

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Директор института НМФО

«УТВЕРЖДАЮ»

Н.И. Свиридова

« 27 » июня 2024 г.



Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.55 Колопроктология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-колопроктолог**
Кафедра хирургических болезней № 1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2024 года поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2024г.

Разработчики актуализированной программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Веденин Ю.И.	Зав. кафедрой	д.м.н./доцент	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Попова И.С.	профессор	д.м.н./профессор	Внутренних болезней Института НМФО.
3.	Хомочкин В.В.	доцент	к.м.н	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология.

Рецензент: А.И.Старовидченко - главный внештатный колопроктолог комитета здравоохранения Волгоградской области,

Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол № 8 от «3» июня 2024 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,
д.м.н , доцент


Ю.И.Веденин

Актуализированная рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ,
протокол № 12 от «27» июня 2024 года

Председатель УМК


М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

М.Л.Науменко

Актуализированная рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО

протокол № 18 от «27» июня 2024 г.

Секретарь Ученого совета


М.В.Кабытова

1.ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.55 «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

Заболевания прямой кишки и анального канала

01. Крипитом называется воспаление:

- А) в морганиевых синусах
- Б) в анальных сосочках
- В) в морганиевых криптах
- Г) перианальной кожи
- Д) слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки

02. Хирургическое лечение при криптите показано при:

- А) распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
- Б) абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
- В) выделении фибрина из прямой кишки
- Г) гиперемии крипты
- Д) при болезненных ощущениях во время акта дефекации

03. Анальный папиллит — это:

- А) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- Б) тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- В) воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
- Г) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- Д) кондиломатозные разрастания кожи промежности

04. Анальный папиллит обычно не бывает обусловлен наличием:

- А) криптита
- Б) геморроя
- В) острого парапроктита
- Г) остроконечных перианальных кондилом
- Д) неполного внутреннего свища

05. Основным отличием анального сосочка от аденомы является:

- А) расположение на уровне аноректальной линии
- Б) расположение выше уровня аноректальной линии
- В) выпадение из анального канала
- Г) гистологическое строение
- Д) отсутствие выраженной ножки

06. Радикальным лечением анального папиллита может быть:

- А) иссечение анального сосочка
- Б) электрокоагуляция анального сосочка
- В) иссечение сосочка вместе с соседней криптой
- Г) ежедневное прижигание сосочка ляписом
- Д) микроклизмы с 0,3% раствором колларгола

07. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:

- А) злокачественного процесса
- Б) перианальных кондилом
- В) острого парапроктита
- Г) анальной трещины
- Д) геморроя

08. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- А) в морганиевой крипте
- Б) на линии Хилтона
- В) в нижеампулярном отделе прямой кишки
- Г) в вышеампулярном отделе прямой кишки
- Д) в среднеампулярном отделе прямой кишки

09. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является:

- А) зуд в области промежности
- Б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- В) кровотечение во время дефекации
- Г) наличие на коже промежности рубцов
- Д) наличие свищевого отверстия в анальном канале и на промежности

10. При обследовании больного со свищем прямой кишки обязательно выполнять:

- А) наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- Б) пальцевое исследование прямой кишки
- В) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- Г) колоноскопию
- Д) ректороманоскопию

11. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению:

- А) к внутреннему сфинктеру
- Б) наружному сфинктеру заднего прохода
- В) к морганиевой крипте
- Г) клетчаточному пространству
- Д) к лонному сочленению

12. Причинами первичного анального зуда могут быть:

- А) воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
- Б) сахарный диабет
- В) глистная инвазия
- Г) гепатит и пиелонефрит
- Д) все ответы верны

13. Течение хронического парапроктита может осложниться:

- А) возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия
- Б) распространением воспалительного процесса
- Г) развитием недостаточности анального сфинктера
- Д) все ответы верны

14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- А) посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- Б) посев кала на дисбактериоз

- В)цитологическое или гистологическое исследование
- Г) сфинктерометрию
- Д) рентгенографию крестцового отдела позвоночника

