - odňatie colon ascendens
- 305. Ľavostranná hemikolektómia sa vykonáva pri carcinoma:**
- coli ascendentis
 - coli descendentis
 - restosigmoidei
 - flexurae hepaticae
- 306. Hartmannova operácia je:**
- odstránenie časti hrubého čreva s primárnou anastomózou
 - resekcia sigmy
 - slepé uzavretie distálnej časti a vyvedenie kolostómie
 - odstránenie celého hrubého čreva
- 307. Milesova operácia je:**
- abdominoperineálna amputácia rekta
 - resekcia sigmy
 - kolostómia
 - ileorektálna resekcia
- 308. Pri karcinóme rekta predoperačne:**
- aplikujeme RTG terapiu u každého
 - neaplikujeme RTG terapiu
 - aplikujeme RTG terapiu len v istých štádiách ochorenia podľa výšky uloženého tumoru
 - podávanie klyzmy s ATB
- 309. Vyšetrenie CEA má význam:**
- diagnostický
 - pre rozsah liečby
 - pooperačné sledovanie recidívy

d. patrí do základného vyšetrenia

310. Vyšetrenie CA 19-9 má význam:

- a. diagnostický, na zistenie carcinoma colonis
- b. pri metastázach kolorektálneho carcinoma
- c. pri nádoroch obličky
- d. je špecifický pre karcinóm rekta

311. Aká je incidencia akútnej pankreatitídy v Európe?

- a. 500/100 000
- b. 240/100 000
- c. 20/100 000
- d. 95/100 000

312. Ako sa delí akútna pankreatitída podľa konsenzu z Atlanty z roku 1992?

- a. edematózna a nekrotická
- b. edematózna, nekrotická a hemoragicko-nekrotická
- c. ľahká a ťažká
- d. ľahká, mierna, ťažká a fudrojantná

313. Klasický prognostický skórovací systém akútnej pankreatitídy vytvoril v roku 1974?

- a. Ramsey
- b. Ramelow
- c. Radcliff
- d. Ranson

314. Ako sa nazývajú CT kritériá závažnosti akútnej pankreatitídy?

- a. Baltimore
- b. Berlitz
- c. Balthazar
- d. Ranson

315. Aká vyšetrovacia metóda je metódou voľby pri stagingu akútnej pankreatitídy?

- a. MRCP
- b. ERCP
- c. cCT
- d. USG

316. Kedy sa má indikovať prvé/vstupné cCT vyšetrenie pri akútnej pankreatitíde?

- a. v deň prijatia
- b. 48-72 hodín od prijatia
- c. 48-72 hodín od začiatku ťažkostí
- d. vôbec sa neodporúča

317. Diagnóza akútnej pankreatitídy vyžaduje prítomnosť dvoch z nasledujúcich troch nálezov:

- a. typická abdominálna bolesť; amyláza a/alebo lipáza \geq 3-násobok hornej hranice normy; charakteristický nález na CT
- b. bolesť brucha; zvýšené hodnoty amyláz v sére alebo v moči; cholecystolitiáza
- c. bolesť brucha; zvracanie; zvýšené hodnoty amyláz a lipáz
- d. typická bolesť brucha; nález na USG alebo CT; zvýšené hodnoty amyláz viac ako týždeň od prijatia

- 318. Ktorý laboratórny parameter je v súčasnosti stále zlatým štandardom pri predikcii závažnosti akútnej pankreatitídy?**
- a. AMS-S
 - b. lipáza-S
 - c. IL-6
 - d. CRP
- 319. Ktoré antibiotiká sú pri akútnej pankreatitíde paušálne indikované hneď od prijatia?**
- a. penicilín
 - b. ofloxacín
 - c. azitromycín
 - d. žiadne
- 320. Koľko stupňov má hodnotenie cCT nálezu podľa Balthazara pri akútnej pankreatitíde?**
- a. 2
 - b. 5
 - c. 3
 - d. 10
- 321. Medzi lokálne komplikácie akútnej pankreatitídy nepatrí/nepatria?**
- a. pseudocysta
 - b. tekutinové kolekcie
 - c. absces
 - d. fibróza
- 322. Medzi indikátory závažnosti akútnej pankreatitídy patria:**
- a. IL-6, IL-8
 - b. IL-2, IL-4
 - c. IL-2, IL-6
 - d. IL-4, IL-6
- 323. Aké hodnoty CRP svedčia pre prítomnosť pankreatických nekróz?**
- a. nad 1,7
 - b. nad 150
 - c. nad 5
 - d. nad 500
- 324. Kedy je indikovaná operácia pri akútnej pankreatitíde?**
- a. vždy
 - b. pri náleze infikovaných pankreatických nekróz
 - c. len pri náleze cholelitiázy
 - d. po ústupe teplôt
- 325. Kedy je pri akútnej pankreatitíde indikované ERCP?**
- a. vždy
 - b. len pri ľahkej akútnej pankreatitíde s ikterom
 - c. len pri cholelitiáze
 - d. pri akútnej pankreatitíde s biliárnou obštrukciou a ikterom alebo cholangitídou
- 326. Kedy sú infikované pseudocysty pankreasu po akútnej pankreatitíde indikované na operáciu?**

- a. vždy
- b. nikdy
- c. ak sú väčšie ako 3 cm v priemere
- d. ak sú väčšie ako 7 cm v priemere

327. Pri akútnej pankreatitíde je:

- a. enterálna výživa kontraindikovaná
- b. parenterálna výživa indikovaná až po 72 hodinách
- c. enterálna výživa výhodnejšia ako parenterálna výživa
- d. parenterálna výživa menej riziková ako enterálna výživa

328. Chronická pankreatitída je:

- a. chronická zápalová ireverzibilná deštrukcia pankreasu
- b. chronické postihnutie exokrinnnej funkcie pankreasu
- c. chronický zápal pankreasu a Langerhansových ostrovčekov
- d. recidivujúca akútna pankreatitída s prevahou fibrotizácie

329. Chronická pankreatitída postihuje:

- a. len exokrinnú funkciu pankreasu
- b. len endokrinnú funkciu pankreasu
- c. aj exokrinnú aj endokrinnú funkciu pankreasu
- d. exokrinnú, endokrinnú aj apokrinnú funkciu pankreasu

330. Pri chronickej pankreatitíde rozlišujeme formy:

- a. ľahkú a ťažkú
- b. progresívnu a recidivujúcu
- c. ľahkú, miernu, ťažkú a ireverzibilnú
- d. asymptomatickú a idiopatickú

331. Medzi najčastejšie príčiny chronickej pankreatitídy patrí:

- a. alkohol
- b. stres
- c. vírusové infekcie
- d. autoimunitné ochorenia

332. Medzi lokálne komplikácie chronickej pankreatitídy nepatrí:

- a. obštrukcia kolonu
- b. obštrukcia kardié
- c. obštrukcia choledochu
- d. obštrukcia duodena

333. Medzi príznaky chronickej pankreatitídy nepatrí:

- a. bolesť
- b. chudnutie
- c. malabsorpcia
- d. nyktúria

334. Chronická pankreatitída prebieha v štádiách:

- a. včasné, neskoré
- b. nemé, akútne, neskoré
- c. latentné, manifestné, intermediárne, štádium vyhasnutia
- d. akútne, štádium vyhasnutia

- 335. Formy chronickej pankreatitídy pri ERCP vyšetrení poznáme:**
- akalkulózna, kalkulózna
 - exsudatívna a fibrotizujúca
 - duktálna, periduktálna a extrapancreatická
 - duktálna, papiloduodenálna a parenchýmová
- 336. Medzi lokálne komplikácie chronickej pankreatitídy nepatrí:**
- amyloidóza
 - kompresia duodena
 - segmentálna portálna hypertenzia
 - pseudocysta
- 337. Medzi vzdialené komplikácie chronickej pankreatitídy nepatrí:**
- pleurálny výpotok
 - perikardiálny výpotok
 - exophthalmus
 - osteoporóza
- 338. V diferenciálnej diagnostike chronickej pankreatitídy je nutné vylúčiť:**
- infarkt myokardu
 - karcinóm pankreasu
 - divertikulózu kolonu
 - Mallory-Weissovo syndróm
- 339. Chirurgická liečba pri chronickej pankreatitíde nie je indikovaná pri:**
- neznesiteľných bolestiach
 - suspektnej malignite
 - komplikáciach
 - diabetes insipidus
- 340. Pri chirurgickej liečbe chronickej pankreatitídy sa využíva:**
- resekcia pankreasu
 - derivačné operácie
 - oklúzia ductus pancreaticus
 - všetko uvedené
- 341. Pri akej hodnote kvantitatívnej poruchy vedomia vyjadrenej GCS je indikované zaistenie dýchacích ciest intubáciou, menej ako:**
- 4
 - 6
 - 8
 - 10
- 342. Pri impresívnej fraktúre lebky je indikáciou na operáciu impresia úlomku:**
- viac ako 1 mm
 - viac ako o šírku kosti
 - do mozgového tkaniva
 - viac ako 2,5 mm
- 343. Evakuácia epidurálneho hematómu vyžaduje:**
- kraniektómiu
 - trepanáciu
 - kraniotómiu

d. trepanáciu a kraniotómiu

344. Akútny subdurálny hematóm sa evakuje z:

- a. cielenej kraniotómie
- b. kraniektómie
- c. trepanácie
- d. trepanácie a kraniektómie

345. Na evakuáciu chronického subdurálneho hematómu sa vykonáva:

- a. kraniektómia
- b. trepanácia a kraniektómia
- c. trepanácia
- d. trepanácia a kraniotómia

346. Na zníženie intrakraniálneho tlaku sa používa:

- a. manitol, digoxin, furosemid
- b. manitol, furosemid, hyperventilácia
- c. verapamil, nimodipin, digoxin
- d. furosemid, manitol, hypoventilácia

347. Tuberculum caroticum Chassaignac sa nachádza na ktorom krčnom stavci?

- a. štvrtom
- b. piatom
- c. šiestom
- d. siedmom

348. Luxácia mandibuly sa reponuje:

- a. Heimlichovým manévrom
- b. Hippokratovým hmatom
- c. operačne
- d. Hoffmeisterovým hmatom

349. Ezofageálny balónik Sengstakenovej-Blackemoreovej sondy nafukujeme vzduchom na tlak max:

- a. 4,7 kPa
- b. 5,3 kPa
- c. 5,9 kPa
- d. 6,5 kPa

350. Pri vonkajšej defibrilácii používame u dospelých maximálne:

- a. 200 J
- b. 240 J
- c. 280 J
- d. 360 J

351. Počiatočná hodnota energie výboja pri vonkajšej defibrilácii u detí je:

- a. 1 J/kg
- b. 1,5 J/kg
- c. 2 J/kg
- d. 2,5 J/kg

352. Optimálny podtlak vodného stĺpca pri hrudnej drenáži je:

- a. 2-5 cm

- b. 5-10 cm
- c. 10-12 cm
- d. 15-20 cm

353. V rámci prvej pomoci pri tenznom pneumotoraxe zavádzame punkčnú ihlu:

- a. v 2. medzirebrí v skapulárnej čiare
- b. v 2. medzirebrí v medioklavikulárnej čiare
- c. v 5. medzirebrí v prednej axilárnej čiare
- d. v 6. medzirebrí v strednej axilárnej čiare

354. Pri nemožnosti zavedenia katétra do močového mechúra cez uretru možno pri akútnej retencii moča vykonať:

- a. epiziotómiu
- b. epicystektómiu
- c. epicystostómiu
- d. epifyzeolýzu

355. Centrálny venózný katéter sa štandardne zavádza cestou:

- a. v. femoralis, v. axillaris, v. jugularis externa
- b. v. femoralis, v. jugularis externa, v. subclavia
- c. v. jugularis interna, v. axillaris, v. jugularis externa
- d. v. jugularis., v. subclavia, v. femoralis

356. Aké sú normálne hodnoty centrálného venózneho tlaku v cm vodného stĺpca:

- a. 0-2
- b. 2-5
- c. 5-10
- d. 10-15

357. Pri rozvinutom brušnom kompartment syndróme (vnútrobrušný tlak – IAP nad 25 mmHg) je neodkladne indikované:

- a. klyzma
- b. zavedenie nazogastrickej sondy
- c. dekompresívna laparotómia
- d. paracentéza

358. Medzi liečebné opatrenia na zníženie vnútrobrušného tlaku patrí:

- a. zavedenie NGS, prokinetiká
- b. klyzmy, diuretiká
- c. paracentéza, polohovanie pacienta
- d. všetko uvedené

359. Indikáciou na operáciu pri akútnej pankreatitíde je:

- a. brušný kompartment syndróm
- b. dokázaná infekcia v peripankreatických kolekciách
- c. instabilný pacient, šok
- d. všetko uvedené

360. Štandardne sa ústie terminálnej sigmostómie umiestňuje v:

- a. epigastriu
- b. spojnici umbilicus – spina iliaca anterior superior vpravo
- c. spojnici umbilicus – spina iliaca anterior superior vľavo
- d. spojnici processus xiphoideus – spina iliaca anterior superior vľavo

361. Stómie čreva delíme na:

- a. jednohlavňové, dvojhľavňové, viachľavňové
- b. terminálne, nástenné, dvojhľavňové
- c. jednohlavňové, axiálne, nástenné
- d. nástenné, celostenné, viacstenné

362. Invaginácia je typická pre ileus:

- a. cievny
- b. paralytický
- c. strangulačný
- d. neurogénny

363. Pleniesov príznak je:

- a. bolestivý pohmat brucha
- b. bolestivý poklep brušnej steny
- c. vymiznutie dýchacej vlny
- d. nadutie brušnej steny

364. Najčastejšou zápalovou brušnou príhodou je:

- a. akútna cholecystitída
- b. akútna pankreatitída
- c. akútna appendicitída
- d. akútna divertikulitída

365. Appendicitis acuta vzniká zväčša:

- a. postupne
- b. náhle v plnom zdraví
- c. po diétnej chybe
- d. pri poruchách črevnej pasáže

366. Prvým príznakom akútnej appendicitídy je:

- a. bolesť
- b. obstipácia
- c. porucha črevnej pasáže
- d. zvýšená telesná teplota

367. Z objektívnych príznakov je okrem nálezu na bruchu pri akútnej appendicitíde najvýznamnejšia:

- a. telesná teplota
- b. tachypnoe
- c. tachykardia
- d. pletora

368. Z objektívnych miestnych príznakov pri akútnej appendicitíde je najdôležitejší:

- a. pokloповý nález
- b. posluchový nález
- c. vyšetrenie per rectum
- d. pohmatový nález

369. Pri akútnej appendicitíde nebýva pozitívny príznak:

- a. Blumbergov
- b. Rowsingov
- c. Pleniesovo znamenie

d. Murphyho príznak

370. Mc Burneyov bod sa nachádza:

- a. na rozhraní vnútornej a strednej tretiny spojnice pupok – spina iliaca ventralis
- b. na rozhraní vonkajšej a strednej tretiny spojnice pupok – spina iliaca ventralis
- c. pod pupkom
- d. v strednej tretine spojnice pupok – spina iliaca ventralis

371. Typickou polohou červovitého prívesku nie je:

- a. ľavostranná poloha
- b. mezoceliakálna
- c. laterocekálna
- d. retrocekálna

372. Psoasov príznak je pozitívny pri polohe červovitého prívesku:

- a. mezocekálne
- b. ľavostranne uloženom
- c. retrocekálne
- d. subcekálne

373. Liečba hnisavej peritonitídy je:

- a. chirurgická a niekedy konzervatívna
- b. konzervatívna
- c. lieči sa ATB
- d. vždy chirurgická

374. Pravidelným príznakom náhlych brušných príhod je:

- a. teplota
- b. bolesť
- c. tachypnoe
- d. pletora

375. Bolesť pri náhlych brušných príhodách delíme na:

- a. miestnu a celkovú
- b. viscerálnu a somatickú
- c. subjektívnu a objektívnu
- d. silnú a slabú

376. Somatická bolesť vzniká pri NPB:

- a. napínaním puzdra parenchýmových orgánov
- b. sťahovaním steny čreva
- c. pri distenzii steny čreva
- d. dráždením nervových zakončení priamo v nástennej pobrušnici

377. Défense musculaire pri NPB vzniká:

- a. pri napínaní črevnej steny
- b. reflexne z podráždenia nervových zakončení v nástennej pobrušnici
- c. napínaním puzdra parenchymatóznych orgánov
- d. vplyvom telesnej teploty

378. Pre zápalovú náhlu príhodu brušnú je príznačná bolesť:

- a. kolikovitá
- b. intermitentná

- c. trvalá
- d. bolesti nie sú prítomné

379. Pri biliárnej peritonitíde pulzová frekvencia sa:

- a. znižuje
- b. zvyšuje
- c. nemení sa
- d. vždy je vysoká

380. Teplota pri náhlej príhode brušnej je:

- a. vždy vysoká
- b. rozhodujúcim príznakom
- c. má malý diagnostický význam
- d. nikdy nie je zvýšená

381. Klapotáž pri vyšetrení brucha je príznakom:

- a. prítomnosti voľnej tekutiny v brušnej dutine
- b. prítomnosti tekutiny nahromadenej v čreve pred prekážkou
- c. ascitu
- d. zápalovej náhlej príhody brušnej

382. Hernia perinealis:

- a. vyskytuje sa častejšie u mužov
- b. perineálne hernie možno rozdeliť na dve skupiny
- c. je najčastejšie inkarcerujúca hernia
- d. vyskytujú sa iba sekundárne po operáciách

383. Hernia obturatoria:

- a. iba zriedka inkarceruje pre svoju širokú bránku
- b. častejšie sa vyskytuje u mužov
- c. môže spôsobovať bolesť na mediálnej strane kolena
- d. typické je bolestivé vykľutie na mediálnej strane stehna

384. Hernia ischiadica:

- a. je pre ňu typický Howshipov-Rombergov príznak
- b. na jej operáciu sa odporúča gluteálny prístup
- c. je častá u detí
- d. prejavý sa vykľutím v gluteálnej oblasti, častejšie, ale inkarceráciou

385. Hernia supramesicalis:

- a. primárna je zriedkavá, častejšie vzniká ako hernia v jazve po suprapubických incíziách
- b. všetky odovede sú správne
- c. primárna je zriedkavá, častejšie vzniká ako neskorá komplikácia po operácii slabinovej prietrže
- d. vychádza cez fossa supramesicalis

386. Vak hernie femoralis najčastejšie prechádza:

- a. nad ligamentum inguinale cez anulus inguinalis internus mediálne od femorálnych ciev
- b. pod ligamentum inguinale cez lacuna vasorum mediálne od femorálnych ciev
- c. nad ligamentum inguinale cez anulus inguinalis externus laterálne od femorálnych ciev
- d. pod ligamentum inguinale cez lacuna vasorum laterálne od femorálnych ciev

387. Umbilikálna hernia:

- a. u detí sa odporúča operovať do veku 6 mesiacov
- b. u dospelých je vždy indikovaná operácia pre riziko inkarcerácie
- c. u detí sa operujú všetky s bránkou nad 1 cm čo najskôr po narodení
- d. u dospelých sa operujú iba tie s bránkou nad 2 cm

388. Herniae epigastricae:

- a. všetky odpovede sú správne
- b. sú často mnohonásobné
- c. označujú sa aj ako hernie lineae albae
- d. zriedkavo inkarcerujú

389. Hernia in cicatrice:

- a. vzniká 4x častejšie pri sekundárnom hojení rany ako pri primárnom hojení rany
- b. 70% hernií sa zjaví do 1 roka, 97% hernií sa zjaví do 5 rokov
- c. všetky odpovede sú správne
- d. často inkarceruje

390. Hernia Spigelii:

- a. zriedkavo inkarceruje
- b. najčastejšou lokalizáciou výskytu je kríženie linea semilunaris a linea semicircularis
- c. častejšie sa vyskytuje v detskom veku
- d. najčastejšou lokalizáciou výskytu je defect v aponeuróze musculus rectus abdominis

391. Hernia lumbalis:

- a. je častá
- b. nikdy sa nenachádza v trigonum costolumbale
- c. všetky odpovede sú nesprávne
- d. nikdy sa nenachádza v trigonum iliolumbale

392. Hernia parastomalis najčastejšie vzniká v okolí:

- a. kolostómie
- b. jejunostómie
- c. ureterostómie
- d. gastrostómie

393. Paraduodenálne hernie:

- a. napriek lokalizácii nespôsobujú vysoký ileus
- b. sú najzriedkavejšie vnútorné hernie
- c. pri inkarcerácii vždy ide o priamu inkarceráciu
- d. všetky odpovede sú nesprávne

394. Do foramen Winslowi najčastejšie inkarceruje?

- a. žlčník
- b. žalúdok
- c. colon ascendens alebo terminálne ileum
- d. colon transversum

395. Medzi vnútorné hernie nepatria:

- a. pericekálne hernie
- b. parastomálne hernie
- c. diafragmatické hernie

d. hernie popri transplantovanej obličke

396. Aké typy inkarcerácie poznáte?

- a. direktná, elastick
- b. všetky odpovede sú správne
- c. retrográdna (Maydlova)
- d. parciálna, nástenná (Richterova)

397. Aké typy repozície hernie poznáte?

- a. kompletná
- b. pseudorepozícia
- c. „en block“
- d. všetky odpovede sú správne

398. Aké typy anestézie je možné použiť pri operácii ingvinálnej hernie?

- a. všetky odpovede sú správne
- b. epidurálnu a spinálnu
- c. celkovú
- d. lokálnu

399. Ktorá z uvedených plastík sa nepoužíva pri operácii ingvinálnej hernie?

- a. IPOM
- b. Mayova
- c. TAPP
- d. TEP

400. Koľko typov hernií rozlišuje Nyhusova klasifikácia?

- a. 3
- b. 5
- c. 6
- d. 7

401. Koľko druhov laparoskopických plastík sa používa pri operáciách ingvinálnych hernií?

- a. 3
- b. 2
- c. 5
- d. 4

402. Absolútnou indikáciou chirurgickej liečby pri akútnom epidurálnom hematóme je?

- a. objem hematómu nad 10 cm³, GCS > 15
- b. objem hematómu nad 30 cm³, bez ohľadu na GCS
- c. GCS < 10, bez ohľadu na objem hematómu
- d. presun stredových štruktúr < 5 mm a GCS > 8

403. Absolútnou indikáciou chirurgickej liečby pri akútnom subdurálnom hematóme je:

- a. hematóm s hrúbkou > 5 mm, bez presunu stredových štruktúr pri GCS > 10
- b. hematóm s hrúbkou < 10 mm alebo presunom stredových štruktúr < 5 mm, pri GCS < 15
- c. hematóm s hrúbkou > 10 mm alebo presunom stredových štruktúr > 5 mm bez ohľadu na GCS
- d. hematóm s hrúbkou > 5 mm bez presunu stredových štruktúr, bez ohľadu na GCS

- 404. Absolútnou indikáciou chirurgickej liečby pri akútnom úrazovom intracerebrálnom hematóme je:**
- objem hematómu $> 20 \text{ cm}^3$
 - objem hematómu $< 40 \text{ cm}^3$
 - objem hematómu $> 50 \text{ cm}^3$
 - vždy je liečba konzervatívna
- 405. Štandardným chirurgickým výkonom pri akútnom subdurálnom hematóme a akútnom úrazovom intracerebrálnom hematóme je:**
- návrť na postihnutej strane
 - návrť na postihnutej strane, doplnený návrtom kontralaterálne
 - veľká kraniotómia nad nepostihnutou hemisférou
 - veľká kraniotómia nad postihnutou hemisférou
- 406. Optimálnym miestom drenáže hrudníkovej dutiny pri pneumotoraxe je:**
- subklavikulárny priestor v medioklavikulárnej čiare
 - drenáž nie je indikovaná, pneumotorax sa vždy ošetrí punkciou v 2. medzirebrí
 5. medzirebríe v medioklavikulárnej čiare alebo 6. medzirebríe v strednej axilárnej čiare
 2. medzirebríe v medioklavikulárnej čiare alebo 4. medzirebríe v strednej axilárnej čiare
- 407. Optimálnym miestom punkcie hrudníkovej dutiny pri pneumotoraxe je:**
3. medzirebríe pri dolnom okraji 3. rebra
 2. medzirebríe pri hornom okraji 3. rebra
 2. medzirebríe pri dolnom okraji 2. rebra
 3. medzirebríe pri hornom okraji 4. rebra
- 408. Optimálnym miestom drenáže hrudníkovej dutiny pri hemotoraxe je:**
5. alebo 6. medzirebríe v strednej axilárnej čiare
 5. alebo 6. medzirebríe v prednej axilárnej čiare
 3. alebo 4. medzirebríe v zadnej axilárnej čiare
 3. alebo 4. medzirebríe v medioklavikulárnej čiare
- 409. Optimálnym miestom punkcie hrudníkovej dutiny pri hemotoraxe je:**
3. medzirebríe v prednej axilárnej čiare
 - Lareyov bod
 5. medzirebríe v strednej axilárnej čiare
 6. medzirebríe v zadnej axilárnej čiare
- 410. Ktoré tracheálne chrupavky sa pretínajú pri tracheostómii?**
- pozdĺžne sa pretína 2, 3 tracheálna chrupavka, ak je otvor malý možno prerušiť 1 tracheálnu chrupavku
 - priečne sa pretína 3, 4 tracheálna chrupavka, ak je otvor malý možno prerušiť 2 tracheálnu chrupavku
 - pozdĺžne sa pretína 2, 3 tracheálna chrupavka, ak je otvor malý možno prerušiť 4 tracheálnu chrupavku
 - priečne sa pretína 2, 3 tracheálna chrupavka, ak je otvor malý možno prerušiť 4 tracheálnu chrupavku
- 411. Koniotómia je:**
- vlastne laryngotómia pri ktorej sa pretína ligamentum cricothyroideum priečne
 - bezpečnejšia, rýchlejšia forma hornej tracheostómie

- c. vlastne laryngotómia pri ktorej sa pretína ligamentum conicum pozdĺžne
- d. bezpečnejšia, rýchlejšia forma dolnej tracheostómie, indikovaná vždy pri nutnosti dlhodobej umelej pľúcnej ventilácie

412. Optimálnym miestom vpichu pri punkcii perikardu je:

- a. Mc Burneyov bod
- b. 5. medzirebrie vľavo v parasternálnaj čiare
- c. Lareyov bod
- d. 5. medzirebrie vľavo v medioklavikulárnej čiare

413. Aké druhy embolektómie rozlišujeme?

- a. otvorená a zatvorená
- b. priama a nepriama
- c. vonkajšia a vnútorná
- d. urgentná (do 6 hod. od objavenia sa prvých príznakov) a odložená (od 6-72hod. od objavenia sa prvých príznakov)

414. Pri krvácaní z pažerákových varixov je metódou prvej voľby:

- a. endoskopická sklerotizácia varixov
- b. akútna operácia
- c. hemostyptické infúzie
- d. nasogastrická sonda

415. Zdrojom krvácania pri Mallory-Weisovom syndróme je slizničná lézia:

- a. na pylore
- b. v oblasti Treitzovho ligamenta
- c. na Bauhinskej chlopni
- d. gastroezofageálneho prechodu

416. Difúzne krvácanie zo žalúdočnej sliznice:

- a. je vždy indikáciou k totálnej gastrektómii
- b. je indikáciou k podviazaniu a. gastroduodenalis
- c. konzervatívnym postupom sa obyčajne zastaví
- d. je indikáciou k TIPS-transjugulárny intrahepatický portokaválny shunt