15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- А)кишечная непроходимость
- Б) кровотечение
- В)обострение воспаления
- Г) малигнизация
- Д) анальный зуд

16. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и:

- А)рак прямой кишки
- Б) кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
- В)эпителиальный копчиковый ход
- Г) остеомиелит копчика
- Д) свищевую форму пиодермии

Выберите правильный ответ по схеме:

- А)— если правильные ответы 1,2 и 3;**
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;**
- В)— если правильные ответы 2 и 4;**
- Г) — если правильный ответ 4;**
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

17. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что:

- 1)свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера
- 2)свищевой ход без затеков
- 3)отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища
- 4)свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы
- 5)есть воспалительные изменения в запирательном аппарате прямой кишки

18. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется :

- 1)широким внутренним отверстием в одной из крипт
- 2)рубцовыми изменениями в стенке анального канала
- 3)рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища
- 4)затеками в параректальной клетчатке
- 5)воспалительными изменениями в соседних криптах

19. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- 1)широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
- 2)внутренним отверстием без рубцовой деформации
- 3)свищевым ходом без затёков и полостей
- 4)наличием затёков в клетчаточном пространстве
- 5)прямым свищевым ходом

20. Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:

- А)свищевой ход всегда прямой

- Б) свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке
- В) внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации
- Г) внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки
- Д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала

21. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется:

- А) два внутренних отверстия при одном наружном
- Б) два наружных отверстия при одном внутреннем
- В) извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
- Г) свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
- Д) свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием

22. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно:

- 1) наличие короткого свищевого хода
- 2) наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию
- 3) свободное прохождение зонда в просвет кишки
- 4) наличие гнойных полостей
- 5) частое обнаружение гнойных затёков

23. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно

- А) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- Б) рассечение свищевого хода без иссечения тканей
- В) иссечение свища с низведением слизистой
- Г) иссечение свища в просвет прямой кишки
- Д) иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами

24. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях

- А) полностью исключено
- Б) нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии
- В) если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике
- Г) возможно при интрасфинктерном свище
- Д) целесообразно при неполных внутренних свищах

25. При чрессфинктерном свище прямой кишки лучше всего:

- А) всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки
- Б) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- В) применять лигатурный метод с использованием шелка
- Г) в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций
- Д) провести латексную лигатуру

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

26. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки деление на степени сложности в основном имеет значение для:

- А) дифференцированного подхода к выбору вида операции
- Б) прогнозирования исходов лечения

- В) разработки мер профилактики осложнений
- Г) выбора вида обезболивания
- Д) для планирования сроков пребывания больного в стационаре

27. При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно

- А) иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
- Б) иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизистой
- В) иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краёв раны ко дну
- Г) иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием её
- Д) иссечение свища с проведением латексной лигатуры

28. При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать

- А) шёлк
- Б) викрил или полисорб
- В) лавсан
- Г) кетгут хромированный
- Д) кетгут простой

29. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Оптимальным методом операции следует считать:

- А) иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
- Б) иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
- В) иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков
- Г) иссечение свища с подшиванием краёв раны ко дну
- Д) иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затёков

30. Пересечение аноскопической связки

- А) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
- Б) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
- В) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затёком
- Г) при свищах прямой кишки никогда не производится
- Д) не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера

31. Аноскопическая связка пересекается с целью

- А) вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
- Б) вскрытия межсфинктерного пространства
- В) вскрытия ретро-ректального клетчаточного пространства
- Г) вскрытия ишио-ректального клетчаточного пространства
- Д) профилактики недостаточности анального сфинктера

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) - если правильные ответы 1 и 3;
- В) - если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