417. Lokalizované masívne krvácanie z tenkého čreva sa najčastejšie ošetrí:

- a. resekciou krvácajúceho úseku čreva
- b. enterotómiou a opichom krvácania
- c. endoskopickou sklerotizáciou
- d. konzervatívnym postupom sa obyčajne zastaví

418. Pri podozrení na hemoperitoneum je diagnostickou metódou prvej voľby:

- a. RTG natívna snímka brucha v stoj
- b. CT vyšetrenie brucha s intravenóznym podaním kontrastnej látky
- c. USG vyšetrenie brucha
- d. NMR vyšetrenie brucha

419. Najčastejším pourazovým zdrojom krvácania do dutiny brušnej je poranenie:

- a. pečene
- b. ľavej obličky
- c. pankreasu
- d. sleziny

420. Pringleho manéver je:

- a. obídienie a stiahnutie hepatoduodenálneho ligamenta
- b. pretnutie gastrokolickeho ligamenta a otvorenie omentálnej burzy
- c. obídienie a stiahnutie hilu sleziny
- d. mobilizácia duodena z mediálnej strany

421. Pri poranení vnútrobrušných orgánov a zastavení krvácania tamponádou, možno túto ponechať:

- a. 24 hodín
- b. 48-72 hodín
- c. do ukončenia operácie a uzatvorenia dutiny brušnej
- d. peroperačne na nevyhnutne krátku dobu do definitívneho zastavenia krvácania

422. Aké druhy punkcie čreva poznáte?

- a. priamu a nepriamu
- b. internú a externú
- c. transmurálnu a transmezenterálnu
- d. punkcia čreva sa už nevykonáva

423. Prolaps anu:

- a. je prepadnutie sliznice rekta cez análny otvor
- b. u detí v prvom roku života a starších ľudí nad 60 rokov sa nikdy nevyskytuje
- c. býva 5x častejšie u mužov ako u žien
- d. nikdy sa nezvykne kombinovať s prolapsom uteru

424. Prolaps anu a rekta:

- a. postihuje predovšetkým mladých ľudí
- b. postihuje viac mužov
- c. je častejší u žien a môže sa kombinovať s prolapsom uteru
- d. postihuje najčastejšie pacientov po amputácii rekta

425. Príčinou prolapsu rekta môže byť:

- a. slabosť závesných väzov rekta
- b. chronická obstipácia
- c. opakované pôrody
- d. všetko uvedené

426. Prolaps anu môže spôsobiť:

- a. vznik karcinómu rekta
- b. pri jeho dlhšom trvaní nevzniká edém prolabovanej sliznice, ani jej zápal, či exulcerácia
- c. močovú inkontinenciu
- d. inkontinenciu stolice

427. Prolaps rekta:

- a. pri indagácii rekta sa hmatom zisťuje zvýšený tonus zvieračov
- b. často sa prejaví len počas defekácie
- c. ak je trvalý, sliznica rekta sa mechanicky nedráždi
- d. gangréna prolabovaného rekta nikdy nehrozí

428. Prolaps anu a rekta diagnostikujeme:

- a. aspexiou
- b. anoskopia, rektoskopia, koloskopia, manometria a endosonografia anorekta nemajú

- v diagnostike prolapsu anu a rekta nikdy význam
- c. irigografiou
- d. zásadne CT vyšetrením alebo MRI vyšetrením

429. Prolaps anu a rekta liečime:

- a. konzervatívna liečba nemá nikdy význam
- b. sa liečiť nedá
- c. fixačnou operáciou (rektopexy)
- d. k operačnej liečbe pristupujeme až pri gangréne čreva

430. Konzervatívna liečba prolapsu anu a rekta zahŕňa:

- a. posilňovanie svalov panvového dna, regulácia stolice
- b. manuálna repozícia prolabovaného rekta po defekácii
- c. je indikovaná najmä u detí, u ktorých prolaps časom spontánne vymizne
- d. všetko uvedené

431. Chirurgická liečba prolapsu anu a rekta:

- a. závisí od rozsahu a typu prolapsu
- b. pre chirurgickú liečbu prolapsu rekta existuje abdominálny a perineálny prístup
- c. princípom fixačných operácií (rektopexy) je intraperitoneálna fixácia mobilizovaného rekta
- d. všetko uvedené

432. Chirurgická liečba prolapsu rekta:

- a. ide o operáciu, ktorých cieľom je odstrániť aspoň polovicu hrubého čreva
- b. ide o operáciu, ktorých cieľom je odstrániť prolaps a zlepšiť kontinenciu
- c. nepatria sem operácie fixačné
- d. všetko uvedené je nesprávne

433. Fissura ani:

- a. ide o pozdĺžnu trhlinu (ulkus) v análnom kanáli
- b. vzniká pri chronických hnačkách
- c. fisúry nebývajú dlhšie ako 1 cm
- d. platí všetko uvedené

434. Fissura ani môže vzniknúť:

- a. pri chronických obštipáciách
- b. po kryptitídach
- c. pri trombotizovaných a zapálených hemoroidoch
- d. všetko uvedené je správne

435. Najčastejšou lokalizáciou análnej fisúry je:

- a. predná komisúra anusu
- b. zadná komisúra anusu
- c. laterálna strana anusu
- d. všetko uvedené je nesprávne

436. Akútna análna fisúra:

- a. je trhlina s valovitými okrajmi
- b. je trhlina s ostrými okrajmi a ružovou spodinou
- c. na jej distálnom konci býva tzv. strážny hrbolček
- d. na jej spodine sú viditeľné priečne prebiehajúce vlákna vnútorného zvierača

437. Pre chronickú fisúru je typické:

- a. ostré okraje
- b. ružová spodina
- c. strážny hrbolček
- d. všetko uvedené je správne

438. Fissura ani:

- a. prejavuje sa pálivými bolesťami konečníka najmä pri stolici a po nej
- b. nebýva prímes čerstvej krvi na stolici
- c. indagácia nebýva bolestivá
- d. liečba akútnej trhliny je vždy len chirurgická

439. V liečbe análnej fisúry platí:

- a. akútna fisúra je vždy indikovaná k chirurgickej liečbe
- b. chronická fisúra nie je nikdy indikovaná k chirurgickej liečbe
- c. chirurgická liečba chronickej fisúry je indikovaná až po neúspechu konzervatívneho postupu
- d. análna fisúra sa vyskytuje prevažne u ázijskej rasy

440. Chirurgická liečba akútnej análnej fisúry:

- a. je indikovaná ak nedôjde k zlepšeniu stavu po konzervatívnej liečbe
- b. je indikovaná ak diagnostikujeme hypertonus zvieračov
- c. spočíva v šetrnej divulzii zvieračov v celkovej anestéze
- d. všetko uvedené je správne

441. Chirurgická liečba chronickej análnej fisúry:

- a. spočíva v šetrnej divulzii zvieračov v celkovej anestéze
- b. exciduje sa okolie aj spodina fisúry, aj strážny hrbolček
- c. sfinkterotómiou m. sphincter ani internus sa dosiahne zníženie jeho tonusu
- d. všetko uvedené je správne

442. Koľko percent dĺžky tráviacej rúry tvorí tenké črevo?

- a. 45%
- b. 55%
- c. 65%
- d. 75%

443. Ktorá tepna zásobuje tenké črevo?

- a. arteria gastroduodenalis
- b. truncus coeliacus
- c. arteria mesenterica superior
- d. arteria mesenterica inferior

444. Čo je to „syndróm slepého vaku“?

- a. vakovité rozšírenie slepého čreva
- b. zašitie niektorej časti tráviacej rúry naslepo
- c. taký pojem sa v chirurgii nepoužíva
- d. hromadenie črevného obsahu v časti čreva, ktorá je vylúčená z pasáže

445. V čom spočíva adaptácia tenkého čreva po rozsiahlej resekcii?

- a. v hyperplázii epitelových buniek sliznice čreva
- b. v predĺžení villi intestinales
- c. v segmentálnom zvýšení absorpcie v črevnom zvyšku

d. všetko uvedené

446. Čo je to maldigescia?

- a. porucha vstrebávania konečných produktov trávenia
- b. porucha transportu produktov trávenia do krvnej cirkulácie
- c. porucha trávenia pri nedostatku tráviacich enzýmov v lúmene čreva
- d. všetko uvedené

447. Operácie intestinálnej obchádzky sa používajú v chirurgickej liečbe:

- a. nádorov tenkého čreva
- b. Morbus Crohn
- c. morbidnej obezity
- d. omfalokély

448. Rozdiel medzi stenózou a atréziou čreva je, že pri atrézii:

- a. symptómy nie sú také výrazné
- b. je prítomná úplná absencia lúmenu v časti čreva
- c. hlavným príznakom je vracanie
- d. všetko uvedené

449. Meckelov divertikul je:

- a. omfalokéla
- b. zvyšok neobliterovaného ductus omphaloentericus
- c. appendix retrocoecalis
- d. coecum mobile

450. Morbus Crohn je granulomatózný zápal, ktorý postihuje:

- a. celú tráviacu rúru
- b. tenké črevo
- c. hrubé črevo
- d. žalúdok

451. Koľko štádií Crohnovej choroby rozlišujeme podľa klinického obrazu?

- a. 2 štádiá
- b. 3 štádiá
- c. 4 štádiá
- d. 5 štádií

452. Medzi lokálne komplikácie Morbus Crohn nepatrí:

- a. fistula
- b. malabsorpcia
- c. perforácia
- d. krvácanie

453. Čo znamená „STRING SIGN“ podľa Kantora pri morbus Crohn?

- a. perianálne fistuly
- b. ploché ulcerácie sliznice pri kolonoskopii
- c. dilatácia čreva a hladinky pri RTG vyšetrení na natívnej snímke brucha
- d. stenózy s nitkovitým zúžením lúmenu pri RTG vyšetrení pasáže báriovou kašou

454. Pri Peutz-Jeghersovom syndróme je typické:

- a. familiárny – dedičný výskyt
- b. prejavuje sa polypózou tenkého čreva

- c. manifestuje sa pigmentovými škvrnami okolo úst a na sliznici ústnej dutiny
- d. všetko uvedené

455. Karcinoid je:

- a. malígný epitelový tumor tenkého čreva
- b. benígny mezenchýmový tumor tenkého čreva
- c. semimalígný tumor z endokrinných enterochromatínových buniek
- d. malígný heterotopný nádor tenkého čreva

456. Karcinoid sa nevyskytuje v:

- a. ezofagu
- b. v žalúdku
- c. v appendixe
- d. v rekte

457. Ktorý symptóm špecifický pre karcinoidný syndróm, je spôsobený nadprodukciou bradykinínu?

- a. edém
- b. flush – hyperémia
- c. asthma bronchiale
- d. hnačka

458. Najčastejšou lokalizáciou karcinoidu je:

- a. ezofagus
- b. appendix, tenké črevo, rektum
- c. žalúdok
- d. bronchiálny strom

459. Karcinoid patrí do skupiny semimalígných nádorov, lebo:

- a. prejavuje sa prekážkou pasáže
- b. manifestuje sa krvácaním (melenou)
- c. prejavuje sa hmatateľným bolestivým nádorom v pravom podbruší
- d. metastázuje

460. Diagnózu karcinoidu potvrdzuje biochemické vyšetrenie v moči:

- a. tryptofanu
- b. urobilinogénu
- c. kyseliny 5-hydroxyindolactovej
- d. diastázy

461. Graserov divertikul je:

- a. zvyšok neobliterovaného ductus omphaloentericus
- b. duplikatúra tenkého čreva
- c. benígny nádor tenkého čreva
- d. prolaps sliznice na mezenterálnej strane čreva

462. Čo je enteroskopia?

- a. RTG pasáž tenkým črevom
- b. endoskopické vyšetrenie appendixu
- c. endoskopické vyšetrenie tenkého čreva
- d. endoskopické vyšetrenie hrubého čreva

463. Čo umožňuje „PUSH“ enteroskopia?

- a. odber biopsie z prvých 60 cm jejuna za duodeno-jejunálnym prechodom
- b. odber biopsie z celého tenkého čreva
- c. neumožňuje odber biopsie
- d. neexistuje takéto vyšetrenie

464. Ktoré vyšetrenia sa robia pri malabsorpcii?

- a. meranie odpadu tuku v stolici
- b. Schillingov test
- c. vodíkový dychový test
- d. všetko uvedené

465. Ktorá časť GIT-u je najt'azšie prístupná vyšetreniu (diagnostike)?

- a. ezofagus
- b. žalúdok a dvanástnik
- c. tenké črevo
- d. hrubé črevo

466. Ktoré vyšetrenie nepatrí medzi RTG vyšetrenia tenkého čreva?

- a. enteroklýza
- b. irigografia
- c. fistulografia
- d. mezenterálna angiografia

467. Aké sú hlavné funkcie konečníka:

- a. kontinencia
- b. defekácia
- c. kontinencia a defekácia
- d. resorpcia

468. Stredná a distálna tretina rekta je fixovaná k prednej ploche krížovej kosti:

- a. Waldayerovou fasciou
- b. Denonvilliersovou fasciou
- c. transverzálnou fasciou
- d. Scarpeho fasciou

469. Čo tvorí hranicu anatomického análneho kanála?

- a. linea dentata
- b. taenia libera
- c. Kohlrauschova riasa
- d. Treitzov sval

470. Kde vyúsťujú cryptae anales?

- a. nad linea dentata
- b. pod linea dentata
- c. v úrovni linea dentata
- d. na anokutánnom rozhraní

471. Aký epitel sa nachádza nad linea dentata:

- a. vrstevnatý dlaždicový epitel
- b. cylindrický epitel
- c. riasinkový epitel
- d. resorpčný epitel

472. Ktoré klinické štádia ochorenia (hemoroidov) sú indikované na operáciu?

- a. I
- b. I a II
- c. III
- d. III a IV

473. Medzi rutinné vyšetrovacie metódy pri hemoroidoch patrí:

- a. anoskopia
- b. rektoskopia
- c. anoskopia a rektoskopia
- d. anoskopia, rektoskopia a kolonoskopia (u pacienta nad 50 rokov)

474. Chirurgickú liečbu pri hemoroidoch si vyžaduje asi:

- a. 10% pacientov
- b. 20% pacientov
- c. 30% pacientov
- d. 40% pacientov

475. Predstaviteľom otvorených techník je hemoroidektómia podľa:

- a. Fergusona
- b. Longa
- c. Milligan-Morgana
- d. Blondea

476. Predstaviteľom zatvorených techník je hemoroidektómia podľa:

- a. Fergusona
- b. Parksa
- c. Milligan-Morgana
- d. Langenbecka

477. Výstelka pod linea dentata je tesne spojená so submukózou a je pokrytá:

- a. vrstevnatým dlaždicovým epitelom
- b. cylindrickým epitelom
- c. riasinkovým epitelom
- d. resorpčným epitelom

478. Ktorý sval je vôľovo ovládateľný?

- a. musculus sfincter ani externus
- b. musculus sfincter ani internus
- c. musculus sfincter ani externus et internus
- d. musculus puborectalis

479. Ktoré svaly nie sú vôľovo ovládateľné?

- a. musculus sfincter ani externus
- b. musculus sfincter ani internus
- c. musculus sfincter ani externus et internus
- d. musculus sfincter ani internus a musculus puborectalis

480. Aká je typická lokalizácia hemoroidov (v litotomickej polohe)?

- a. na č. 2, 5, 9
- b. na č. 1, 6, 10
- c. na č. 3, 7, 9
- d. na č. 3, 7, 11

- 481. Vnútorne hemoroidy ležia:**
- a. pod linea dentata
 - b. nad linea dentata
 - c. v úrovni linea dentata
 - d. na anokutánnom rozhraní
- 482. Techniku staplerovej hemoroidektomie do praxe zaviedol:**
- a. Morinaga
 - b. Felix
 - c. Whitehead
 - d. Longo
- 483. Elastická ligatúra bola prvýkrát navrhnutá v roku:**
- a. 1952 Fergusonom
 - b. 1954 Blasidellom
 - c. 1956 Parksom
 - d. 1963 Barronom
- 484. Skleroterapia hemoroidov podľa Blondea je:**
- a. suprahemoroidálna sklerotizácia
 - b. infrahemoroidálna sklerotizácia
 - c. intrahemoroidálna sklerotizácia
 - d. cirkulárna sklerotizácia v úrovni linea dentata
- 485. Skleroterapia hemoroidov podľa Bensuadea je:**
- a. suprahemoroidálna sklerotizácia
 - b. infrahemoroidálna sklerotizácia
 - c. intrahemoroidálna sklerotizácia
 - d. cirkulárna sklerotizácia v úrovni linea dentata
- 486. Chirurgický výkon pri ktorom sa odstráni karcinóm colon ascendens sa označuje:**
- a. pravostranná hemikolektómia
 - b. ľavostranná hemikolektómia
 - c. operácia podľa Dixona
 - d. operácia podľa Milesa
- 487. Chirurgický výkon pri ktorom sa odstráni karcinóm colon descendens sa označuje:**
- a. ľavostranná hemikolektómia
 - b. pravostranná hemikolektómia
 - c. operácia podľa Dixona
 - d. operácia podľa Milesa
- 488. Kontinentná operácia konečníka pre karcinóm sa označuje:**
- a. ľavostranná hemikolektómia
 - b. pravostranná hemikolektómia
 - c. operácia podľa Dixona
 - d. operácia podľa Milesa
- 489. Operácia karcinómu konečníka, ktorá nezachováva kontinenciu sa označuje:**
- a. ľavostranná hemikolektómia
 - b. pravostranná hemikolektómia
 - c. operácia podľa Dixona
 - d. operácia podľa Milesa

- 490. Pri ktorej operácii je súčasťou vyšítie črevnej stómie:**
- Milesova operácia
 - ľavostranná hemikolektómia
 - pravostranná hemikolektómia
 - operácia podľa Dixona
- 491. Aký je minimálny počet vyšetrených lymfatických uzlín na posúdenie nodálneho statusu pri KRCA?**
- 12
 - 10
 - 5
 - 7
- 492. Karcinóm hrubého čreva vzniká:**
- v sliznici
 - vo svalovine čreva
 - v seróze čreva
 - v peritoneu čreva
- 493. Familiárnu adenomatóznou polypózu spôsobuje mutácia APC génu na dlhom ramienku:**
5. chromozómu
 6. chromozómu
 7. chromozómu
 8. chromozómu
- 494. Medzi neovplyviteľné príčiny kolorektálneho karcinómu patrí:**
- adenóm čreva
 - strava
 - obezita
 - fajčenie
- 495. Tenezmy sú:**
- prudké a bolestivé nutkania na stolicu
 - zhrubnutia črevnej svaloviny
 - črevné parazity
 - prítomnosť krvi a hlienu v stolici
- 496. Nodálny status N2 znamená:**
- metastáza vo viac ako 4 lymfatických uzlinách
 - metastáza vo viac ako 3 lymfatických uzlinách
 - metastáza vo viac ako 2 lymfatických uzlinách
 - metastáza vo viac ako 1 lymfatickej uzline
- 497. Väčšina karcinómov hrubého čreva vzniká:**
- z adenómov
 - de novo
 - na podklade mutácie APC génu
 - do veku 45 rokov
- 498. Miesto najčastejších metastáz karcinómu hrubého čreva sú:**
- pečeň
 - kosti

- c. prostata
- d. mozog

499. Predilekčné miesto vzniku divertiklov je:

- a. colon ascendens
- b. sigma
- c. colon transversum
- d. konečník

500. Akútna dilatácia hrubého čreva pri ulceróznej kolitíde sa označuje:

- a. toxické megakolon
- b. ileus
- c. peritonitída
- d. hydrokolon

501. Pre ktorú lokalizáciu karcinómu hrubého čreva je najtypickejšie krvácanie s anemizáciou:

- a. pravostranné tumory
- b. ľavostranné tumory
- c. tumory rekta
- d. tumory análneho kanála

502. Karcinóm čreva v ktorej lokalizácii sa najskôr prejavuje stenotizáciou:

- a. ľavostranné tumory
- b. pravostranné tumory
- c. tumory céka
- d. tumory hepatálnej flexúry

503. Meckelov divertikel:

- a. je vychlíпка tenkého čreva
- b. nemôže obsahovať vred
- c. je vychlíпка hrubého čreva
- d. je uložený na mezenterálnej strane ilea

504. Crohnova choroba najčastejšie postihuje:

- a. distálne ileum
- b. duodenum
- c. rektum
- d. sigmu

505. Za väčšinu príznakov karcinoidu je zodpovedná molekula:

- a. serotonínu
- b. melatonínu
- c. oxytocínu
- d. somatostatínu

506. Hlavným sledovaným onkomarkerom pri KRCA je:

- a. CEA
- b. CAE
- c. CA 19.9
- d. CA 125

507. Rozpad črevnej anastomózy sa klinicky manifestuje najčastejšie:

- a. medzi 4.-6. pooperačným dňom
- b. na 2. pooperačný deň
- c. medzi 12.-14. pooperačným dňom
- d. medzi 10.-12. pooperačným dňom

508. Základné klinické vyšetrenie pre KRCA je:

- a. per rectum vyšetrenie
- b. kolonoskopia
- c. hemokult test
- d. CT vyšetrenie

509. Rádioterapia je metódou voľby v liečbe:

- a. karcinómu tenkého čreva
- b. karcinómu céka
- c. karcinómu colon transversum
- d. karcinómu rekta

510. Pre onkologickú radikalitu pri karcinóme rekta nie je dôležité:

- a. odstránenie mezorekta
- b. dosiahnuť voľný distálny resekčný okraj
- c. dosiahnuť voľný proximálny resekčný okraj
- d. odstránenie lymfatických uzlín pri odstupe a. mesenterica superior

511. Totálna excízia mezorekta je súčasťou:

- a. Dixonovej operácie
- b. pravostrannej hemikolektómie
- c. resekcii sigmy
- d. resekcie colon transversum

512. Vyšitie črevnej stómie nie je súčasťou:

- a. pravostrannej hemikolektómie
- b. Milesovej operácie
- c. Hartmannovej operácie
- d. niektorých paliatívnych operácií

513. Konkomitantná chemorádioterapia znamená:

- a. súčasné použitie chemo aj rádioterapie
- b. následné použitie chemo a rádioterapie
- c. použitie chemoterapie alebo rádioterapie
- d. použitie chemoterapie s odstupom rádioterapie o 6 týždňov

514. Porušenie nervových panvových plexov pri operácii konečníka nemá za následok:

- a. poruchy orgazmu
- b. zvýšený počet pooperačných recidív
- c. poruchu erekcie u mužov
- d. poruchy mikcie

515. Medzi urgentné indikácie k operácii pri Crohnovej chorobe nepatrí:

- a. akútny ileus
- b. megacolon toxicum
- c. enterovaginálna fistula
- d. peritonitída

516. Meckelov divertikul sa v populácii vyskytuje v:

- a. 10%
- b. 20%
- c. 2%
- d. 30%

517. 95% invaginácií tenkého čreva sa vyskytuje:

- a. v detskom veku
- b. medzi 20-30 rokom života
- c. medzi 30-50 rokom života
- d. nad 50 rokov

518. GIST má pôvod v:

- a. črevnom epitely
- b. stene tenkého čreva
- c. urotely
- d. endotely

519. Najčastejším miestom lokalizácie GIST-u je:

- a. tenké črevo
- b. žalúdok
- c. sigma
- d. rektum

520. Celkové kolonoskopické vyšetrenie hrubého čreva sa označuje:

- a. pankolonoskopia
- b. rektoskopia
- c. rektosigmoideoskopia
- d. enteroskopia

521. Riziko pooperačného leaku črevnej anastomózy neovplyvňuje:

- a. uloženie drénu k anastomóze
- b. napätie v anastomóze
- c. nedokrvnenie anastomózy
- d. vek pacienta

522. Rozdiel v pomenovaní vonkajšie a vnútorné hemoroidy sa viaže k ich:

- a. vzťahu k linea dentata
- b. vizualizácii počas klinického vyšetrenia
- c. veľkosti
- d. možnosti prolabovať

523. Ortográdna laváž hrubého čreva je súčasťou prípravy čreva k:

- a. operácii ileózneho stavu
- b. elektívnej operácii
- c. operácii pre peritonitídu pri črevnej perforácii
- d. urgentnej operácii

524. Hemoroidy v 3. štádiu:

- a. sa dajú reponovať len pomocou vonkajšej sily
- b. reponujú sa spontánne
- c. trvale prolabujú
- d. nikdy nekrvácajú

525. Hemoroidy v 4. štádiu:

- a. nízky nekrvácajú
- b. sa dajú reponovať len pomocou vonkajšej sily
- c. reponujú sa spontánne
- d. trvale prolabujú, sú fixované

526. Perianálna fistula nebýva:

- a. parasfinkterická
- b. intersfinkterická
- c. transfinkterická
- d. extrasfinkterická

527. Pacienta po ileostómii neohrozuje:

- a. syndróm krátkeho čreva
- b. metabolický rozvrat
- c. dehydratácia
- d. hypokaliémia

528. Bypassové operácie v črevnej chirurgii pre nádory patria medzi:

- a. radikálne operácie
- b. paliatívne operácie
- c. operácie spojené s R0 resekciou tumoru čreva
- d. operácie spojené s odstránením tumoru

529. Hemokult test patrí pri prevencii KRCA k prevencii:

- a. sekundárnej
- b. primárnej
- c. terciárnej
- d. kvartérnej

530. Predoperačný T-stupeň z uvedených možností pri karcinóme rekta najlepšie určí:

- a. transrektálna ultrasonografia
- b. CT oblasti rekta
- c. kolonoskopia
- d. CT irigografia

531. Prištítne telieska:

- a. zvyčajne sú dve
- b. zvyčajne sú štyri
- c. anatomicky rozlišujeme proximálne, mediálne a distálne
- d. anatomicky rozlišujeme proximálne, mediálne a distálne, ľavé a pravé

532. Prištítne telieska produkujú:

- a. parathormón
- b. ACTH
- c. C peptid
- d. Ca^{2+}

533. Parathormón:

- a. zvyšuje hladinu kalcia intracelulárne vstrebávaním z transferínu
- b. znižuje hladinu magnézia a kalcia v kostiach
- c. zvyšuje hladinu vápnika v krvi
- d. zvyšuje hladinu vápnika v kosti

534. Kalcitonín:

- a. má synergické účinky ako parathormón
- b. má synergické účinky ako PTH a C peptid
- c. má antagonistické účinky ako parathormón
- d. je produkovaný vedľajšími bunkami prištítnych teliesok

535. Kalcitonín:

- a. znižuje hladinu vápnika v krvi
- b. zabudováva vápnik do kostí
- c. produkujú ho C bunky štítnej žľazy
- d. všetky možnosti sú správne

536. Hyperparatyreoidizmus:

- a. je synonymum hyperfunkcie prištítnych teliesok
- b. rozlišujeme primárny, sekundárny a terciárny
- c. neznamena hyperfunkciu štítnej žľazy
- d. všetky možnosti sú správne

537. Účinok parathormónu:

- a. je komplexný: zvyšuje hladinu Ca^{2+} v krvi mobilizáciou kalcia z kostí, resorbciou z GIT-u, zníženým renálnym vylučovaním
- b. je komplexný: zvyšuje hladinu Ca^{2+} v krvi mobilizáciou kalcia z kostí, zvýšením jeho resorbcie z aterosklerotických plátov a zubnej skloviny, znížením mobility GIT-u
- c. je najmä na mitochondrie buniek vlasových folikulov
- d. všetky odpovede sú nesprávne

538. Primárny hyperparatyreoidizmus je:

- a. reakciou na hypokalcémiu
- b. reakciou prištítnych teliesok na hyperkalcémiu
- c. spôsobený nádorom hypofýzy
- d. spôsobený ochorením paratyreoidy

539. Sekundárny hyperparatyreoidizmus:

- a. je spôsobený chronickou renálnou insuficienciou a z nej vyplývajúcej hypokalcémiou
- b. je spôsobený poruchou regulácie erytropoetínu
- c. vyvoláva ho nádor hypofýzy-hypotalamového komplexu
- d. sa lieči výmennou transfúziou krvi

540. Terciárny hyperparatyreoidizmus:

- a. vzniká z primárneho hyperparatyreoidizmu
- b. vzniká zo sekundárneho hyperparatyreoidizmu
- c. na rozdiel od sekundárneho hladina kalcia nie je zvýšená
- d. na rozdiel od primárneho hladina kalcia nie je zvýšená

541. Pre krvné zásobenie štítnej žľazy platí:

- a. krv privádzajú aa. thyreoideae superiores, mediae et inferiores
- b. krv odteká cez vv. thyreoideae superiores, mediae et inferiores
- c. krvné zásobenie štítnej žľazy býva bez variácií
- d. arteria thyreoidea ima je párovou vetvou zásobujúcou štítnu žľazu

542. O inervácii štítnej žľazy možno povedať:

- a. štítna žľaza nemá inerváciu, je to endokrinný orgán
- b. je zabezpečená sympatikovými a parasympatikovými vláknami
- c. je zabezpečovaná oboma nn. laryngeus recurrens
- d. nn. laryngei recurrens sú vetvami n. phrenicus

543. Základnou funkciou štítnej žľazy je:

- a. metabolizmus jódu
- b. syntéza tyroxínu (T4) a trijodtyronínu (T3)
- c. syntéza kalcitonínu
- d. všetko uvedené je správne

544. Hypertyreóza sa prejavuje:

- a. zvýšenou produkciou tepla
- b. nervozitou, iritabilitou, nespavosťou
- c. tachykardiou, tremorom, pretibiálnymi opuchmi
- d. všetko uvedené je správne

545. Hypotyreóza sa prejavuje:

- a. pretibiálnym edémom
- b. gynekomastiou
- c. myxedémom
- d. chudnutím

546. Pri vyšetreniach štítnej žľazy využívame:

- a. USG
- b. scintigrafiu
- c. stanovenie T4, T3, TSH, TRH, koncentrácie tyreoglobulínu
- d. všetko uvedené je správne

547. Graves- Basedowa choroba je:

- a. subakútny zápal štítnej žľazy
- b. toxický adenóm štítnej žľazy
- c. difúzna toxická struma
- d. ani jedno z uvedeného

548. Liečba Graves-Basedowovej choroby je:

- a. podávanie tyreostatík
- b. podávanie betablokátorov
- c. operačné riešenie
- d. všetko uvedené je správne

549. Toxický adenóm štítnej žľazy sa volá:

- a. Graves-Basedowa choroba
- b. Marineho-Lenhartov syndróm
- c. Plummerova choroba
- d. Hashimotova struma

550. Liečba hypotyreózy je založená na:

- a. podávaní tyreostatík
- b. podávaní betablokátorov
- c. operačnom riešení
- d. podávaní tyroxínu

551. Najčastejšou príčinou kongenitálnej endemickej hypotyreózy je:

- a. prítomnosť rádionuklidov v okolí
- b. porucha štítnej žľazy počas embryogenézy
- c. nedostatok jódu v potrave matky
- d. vysoký obsah fosforu v potrave

552. Medzi netoxické strumy patrí:

- a. Marineho-Lenhartov syndróm
- b. struma simplex
- c. folikulárny adenóm štítnej žľazy
- d. Hashimotova struma

553. Hashimotova struma sa prejavuje:

- a. hypertyreózou
- b. najmä hypotyreózou
- c. obyčajne je eutyreózna
- d. ani jedno z uvedených

554. Základnou liečbou Hashimotovej strumy je:

- a. podávanie tyreostatík
- b. podávanie betablokátorov
- c. operačné riešenie
- d. podávanie tyroxínu

555. Pre papilárny karcinóm štítnej žľazy platí:

- a. je mimoriadne malígný
- b. vychádza z parafolikulárnych C buniek
- c. metastázuje krvnou cestou
- d. metastázuje cestou lymfatických uzlín

556. Arteria thyroidea superior odstupuje z:

- a. a. carotis interna
- b. a. subclavia
- c. a. carotis externa
- d. arcus aortae

557. Arteria thyroidea inferior odstupuje z:

- a. a. carotis interna
- b. a. subclavia
- c. a. carotis externa
- d. arcus aortae

558. Scintigrafia poskytuje informácie:

- a. len o veľkosti a lokalizácii uzlov v štítnej žľaze
- b. o veľkosti, lokalizácii a metabolickej aktivite uzlov v štítnej žľaze
- c. len o veľkosti uzlov v štítnej žľaze
- d. len o lokalizácii uzlov v štítnej žľaze

559. Tzv. horúce a teplé uzly:

- a. nemajú metabolickú aktivitu
- b. nevychytávajú rádiojódu
- c. majú metabolickú aktivitu a preto vychytávajú rádiojódu
- d. sú typické pre karcinóm štítnej žľazy

560. Liekmi prvej voľby pri difúznej toxickej strume sú:

- a. tyroxíny
- b. antibiotiká
- c. tyreostatiká
- d. primárna je chirurgická liečba

561. Liečba toxického adenómu je:

- a. medikamentózna
- b. chirurgická
- c. pomocou rádiojódu
- d. toxický adenóm nevyžaduje liečbu

562. Pri hypertyreóze:

- a. hladina T3 a T4 vysoko stúpa a inhibuje sekréciu TSH z hypofýzy
- b. hladina T3 a T4 klesá a stimuluje sekréciu TSH z hypofýzy
- c. medzi klinické príznaky patrí myxedém
- d. kardiologickým vyšetrením sa zistí pokles minútového objemu

563. Hypotyreóza:

- a. sa delí na primárnu a sekundárnu
- b. s lieči karbimazolom
- c. je sprevádzaná exoftalmom a tremorom končatín
- d. podkladom je tvorba špecifických autoprotilátok proti TSH

564. Morbus Hashimoto:

- a. je subakútna tyreoiditída
- b. je chronická difúzna lymfoidná tyreoiditída
- c. sa lieči tyreostatikami
- d. je tyreotoxikóza

565. Najčastejším benígnym tumorom štítnej žľazy je:

- a. fibróm
- b. lipóm
- c. folikulárny adenóm
- d. hemangioepitelióm

566. Medzi najčastejšie karcinómy štítnej žľazy patrí:

- a. adenokarcinóm
- b. papilárny karcinóm
- c. karcinosarkóm
- d. leiomyosarkóm

567. Papilárny karcinóm štítnej žľazy najčastejšie metastázuje do:

- a. mozgu
- b. pečene
- c. regionálnych lymfatických uzlín
- d. kostí

568. Mechanický syndróm:

- a. sa vyskytuje pri malých strumách
- b. nevyskytuje sa pri karcinómoch
- c. je spôsobený útlakom strumy na tracheu a pažerák
- d. sa nevyskytuje pri ochoreniach štítnej žľazy

569. Ako onkomarker pri medulárnom karcinóme využívame hladinu:

- a. CA 15.3
- b. kalcitonín
- c. TSH
- d. CA 72.4

570. Pri papilárnom karcinóme štítnej žľazy je indikovaná:

- a. strumektómia
- b. lobektómia
- c. totálna tyreoidektómia s krčnou disekciou
- d. istmektómia

571. Pri folikulárnom karcinóme štítnej žľazy je indikovaná:

- a. strumektómia
- b. lobektómia
- c. totálna tyreoidektómia s krčnou disekciou
- d. istmektómia

572. Najčastejšou komplikáciou operácie štítnej žľazy je:

- a. pneumotorax
- b. poranenie n. laryngeus recurrens
- c. trombóza v. jugularis
- d. perforácia ezofagu

573. Liečba hypoparatyreózy po operácii štítnej žľazy:

- a. je chirurgická
- b. je substitúcia kalcia
- c. je pomocou rádiojódu
- d. nevyžaduje liečbu

574. Medzi nádorové markery štítnej žľazy nepatrí:

- a. kalcitonín
- b. CEA
- c. tyreoglobulín
- d. ATG

575. Medzi T1 tumory podľa TNM klasifikácie štítnej žľazy patria tumory:

- a. s extratyroidálnym šírením
- b. prerastajúce cez púzdro štítnej žľazy
- c. do 3cm
- d. do 2cm

576. Medzi diferencované karcinómy štítnej žľazy patria:

- a. medulárny karcinóm
- b. anaplastický karcinóm
- c. onkocytárny karcinóm
- d. adenokarcinóm

577. Medzi diferencované karcinómy štítnej žľazy nepatrí:

- a. papilárny karcinóm
- b. folikulárny karcinóm
- c. onkocytárny karcinóm
- d. medulárny karcinóm

578. Medzi T4 tumory podľa TNM klasifikácie štítnej žľazy patria tumory:

- a. do 1 cm
- b. do 2 cm
- c. do 3cm
- d. prerastajúce do okolitých štruktúr

579. Čo je Wangov bod:

- a. miesto vizualizácie prištítneho telieska
- b. miesto vizualizácie n. laryngeus recurrens
- c. miesto vizualizácie trachei
- d. miesto vizualizácie n. vagus

580. Medzi pooperačné komplikácie chirurgie štítnej žľazy nepatrí:

- a. vzduchová embólia
- b. krvácanie
- c. hyperparatyreóza
- d. hypotyreóza

581. Medzi kongenitálne malformácie hrudnej steny nepatrí:

- a. zápalová cysta rebra
- b. cervikálne rebro
- c. pectus excavatum
- d. pectus carinatum

582. Transudát v pleurálnej dutine má:

- a. špecifickú hmotnosť do 1,015
- b. špecifickú hmotnosť do 1,05
- c. špecifickú hmotnosť nad 1,015
- d. inú, ako je uvedené

583. Tracheostómia sa robí z priečného rezu na krku cez:

- a. ligamentum conicum
- b. prstienkovú chrupku
- c. druhý a tretí tracheálny prstenec
- d. tretí a štvrtý tracheálny prstenec

584. Medzi príznaky stenózy trachey patrí:

- a. inspiračný stridor
- b. expiračný stridor
- c. dysfónia
- d. dysfónia a dysfágia

585. Bronchogénny karcinóm pľúc má:

- a. vysoké päťročné prežívanie u starých pacientov
- b. nízke päťročné prežívanie všeobecne
- c. dobré prežívanie u mladých pacientov
- d. dobré prežívanie u ženskej populácie

586. Čo je Boerhaveho syndróm:

- a. spontánna ruptúra pažeráka
- b. perforácia pažeráka sústom potravy
- c. ruptúra trachey
- d. ruptúra trachey a pažeráka

587. Aká je najvýpovednejšia diagnostická metóda v prípade perforácie pažeráka:

- a. ezofagografia a CT
- b. skiaskopia
- c. ezofagoskopia a CT
- d. samotné CT hrudníka

588. K stagingovým diagnostickým metódam karcinómu pľúc nepatrí:

- a. skiaskopia
- b. CT hrudníka
- c. bronchoskopia
- d. mediastinoskopia

589. K operačným stagingovým metódam karcinómu pľúc patrí:

- a. laparoskopia
- b. mediastinoskopia
- c. radiofrekvenčná ablácia
- d. bronchoskopia s transbronchiálnou punkciou

590. Základom radikálnej liečby karcinómu pľúc je:

- a. rádioterapia
- b. anatomická pľúcna resekcia
- c. rádio a chemoterapia
- d. neanatomická pľúcna resekcia

591. Najčastejším maligným ochorením pľúc je:

- a. nemalobunkový karcinóm
- b. malobunkový karcinóm pľúc
- c. sarkóm
- d. lymfóm

592. Typický karcinoid pľúc sa radí medzi:

- a. maligne ochorenia s nízkym metastatickým potenciálom
- b. benigne ochorenia
- c. vrodené systémové ochorenie pľúc
- d. ani jedno z uvedeného

593. Pri radikálnej resekcii pľúc pre karcinóme je nevyhnutná:

- a. laváž pleurálnej dutiny antibiotikami
- b. lymfadenektómia
- c. laváž hrudníka cytostatikami
- d. klinovitá resekcia nádoru

594. Spontánny pneumotorax sa najčastejšie vyskytuje u:

- a. starých pacientov
- b. mladých mužov astenického habitu
- c. u žien v menopauze
- d. nemá preferovanú skupinu pacientov

595. Medzi malignity pľúc nepatrí:

- a. sekvestrácia pľúc
- b. pľúcny karcinoid
- c. skvamocelulárny karcinóm
- d. adenokarcinóm

596. Pri rukávovitej resekcii, tzv. "sleeve resekcii" sa:

- a. resekuj segment bronchu
- b. resekuj pľúcny segment
- c. resekuj pľúcne krídlo
- d. nič z uvedeného

597. Tenzný pneumothorax:

- a. väčšinou sa resorbuj spontánne
- b. ohrozuje život pacienta
- c. rieši sa plánovaným operačným výkonom
- d. rieši sa sledovaním na lôžku a opakovanými punkciami hrudníka

598. Pri kontrakcii bránice dochádza:

- a. k zväčšeniu objemu pleurálnej dutiny
- b. k zmenšeniu objemu pleurálnej dutiny
- c. len k zmene jej tvaru
- d. nič z uvedeného

599. Relaxácia bránice môže vzniknúť:

- a. poranením n. vagus
- b. poranením n. phrenicus
- c. následkom dlhotrvajúceho singultu
- d. poranením n. laryngeus recurrens

600. Ako urgentný výkon pri tamponáde srdca sa vykonáva pri lôžku pacienta:

- a. fenestrácia perikardu v lokálnej anestéze
- b. punkcia perikardu v lokálnej anestéze
- c. masívne podávanie diuretík a peritoneálna dialýza
- d. okamžitá masáž srdca, diuretík a dialýza

601. Ako prevenciu poranenia interkostálnych ciev pri drenáži hrudníka drén zavádzame:

- a. pri hornom okraji rebra
- b. pri dolnom okraji rebra
- c. v strede medzirebria
- d. v mieste najmenšieho odporu tkanív

602. Indikátorom adekvátnej ventilácie je:

- a. paO_2
- b. $paCO_2$
- c. vitálna kapacita pľúc
- d. reziduálna kapacita pľúc

603. Najčastejšou príčinou jatrogénneho pneumothoraxu je:

- a. bronchoskopia
- b. tracheostómia
- c. zavádzanie centrálného venózneho katétra
- d. zavádzanie orotracheálnej kanyly

604. V liečbe tenzného pneumothoraxu je základom terapie:

- a. okamžitá intubácia a umelá pľúcna ventilácia
- b. jednorazová punkcia hrudníka
- c. urgentná drenáž hrudníka

d. opakovaná punkcia hrudníka

605. Bolesť pri karcinóme pľúc:

- a. je prejavom pokročilého ochorenia
- b. je včasným varovným príznakom
- c. je spôsobená bohatou inerváciou viscerálnej pleury
- d. nevyskytuje sa v tejto súvislosti

606. Torakoskopia je endoskopická metóda, umožňujúca inšpekciu:

- a. dýchacích ciest
- b. pleurálnej dutiny a mediastina
- c. dýchacích ciest, pleurálnej dutiny a mediastina
- d. pleurálnej dutiny, mediastina a subdiafragmatickej oblasti

607. Tzv. malobunkový karcinóm pľúc:

- a. je väčšinou operabilný
- b. zriedka reaguje na chemo resp. rádioterapiu
- c. je agresívny tumor, vyžadujúci systémovú liečbu
- d. vyžaduje operáciu a následnú chemo resp. rádioterapiu

608. Mediastinoskopia:

- a. napomáha určiť presnú lokalitu pľúcneho tumoru
- b. napomáha učiť staging ochorenia
- c. umožňuje inšpekciu pleurálnej dutiny
- d. umožňuje inšpekciu dýchacích ciest

609. Pri diagnostike karcinómu pľúc sa uplatňuje:

- a. spirometria
- b. bronchoskopia
- c. bronchografia
- d. skiaskopia

610. Tumor hrotu pľúc, prerastajúci do hrudnej steny, sa nazýva:

- a. Hornerov tumor
- b. Klatskinov tumor
- c. Pancoastov tumor
- d. Wilmsov tumor

611. Medzi neuroendokrinné nádory patrí:

- a. schwannóm
- b. malobunkový karcinóm pľúc
- c. chondróm
- d. dezmoid

612. V chirurgii pľúcnych metastáz má najdôležitejšiu úlohu:

- a. anatomická resekcia pľúc
- b. neanatomická resekcia pľúc
- c. radiofrekvenčná ablácia
- d. iná metodika

613. Aorta abdominalis siaha od:

- a. hiatus aorticus po bifurkáciu na L4
- b. hiatus aorticus po L3

- c. hiatus aorticus po L2
- d. od bránice po S1

614. Napravo od aorty je:

- a. vena cava inferior
- b. vena femoralis
- c. vena iliaca
- d. pankreas

615. Vena iliaca communis sinistra leží:

- a. mediálne od a. iliaca communis sinistra
- b. laterálne od a. iliaca communis sinistra
- c. dorzálne od a. iliaca communis sinistra
- d. pred a. iliaca communis sinistra

616. Arteria femoralis prebieha od:

- a. lacuna vasorum po hiatus tendineus
- b. lacuna vasorum po strednú časť stehna
- c. ligamentum Pouparti po koleno
- d. canalis femoralis po distálnu časť stehna

617. Arteria femoralis communis sa delí na:

- a. arteria femoralis superficialis a arteria profunda femoris
- b. arteria femoralis superficialis a arteria epigastrica superficialis
- c. arteria femoris superficialis a arteria poplitea
- d. arteria circumflexa ilium superficialis a arteriae pudendae externae

618. Arteria poplitea prebieha od:

- a. hiatus tendineus (adductorius) po distálny okraj musculus popliteus
- b. hiatus tendineus (adductorius) po proximálny okraj musculus popliteus
- c. strednej časti femoru po musculus soleus
- d. v rozsahu distálnej časti femoru

619. Arteria dorsalis pedis je pokračovaním:

- a. arteria tibialis anterior
- b. arteria tibialis posterior
- c. arteria fibularis
- d. arteria poplitea

620. Arteria tibialis posterior prebieha:

- a. za tibiálnym maleolom
- b. pred tibiálnym maleolom
- c. za fibulárnym maleolom
- d. pred fibulárnym maleolom

621. Arteria dorsalis pedis prebieha:

- a. v prvej medzikostennej štrbine
- b. v druhej medzikostennej štrbine
- c. za fibulárnym maleolom
- d. za tibiálnym maleolom

622. Arteria dorsalis pedis sa delí na:

- a. arteria metatarsa dorsalis I. a ramus plantaris profundus

- b. arteria metatarsa dorsalis II. a ramus plantaris profundus
- c. arteria malleolaris anterior medialis
- d. arteria malleolaris anterior lateralis

623. Arteria fibularis je vetvou z:

- a. arteria tibialis posterior
- b. arteria poplitea
- c. arteria femoralis
- d. arteria tibialis anterior

624. Najčastejšou príčinou embólie do periférie je:

- a. salmonelóza
- b. infarkt myokardu
- c. extrasystoly
- d. fibrilácia predsiení

625. Biely trombus je tvorený:

- a. erytrocytmi
- b. leukocytmi
- c. trombocytmi
- d. kombináciou všetkých uvedených

626. Červený trombus je tvorený:

- a. trombocytmi a leukocytmi
- b. trombocytmi a erytrocytmi
- c. leukocytmi a erytrocytmi
- d. len erytrocytmi

627. Thromboangitis obliterans poznáme pod menom:

- a. Buergerova choroba
- b. Takayasuovova choroba
- c. Behcetova choroba
- d. Raynaudova choroba

628. Pri Lupus erythematosus sú najčastejšie postihnuté:

- a. digitálne arterioly
- b. digitálne vény
- c. lymfatické vény
- d. veľké artérie

629. Raynaudova choroba je definovaná ako:

- a. vasospastický fenomén postihujúci hlavne digitálne artérie rúk a nôh
- b. vazodilatačný fenomén postihujúci ruky a nohy
- c. vazodilatácia artérií prstov a rúk
- d. vazodilatácia prstov nôh

630. Typickým príznakom Raynaudovej choroby je:

- a. zmena farby prstov na chladový alebo emociálny podnet (bledosť, cyanóza, začervenanie)
- b. zmena farby kože na tvári (bledosť, začervenanie)
- c. zmena farby dorza nohy (bledosť)
- d. zmena farby dorza rúk (cyanóza)

631. Aneurizma je charakterizovaná ako:

- a. vakovité rozšírenie artérie o 1,5 násobok priemeru artérie
- b. vakovité rozšírenie artérie o 0,5 násobok priemeru artérie
- c. izolovaná dilatácia artérie
- d. dočasná dilatácia artérie

632. Arteriomegália je:

- a. dilatácia venózneho systému
- b. izolovaná dilatácia aorty
- c. izolovaná dilatácia periférnych ciev
- d. difúzna ektázia aorty a distálnych artérií

633. Disekcia aorty vzniká:

- a. natrhnutím intimy, resp. medie
- b. roztrhnutím steny aorty
- c. poškodením adventície
- d. aterosklerózou

634. Poranenie dolnej dutej žily je najčastejšie:

- a. bodné
- b. strelné
- c. tupé, nepenetrujúce pri dopravných nehodách
- d. vojnové

635. Aneurizma brušnej aorty je najčastejšie lokalizovaná:

- a. infrarenálne
- b. suprarenálne
- c. nad bifurkáciou a. iliaca
- d. intrarenálne

636. V koľkých štádiách prebieha ruptúra aneurizmu abdominálnej aorty?

- a. troch
- b. štyroch
- c. piatich
- d. dvoch

637. I. štádium ruptúry abdominálnej aneurizmu je štádium:

- a. penetrácie
- b. retroperitoneálneho hematómu
- c. perforácie
- d. kompenzácie

638. DeBakeyho príznak oddiferencuje:

- a. hrudnú aneurizmu
- b. suprarenálnu aneurizmu od infrarenálnej
- c. aneurizmu na a. iliaca
- d. aneurizmu na arcus aortae

639. Najčastejšou príčinou aneurizmu abdominálnej aorty je:

- a. ileus
- b. ateroskleróza
- c. trauma
- d. infekcia

- 640. Femoropiteálny bypass na III. segment a. poplitea je:**
- distálny bypass
 - proximálny bypass
 - extraanatomický bypass
 - ani jedna odpoveď nie je správna
- 641. Axilofemorálny bypass je:**
- extraanatomický bypass
 - anatomický bypass
 - proximálny bypass
 - distálny bypass
- 642. Femoropopliteálny reverzný bypass je:**
- bypass obrátenou vena saphena magna
 - bypass PTFE protézou
 - bypass in situ uloženou vena saphena magna
 - ani jedna odpoveď nie je správna
- 643. Najčastejšou príčinou TOS (thoracic outlet syndrom) je útlak:**
- a. brachialis
 - a. subclavia
 - v. subclavia
 - plexus brachialis
- 644. Anatomický bypass:**
- sleduje priebeh ciev
 - nesleduje priebeh ciev
 - nejedná sa o cievny bypass
 - ani jedna odpoveď nie je správna
- 645. Bypass, kde centrálna anastomóza je medzi tepnou zásobujúcou inú oblasť nazývame:**
- extraanatomický
 - anatomický
 - distálny
 - proximálny
- 646. Uzáver tepny trombózou vzniká na podklade:**
- obliterujúcej aterosklerózy
 - fibrilácie predsiení
 - infarkte myokardu
 - infekcie steny artérie
- 647. Najčastejšou lokalizáciou embólie arteria poplitea je v oblasti:**
- jej vetvenia
 - v I. segmente a. poplitea
 - v II. segmente a. poplitea
 - pod jej vetvením
- 648. Medzi priame poranenie artérií patrí:**
- poranenie vrstiev steny artérií
 - kontúzia artérie
 - zaškrtenie artérie

d. všetky odpovede sú správne

649. Medzi nepriame poranenie ciev patrí:

- a. natiahnutie a decelerácia artérie
- b. kontúzia artérie
- c. perforácia vonkajšej vrstvy artérie
- d. zaškrtenie artérie

650. Účinok heparínu pri celkovej heparinizácii pri cievnych operáciách rušíme:

- a. protamínsulfátom
- b. plazmou
- c. K vitamínom
- d. warfarínom

651. Pri rušení heparínu pri celkovej heparinizácii podávame protamínsulfát v dávke:

- a. 1,5 mg protamínu na 1,0 mg podaného heparínu
- b. 3,0 mg protamínu na 1,0 mg podaného heparínu
- c. 2,5 mg protamínu na 1,0 mg podaného heparínu
- d. 10,0 mg protamínu na 2,0 mg podaného heparínu

652. Pri bypassovej operácii koniec ku strane uhol spojenia protézy s tepnou nemá byť väčší ako:

- a. 30 stupňov
- b. 40 stupňov
- c. 50 stupňov
- d. 70 stupňov

653. Do žilového systému dolnej končatiny nepatria:

- a. hlboké žily
- b. povrchové žily
- c. spojovacie žily (perforátory)
- d. vena cava inferior

654. K trombóze hlbokého žilového systému dolnej končatiny (flebotrombóza) patrí:

- a. trombóza venae saphenae magnae
- b. trombóza venae hepaticae
- c. trombóza venae portae
- d. iliofemorálna trombóza

655. Do Virchowovho trias nepatrí:

- a. zmena koagulačných parametrov (porucha koagulácie)
- b. porucha endotelu cievnej steny
- c. spomalenie krvného prúdu
- d. zrýchlenie krvného prúdu

656. Profylaxia vzniku hlbokoj žilovej trombózy je:

- a. nevyhnutná u všetkých chirurgických pacientov
- b. farmakologická, mechanická a rehabilitačná
- c. len farmakologická
- d. nevyhnutná u všetkých operovaných pacientov

657. Najčastejším zdrojom vzniku pľúcnej embólie je

- a. hlboká žilová trombóza dolných končatín a panvových žíl

- b. tuková embólia
- c. vzduchová embólia
- d. trombóza venae subclaviae

658. Medzi rizikové faktory hlbkej žilovej trombózy nepatrí:

- a. užívanie hormonálnej antikoncepcie
- b. trombofilný stav
- c. ateroskleróza
- d. imobilizácia pacienta

659. Diagnóza hlbkej žilovej trombózy sa stanovuje:

- a. laboratórnym vyšetrením
- b. vyšetrením krvného obrazu a zrážaním krvi
- c. duplexnou ultrasonografiou
- d. RTG vyšetrením

660. Súčasťou liečby hlbkej žilovej trombózy nie je:

- a. profundoplastika
- b. podávanie nízkomolekulárneho heparínu
- c. kompresívna terapia (používanie kompresívnych pančúch)
- d. rehabilitácia chôdzou

661. Medzi rizikové faktory vzniku hlbkej žilovej trombózy nepatria:

- a. gynekologické operácie
- b. zlomeniny kostí dolných končatín a panvy
- c. rekonštrukčné operácie artérií dolných končatín
- d. zlomeniny kostí horných končatín

662. Medzi rizikové faktory vzniku hlbkej žilovej trombózy patrí:

- a. cirhóza pečene
- b. kolorektálny karcinóm
- c. bazocelulárny karcinóm
- d. ateróm

663. Medzi príznaky hlbkej žilovej trombózy dolných končatín patrí:

- a. extrarotácia dolnej končatiny
- b. skrátenie dolnej končatiny
- c. opuch a palpačná citlivosť dolnej končatiny, Homansov príznak
- d. pozitívny ballottement

664. Medzi komplikácie hlbkej žilovej trombózy patrí:

- a. trombóza venae portae
- b. trombóza venae subclaviae
- c. embólia arteriae pulmonalis
- d. trombóza arteriae femoralis superficialis

665. Homansov príznak je pozitívny pri:

- a. hlbkej žilovej trombóze predkolenia
- b. ischemickom syndróme dolných končatín
- c. embólii arteriae pulmonalis
- d. povrchovej tromboflebitide predkolenia

666. Phlegmasia coerulea dolens je:

- a. hlboká žilová trombóza predkolenia
- b. tromboflebitída venae saphenae magnae
- c. kompletná trombóza hlbokých aj povrchových žíl stehna a panvy
- d. trombóza venae portae a venae lienalis

667. Phlegmasia alba dolens je:

- a. iliofemorálna trombóza
- b. trombóza v. subclaviae
- c. trombóza venae lienalis
- d. trombóza sinus cavernosus

668. Nedomykavosť žilových chlopní dolných končatín je príčinou:

- a. chronickej venóznei insuficiencie
- b. žilového tromboembolizmu
- c. embólie arteriae pulmonalis
- d. klaudikácií dolných končatín

669. Do liečby chronickej venóznei insuficiencie nepatrí:

- a. kompresívna terapia
- b. chirurgická terapia
- c. terapia nízkomekulárnymi heparínmi
- d. rehabilitácia

670. Medzi komplikácie chronickej venóznei insuficiencie patrí:

- a. ulcus cruris
- b. diabetická noha
- c. polyneuropatia
- d. claudicatio intermittens

671. Varixy dolných končatín sú:

- a. primárne a sekundárne
- b. častejšie u mužov
- c. sprievodným javom arteriálnej hypertenzie
- d. sprievodným javom hepatálneho zlyhania

672. Rizikový faktor vzniku varixov dolných končatín je:

- a. srdcové zlyhanie
- b. statické zaťažovanie dolných končatín (státie)
- c. alkoholizmus s následnou cirhózou pečene
- d. dynamické zaťažovanie dolných končatín (chôdza)

673. Metódou prvej voľby na dôkaz chronickej venóznei insuficiencie je:

- a. duplexná ultrasonografia
- b. pletyzmografia
- c. fleboscintigrafia
- d. flebografia

674. Súčasťou liečby varixov dolných končatín nie je:

- a. sklerotizácia
- b. varikotómia
- c. kompresívna terapia
- d. trombolýza

675. Ulcus cruris venosum je:

- a. štádium a komplikácia chronickej venózneho insuficiencie
- b. infekčné ochorenie kože
- c. dôsledok deformít dolných končatín
- d. kongenitálne ochorenie

676. Súčasťou liečby ulcus cruris venosum je:

- a. trombolýza
- b. liečba antihypertenzívami
- c. kompresívna terapia
- d. liečba vazodilatanciami

677. Kompresívna liečba nie je súčasťou:

- a. prevencie tromboembolizmu
- b. liečby chronickej venózneho insuficiencie
- c. liečby ischemického syndrómu dolných končatín
- d. liečby varixov dolných končatín

678. Do prevencie pooperačného tromboembolizmu nepatrí:

- a. profylaktické podávanie nízkomolekulárneho heparínu
- b. podávanie nízkych dávok aspirínu (100 mg p. o. denne)
- c. rýchla vertikalizácia pacienta po operácii s rehabilitáciou
- d. kompresívna terapia

679. Primárne varixy dolných končatín sú spôsobené:

- a. aterosklerózou artérií dolných končatín
- b. abnormalitou stavby žilovej steny a insuficienciou chlopni povrchových žíl dolných končatín
- c. insuficienciou chlopni hlbokého žilového systému s následným refluxom krvi
- d. artério-venóznym skratom

680. Nízkomolekulárne heparíny sú súčasťou liečby:

- a. primárnych varixov dolných končatín
- b. chronickej venózneho insuficiencie
- c. hlbkej žilovej trombózy (flebotrombózy) dolných končatín
- d. ulcus cruris venosum

681. Súčasťou operačnej liečby varixov dolných končatín je:

- a. profundoplastika
- b. stripping venae saphenae magnae
- c. perkutánna transluminálna angioplastika
- d. artério-venózna spojka

682. Ktoré z nasledujúcich metód sa nepoužívajú pri liečbe hlbkej žilovej trombózy:

- a. liečba nízkomolekulárnym heparínom
- b. liečba heparínom
- c. kompresívna terapia
- d. perkutánna transluminálna angioplastika

683. Stripping venae saphenae magnae je operačná metóda, ktorej podstatou je:

- a. rekanalizácia venae saphenae magnae
- b. odstránenie trombu z venae saphenae magnae
- c. preparácia, odstránenie a následné použitie venae saphenae magnae na bypass

- v angio a kardiochirurgii
d. odstránenie venae saphenae magnae pri operácii varixov dolných končatín

684. Lymfedém je:

- a. intersticiálny edém spôsobený zníženou transportnou a proteolytickou kapacitou lymfatického systému
- b. intersticiálny edém spôsobený zvýšenou transportnou a proteolytickou kapacitou lymfatického systému
- c. intersticiálny edém spôsobený poruchou funkcie a stázou v povrchovom venóznom systéme dolných končatín
- d. intersticiálny edém spôsobený dysfunkciou žilového endotelu

685. Primárny lymfedém vzniká:

- a. na základe vrodenej poruchy transportu lymfy
- b. po rádioterapii
- c. po prekonanej traume
- d. po zápaloch

686. Sekundárny lymfedém:

- a. vzniká na podklade vrodenej poruchy transportu lymfy
- b. je diagnostikovaný už pri narodení
- c. vzniká často iatrogénne
- d. vzniká v puberte

687. Elefantiáza je:

- a. reverzibilný, mäkký opuch podkožia dolných končatín
- b. komplikácia pedes plani
- c. ireverzibilný, masívny tuhý opuch dolných končatín s trofickými zmenami
- d. opuch dolných končatín pri kardiálnom zlyhávaní

688. Sekundárny lymfedém:

- a. môže byť benígny a malígny
- b. delíme na vrodený a získaný
- c. vzniká najneskôr v puberte
- d. je súčasťou Turnerovho syndrómu

689. Chronická venózna insuficiencia je:

- a. venózne ochorenie, ktoré sa prejavuje chronickou stázou a zvýšením tlaku v žilách dolných končatín
- b. nahromadenie voľnej tekutiny v podkoží
- c. príčinou lymfedému
- d. dôsledkom ischémie dolných končatín

690. K diferenciálnej diagnóze lymfedému nepatrí:

- a. opuch pri kardiálnej dekompenzácii
- b. edém pri renálnej insuficiencii
- c. opuch pri chronickej venóznei insuficiencii
- d. anasarka

691. Súčasťou postflebitického syndrómu dolných končatín je:

- a. ischemický syndróm dolných končatín
- b. primárny lymfedém dolných končatín
- c. chronická venózna insuficiencia spôsobená poškodením žilových chlopní zápalom,

alebo žilovou trombózou
d. trombofilný stav

692. CEAP je systém pre porovnávanie a klasifikáciu:

- a. varixov dolných končatín
- b. lymfedému dolných končatín
- c. chronickej venóznejsuficiencie
- d. hlbokjej žilovej trombózy

693. Benígny sekundárny lymfedém vzniká:

- a. pri primárnej neoplazme
- b. pri infekcii, traume a ťažkých popáleninách
- c. po odstránení lymfatických uzlín (exenterácii)
- d. po rádioterapii

694. Súčasťou liečby lymfedému nie je:

- a. manuálna drenáž lymfy
- b. intermitentná pneumatická kompresívna terapia prístrojom
- c. sklerotizácia
- d. bandážovanie

695. Operačný výkon v dutine brušnej, ktorý sa robí pomocou kamery a inštrumentov, ktoré sú zavedené cez porty (trokáre) v stene brušnej nazývame:

- a. gastroskopický
- b. laparoskopický
- c. endoskopický
- d. fibrogastroskopický

696. Medzi relatívne kontraindikácie laparoskopických operácií nepatrí:

- a. ťažká porucha hemokoagulácie
- b. vysoký vek pacienta
- c. obezita
- d. závažnejšie kardiorespiračné ochorenie

697. Pri laparoskopických výkonoch sa plní dutina brušná plynom (pneumoperitoneum):

- a. dusíkom
- b. oxidom uhličitým
- c. kyslíkom
- d. vodíkom

698. Hlavnou úlohou prvého asistenta pri laparoskopických operáciách je:

- a. ovládanie kamery
- b. držanie hákov
- c. podávanie inštrumentov
- d. sušenie operačného poľa

699. Medzi výhody laparoskopického výkonu nepatrí:

- a. skrátenie doby hospitalizácie
- b. menšia pooperačná bolesť
- c. lepšie možnosti palpácie
- d. zníženie krvných strát

700. Prítomnosť ktorého z nasledujúcich symptómov je najmenej pravdepodobná u pacienta s obštrukciou hrubého čreva?

- a. hlboké, krčcovité bolesti v podbrušku
- b. zvracanie naznačujúce dlhodobú obštrukciu
- c. bolesť proximálne vzhľadom k prekážke v sigmoideu
- d. hlasité borborygmi

701. Adhérie sú častou príčinou obštrukcie hrubého čreva. Tento záver je:

- a. pravdivý
- b. nepravdivý
- c. čiastočne pravdivý
- d. čiastočne nepravdivý

702. Pri obštrukcii hrubého čreva je dôležité mať na pamäti:

- a. Ogilvieho syndróm je spôsobený vnútro-brušnými zrastami
- b. u staršieho pacienta, bez anamnézy zrastov, môže ísť o malígny tumor
- c. prvým liečebným krokom by malo byť odstránenie obštrukcie
- d. opakovaná kombinácia laxatív a klyziem je kuratívna

703. Nekomplikovaná divertikulitída je často asymptomatická. Ak sú prítomné príznaky, sú obvykle mierne a môžu zahŕňať všetky z nasledovných okrem:

- a. nadúvanie a hnačky striedajúce sa so zápchou
- b. v CT obraze presiaknutie perikolických tukových tkanív, zhrubnutie steny hrubého čreva
- c. bolesť a citlivosť v pravom dolnom kvadrante brucha
- d. občasná prímes čerstvej krvi v stolici

704. 82-ročný pacient sa sťažuje na bolesti v ľavom hypogastriu, mierne horúčky, nadúvanie a zmeny v pravidelnosti stolice (hnačky alternujúce so zápchou). Šanca, že pacient trpí divertikulitídou hrubého čreva alebo jendou z jej komplikácií je:

- a. 5%
- b. 15%
- c. 30%
- d. 60%

705. Pri podozrení na krvácanie do GIT-u jeho najčastejším zdrojom býva pažerák, žalúdok alebo duodenum. Zavedenie nazogastrickej sondy a odsávanie gastrického obsahu by malo byť vždy prvým krokom diagnostického postupu. Takéto stanovisko je:

- a. správne
- b. nespávne
- c. čiastočne správne
- d. čiastočne nespávne

706. Aspirácia žalúdočného obsahu s prímiesou žlče a bez prítomnosti krvi je dôkazom, že zdroj krvácania do GIT-u je vzhľadom k Treitzovemu ligamentu distálny. Tento záver je:

- a. pravdivý
- b. nepravdivý
- c. vizualizácia odsatého žalúdočného obsahu nemá význam pri diferenciálnej diagnostike
- d. čiastočne nepravdivý

707. Ktorý z nasledujúcich výrokov týkajúcich sa volvulu hrubého čreva je správny?

Volvulus:

- a. sigmoidea zahŕňa obštrukciu tenkého čreva
- b. môže spôsobiť poruchu cievneho zásobenia čreva
- c. céka na natívnom snímku brucha vystupuje z panvy
- d. sigmoidea vyvoláva kŕčovitú bolesť, ktorá začína v pravej časti brucha

708. Starší pacient z ústavu sociálnej starostlivosti pre mentálne postihnutých začal náhle pociťovať silné bolesti brucha v spojení s výrazným meteorizmom a zvracaním. Dva dni nemal stolicu a neodchádzajú mu vetry. Podobnú príhodu, ktorá odoznela spontánne, mal aj pred 18-timi mesiacmi. Natívny snímok brucha zobrazuje rozsiahly dutý útvar plný vzduchu, ktorý vystupuje z panvy. Ktorá z diagnóz je najpravdepodobnejšia?

- a. paralytický ileus
- b. obštrukcia čreva malígnym procesom
- c. volvulus colon sigmoideum
- d. difúzna peritonitída

709. Ktorá z uvedených terapeutických metód nie je vhodná v prípade volvulu hrubého čreva?

- a. intenzívna intravenózna hydratácia
- b. sigmoidoskopia a dekompresia čreva
- c. chirurgická resekcia, ak dekompresia zlyhá alebo vzniká peritonitída
- d. užívanie laxatív a demitus pacienta

710. Časté vodnaté stolice zmiešané s krvou, hnisom a hlienom sú príznačné pre ktoré z nasledujúcich ochorení:

- a. volvulus céka
- b. ulceróznou kolitídu
- c. volvulus sigmoidea
- d. karcinóm hrubého čreva

711. Pacienti s ulceróznou kolitídou alebo Crohnovou chorobou sa môžu sťažovať aj na jednu alebo viacero z mimočrevných komplikácií základného ochorenia okrem:

- a. poruchy pohybového systému: asymetrické artropatie, ankylozujúca spondylitída, osteoporóza
- b. dermatologické: pyoderma gangrenosum, erythema nodosum
- c. dýchacích ciest: pľúcna fibróza, astma, obštrukčná choroba pľúc
- d. pečene a žlčových ciest: žlčové kamene, sklerotizujúca cholangitída, žltáčka, hepatitída

712. Všetky nasledovné komplikácie môžu opodstatniť k urgentnej operácii u ulceróznej kolitídy okrem:

- a. toxický megakolón
- b. fulminantná kolitída ktorá nereaguje na medikamentóznou liečbu
- c. striktúry čreva s príznakmi obštrukcie
- d. krvácanie do čreva

713. Ktoré z nasledujúcich prehlásení neplatí pre akútny zápal slepého čreva:

- a. perforácia je častejšia u tehotných žien
- b. oneskorená diagnóza môže viesť k zápalu pobrušnice
- c. najľahšia diagnóza je u žien vo veku 20-40 rokov
- d. môže spôsobiť periapendikálny zápal

- 714. Ktorá z nasledujúcich typov bolesti nie je typom bolesti brucha:**
- prenesená
 - somatická
 - viscerálna
 - fantómová
- 715. Najlepšou diagnostickou zobrazovacou metódou na oblasť panvy a pravého horného kvadrantu brucha je:**
- RTG
 - ultrasonografia
 - CT
 - MRI
- 716. Čo je častejším príznakom u pacienta odoslaného na vyšetrenie pre podozrenie na akútne brucho?**
- nevoľnosť a zvracanie
 - hnačka a zvýšené leukocyty
 - bolesť brucha
 - porucha pasáže stolice a vetrov
- 717. Arteria mezenterica superior zásobuje krvou ktorú časť tráviaceho ústrojenstva?**
- tenké črevo (okrem duodena) a proximálne hrubé črevo
 - od strednej časti colon transversum po rektum
 - duodenum
 - cékum
- 718. Ktoré tri hlavné artérie zásobujú krvou črevo?**
- a. celiaca, a. mesenterica superior, a. mesenterica inferior
 - a. celiaca, a. mesenterica superior, a. gastrica sinistra
 - a. mesenterica superior, a. mesenterica inferior, a. iliaca externa et interna
 - a. iliaca communis, a. mesenterica superior et inferior
- 719. Arteria mezenterica inferior zásobuje krvou ktorú časť tráviaceho ústrojenstva?**
- od strednej časti colon transversum po rectum
 - hrubé črevo a análny kanál
 - colon descendens a rectum
 - hrubé črevo a rectum
- 720. Ktorá žila privádza krv z čreva do pečene?**
- v. portae
 - vv. iliace
 - v. colica media
 - v. mesenterica inferior
- 721. Čo stimuluje propulzné kontrakčné vlny posúvajúce stolicu distálne od slepého čreva?**
- distenzia črevnej steny
 - distenzia steny tenkého čreva
 - „fermentačný vak“ v céku
 - distenzia steny céka
- 722. V normálnom apendixe dominuje tkanivo:**
- lymfatické

- b. spojivové
- c. fibrinózne
- d. intestinálna mukóza

723. Čo je považované za hlavnú príčinu zápalu slepého čreva?

- a. obštrukcia lumenu medzi cékom a appendixom
- b. zápal v dôsledku imunitnej odpovede
- c. chronická zápcha
- d. nadužívanie antibiotík

724. Po starostlivej anamnéze a fyzikálnom vyšetrení pre potvrdenie podozrenia na diagnózu apendicitídy, najvýhodnejšie diagnostické algoritmy sú:

- a. zápalové markery, natívny snímok brucha a CT
- b. zápalové markery, natívny snímok brucha, kompresná USG
- c. zápalové markery, kompresný USG, CT
- d. zápalové markery, natívny snímok brucha, CT, MRI

725. Aké percento ľudí prekoná počas života zápal slepého čreva?

- a. 7%
- b. 12%
- c. 22%
- d. 34%

726. 78-ročná pacientka bola pasažierka v aute, ktoré sa čelne zrazilo s iným vozidlom, pričom explodovali predné airbagy. Pacientka mala zapnuté bezpečnostné pásy a neutrpela žiadne zjavné vonkajšie zranenia. Napriek tomu bola prijatá pre možné poranenie hlavy. Niekoľko hodín po prijatí dostala akútne bolesti brucha s peritoneálnymi príznakmi. Natívny snímok brucha ukázal voľný vzduch pod bránicami a USG pericékálne nahromadenie voľnej tekutiny. Aká je najpravdepodobnejšia diagnóza a príčina klinického stavu?

- a. akútne zápal slepého čreva
- b. ruptúra močového mechúra
- c. perforovaný žalúdočný vred
- d. ruptúra céka

727. K perforácii, ako komplikácii žalúdočného vredu, najčastejšie prichádza ak je vred v nasledujúcej lokalizácii:

- a. predná časť bulbu duodena
- b. zadná časť bulbu duodena
- c. pylorický kanál
- d. antrum žalúdka

728. 45-ročná žena je operovaná pre perforovaný duodenálny vred šesť hodín po nástupe príznakov. V anamnéze je významná iba chronická vredová choroba s minimálnymi príznakmi, liečená konzervatívne. Najvýhodnejší chirurgický výkon v tomto prípade je:

- a. jednoduchý uzáver perforácie s omentálnou záplatou
- b. trunkálna vagotómia a pyloroplastika
- c. antrektómia a trunkálna vagotómia
- d. vysoko selektívna vagotómia

729. Ktorá z uvedených patologických diagnóz hrubého čreva má najvyšší malígný potenciál?

- a. ulcerózna kolitída
- b. vilózny adenóm
- c. familiárna polypóza
- d. Peutz-Jeghersov syndróm

730. Na vyšetrenie sa dostavil 27-ročný muž s trojdňovou anamnézou perianálnej bolesti, putridne páchnucou sekréciou z okolia anu a horúčkou. V perianálnej oblasti je prítomná 4x4 cm bolestivá rezistencia s fluktuáciou. To je klasická prezentácia abscesu. Ktorý typ abscesu je pri tomto scenári najpravdepodobnejší?

- a. ischiorektálny absces
- b. intersfinkterický absces
- c. perianálny absces
- d. zapálené hemoroidy

731. Medzi obvyklé komplikácie akútnej pankreatitídy patria všetky nasledujúce, okrem:

- a. pseudocysta
- b. krvácanie
- c. nedostatočnosť nadobličiek
- d. nekróza a absces

732. 48-ročná žena dostala pri hraní tenisu náhle bolesti v pravom hypogastriu pre ktoré bola večer nútená vyhľadať vyšetrenie na pohotovosti. Pri vyšetrení mala zvýšenú teplotu, leukocyty 13 000, udávala anorexiu, nauzeu a trvalú, ostrú bolesť v pravom hypogastriu. Pri vyšetrení bola zistená palpačná bolesť a napnutie svalov brušnej steny v pravom hypogastriu s hmatnou rezistenciou tamtiež. USG vyšetrenie definovalo prítomnosť extra-anatomického útvaru v brušnej stene. Ktorá z nasledujúcich možností je najpravdepodobnejšia diagnóza?

- a. akútny zápal slepého čreva
- b. invazívny karcinóm céka
- c. hematóm v púzde musculus rectus abdominis
- d. torzia ovariálnej cysty

733. Ktorý z týchto organizmov je najčastejšie dávaný do súvislosti s vredovou chorobou žalúdka a duodena?

- a. campylobacter
- b. cytomegalovírus
- c. helicobacter
- d. mycobacterium avium (intracellulare)

734. Ktoré z nasledujúcich tvrdení o zápale slepého čreva počas tehotenstva je správne?

- a. appendicitída je najčastejšou indikáciou pre laparotómiu u tehotných žien
- b. appendicitída sa vyskytuje častejšie u tehotných žien ako u netehotných žien v porovnateľnom veku
- c. tehotnej žena so suspektnou appendicitídou by mala byť observovaná vzhľadom na riziko laparotómie pre plod
- d. nekomplikovaná appendicitída má za následok 20% predčasný pôrod (alebo úmrtnosť plodu)

735. Ktoré tvrdenie o cholangitíde je správne?

- a. najčastejším infikujúcim organizmom je Staphylococcus aureus
- b. diagnóza je vysoko suspektná ak je prítomné „Charcotovo trias“
- c. ochorenie sa vyskytuje predovšetkým u mladých pacientov s poruchou imunity

d. cholecystostómia je metódou voľby

736. 50-ročný pacient prehnal oslavu životného jubilea. V noci sa opakovane pokúšal vyvolať zvracanie zavádzaním prstov do hrdla. Pokusy boli neúspešné, ale po krátkej dobe začal pociťovať silné a ostré bolesti v hrudníku. Ráno ho priviezla záchranná služba v šokovom stave. Klinický obraz je typický pre:

- a. Mallory-Weisov syndróm
- b. akútny infarkt myokardu
- c. Boerhaveho syndróm
- d. biliárnu koliku

737. 28-ročná tehotná pacientka udáva úpornú hyperemesis gravidarum s prímесou krvi v zvratkoch a melenóznu stolicu. Jej príznaky vzbudzujú podozrenie na:

- a. Makléry-Weissov syndróm
- b. akútny infarkt myokardu
- c. Boerhaveho syndróm
- d. biliárnu koliku

738. Medzi komplikácie úporného zvracania patria všetky nasledovné okrem:

- a. pľúcna aspirácia
- b. hypokalémia
- c. hypochloremická metabolická alkalóza
- d. gastroparéza

739. 23-ročný pacient sa sťažuje na bolestivú defekáciu s prímесou čerstvej krvi na povrchu stolice. Vyšetrenie per rectum sa nedá uskutočniť pre výraznú bolesť a spazmus análneho sfinktera. V posteriórnej ryhe anu je hmatný bolestivý výrastok. S veľkou pravdepodobnosťou tento pacient má:

- a. vnútorné hemoroidy
- b. karcinóm rekta
- c. análnu fisúru
- d. ulceróznu kolitídu

740. Nástup prudkej, akútnej bolesti brucha v priebehu minút je charakteristický pre nasledovné stavy okrem:

- a. akútna pankreatitída
- b. mezenterická trombóza
- c. akútna apendicitída
- d. strangulácia čreva

741. Bolesť v epigastriu je pomerne častým príznakom spojeným s ochorením žalúdka. Ak sa jedná o refluxnú ezofagitídu (GERD) bolesť bude mať nasledovnú charakteristiku:

- a. ustúpi po jedle
- b. nastúpi ihneď po jedle
- c. zhorší sa v noci, resp. v ležiacej polohe
- d. nastúpi niekoľko hodín po jedle

742. Bolesť v epigastriu je pomerne častým príznakom spojeným s ochorením žalúdka. Ak sa jedná o bolesť pri duodenálnom vrede bude mať nasledovnú charakteristiku:

- a. ustúpi po jedle
- b. nastúpi ihneď po jedle
- c. zhorší sa v noci, resp. v ležiacej polohe

d. nastúpi niekoľko hodín po jedle

743. Bolesť v epigastriu je pomerne častým príznakom spojeným s ochorením žalúdka.

Ak sa jedná o obštrukciu pyloru, bolesť bude mať nasledovnú charakteristiku:

- a. ustúpi po jedle
- b. nastúpi po jedle
- c. zhorší sa v noci, resp. v ležiacej polohe
- d. nastúpi niekoľko hodín po jedle

744. Bolesť v epigastriu je pomerne častým príznakom spojeným s ochorením žalúdka.

Ak sa jedná o žalúdočný vred alebo gastritídu, bolesť bude mať nasledovnú charakteristiku:

- a. ustúpi po jedle
- b. nastúpi po jedle
- c. zhorší sa v noci, resp. v ležiacej polohe
- d. nastúpi niekoľko hodín po jedle

745. 32-ročný manažér s anamnézou bolesti žalúdka, ktoré obvykle ustupovali po jedle sa dostavil s príznakmi akútneho krvácania do GIT-u. Ktorá artéria je s vysokou pravdepodobnosťou zdrojom?

- a. a. lienalis
- b. a. gastrica sinistra
- c. a. gastroduodenalis
- d. a. pancreatica

746. Steatorea nie je typickým príznakom prítomným pri ktorom z nasledovných patologických stavov?

- a. celiakia
- b. infekcia mycobacterium avium
- c. Crohnova choroba
- d. cholera

747. 42-ročná pacientka sa dostavila pre intenzívne bolesti brucha a ikterus. Pri fyzikálnom vyšetrení bola zistená hepatomegalia, splenomegalia a ascites. Doteraz bola zdravá, anamnéza bola bez pozoruhodností. Okrem výživových doplnkov a antikoncepcie iné lieky neužívala. Klinický obraz môže byť spojený s:

- a. fulminantnou hepatitídou
- b. cholangitídou
- c. abscesom v pečeni
- d. trombózou hepatálnych vén alebo Budd-Chiariho syndrómom

748. 28-ročný pacient alkoholik prišiel so silnými bolesťami v epigastriu vyžarujúcimi do chrbta. Pacient je dyspnoický a v hypotenzii. Ktorá z terapeutických intervencií je považovaná za kontroverznú:

- a. nazogastrická sonda a odsávanie
- b. intenzívna intravenózna hydratácia
- c. tlmenie bolesti opiátmi
- d. O₂ liečba

749. Všetky z uvedených chorobných stavov sa spájajú s ochorením žľzníka okrem:

- a. somatostatínóm
- b. karcinóm žľzníka
- c. AIDS

d. Dubin-Johnsonov syndróm

750. Mechanická nepriechodnosť je najčastejšie akútne chirurgické ochorenie tenkého čreva. Ktorý etiologický faktor je zodpovedný až za 75% prípadov?

- a. brušná hernia
- b. karcinóm tenkého čreva
- c. pooperačné zrasty
- d. biliárny ileus