32. Во время операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо:
- А) иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки
 - Б) вскрыть затеки
 - В) иссечь внутреннее свищевое отверстие
 - Г) выскоблить внутростеночную часть свищевого хода
 - Д) иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры
33. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой могут быть связаны с:
- А) ретракцией лоскута слизистой
 - Б) несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут
 - В) оставлением части свищевого хода или затека
 - Г) наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки
 - Д) несоблюдением постельного режима в течение 7 дней
34. Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно:
- А) если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия
 - Б) при боковых свищах
 - В) при передних свищах у женщин
 - Г) при передних свищах у мужчин
 - Д) при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране Промежности
35. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны:
- А) ежедневные перевязки
 - Б) затягивания лигатуры при её ослаблении
 - В) своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой
 - Г) бесшлаковая диета
 - Д) препараты для ускорения заживления ран
36. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно:
- А) не форсировать затягивание лигатуры
 - Б) избегать длительной тампонады раны анального канала
 - В) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно
 - Г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе
 - Д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции
37. Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктер целесообразно:
- А) применять Z-образные швы на мышцу
 - Б) сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны
 - В) накладывать шёлковые швы на периферическую часть раны
 - Г) наложить дополнительные чрезкожные П-образные швы на сфинктер
 - Д) не ушивать кожу промежностной раны
38. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие :

- 1) нагноения раны
 - 2) раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
 - 3) прохождения твёрдых каловых комков при длительной задержке стула
 - 4) наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер
 - 5) низведения слизисто-мышечного лоскута
39. Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью
- 1) солевого слабительного
 - 2) приема внутрь касторового масла
 - 3) приема внутрь вазелинового масла
 - 4) очистительной клизмы
 - 5) лаважа
40. Пальцевое исследование после операции по поводу свища прямой кишки с ушиванием сфинктера необходимо для:
- 1) определения тонуса сфинктера
 - 2) определения волевых сокращений сфинктера
 - 3) контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер
 - 4) контроля затечением раневого процесса (наличие инфильтрата и др.)
 - 5) предотвращения слипания краев слизистой оболочки
41. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как
- А) нормальное явление после операции
 - Б) 2-ю степень недостаточности анального жома
 - В) временное явление
 - Г) 1-ю степень недостаточности анального жома
 - Д) рецидив свища прямой кишки
42. При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать:
- 1) хирургическое лечение
 - 2) медикаментозную стимуляцию сфинктера
 - 3) отказ от овощей и фруктов
 - 4) лечебную физкультуру
 - 5) ежедневную постановку очистительных клизм

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

43. Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно:
- А) при 2 степени сложности свища
 - Б) при 1 степени сложности свища
 - В) при 3 степени сложности свища
 - Г) при 4 степени сложности свища
 - Д) при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута
44. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой перед лигатурным методом является
- А) отсутствие повреждения анального сфинктера

- Б) большая радикальность
- В) меньший процент нагноений раны
- Г) меньшая травматичность операции
- Д) уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

45. При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению:

- А) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
- Б) перфорация лоскута выше внутреннего отверстия
- В) выделение слизистой с внутренним сфинктером
- Г) использование электрокоагуляции для гемостаза
- Д) фиксация низведенного лоскута кетгутом

46. При операциях по поводу свища прямой кишки задняя дозированная сфинктеротомия

- А) необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- Б) выполняется при иссечении свища в просвет кишки
- В) показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута
- Г) выполняется при иссечении свища с проведением и затягиванием лигатуры
- Д) не показана ни при одной из перечисленных операций

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) - если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

47. Затягивание лигатуры интраоперационно при операции по поводу свища прямой кишки:

- 1) необходимо всегда
- 2) целесообразно, если нет параректальных затеков
- 3) никогда не производится
- 4) не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, чем заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища
- 5) не выполняется у женщин

48. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано:

- 1) при 1 степени сложности свища
- 2) при 3 степени сложности свища
- 3) при 2 степени сложности
- 4) при 4 степени сложности свища
- 5) при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома

49. Под термином "ректоцеле" понимают:

- 1) выпадение прямой кишки
- 2) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- 3) опущение передней стенки влагалища и матки
- 4) мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- 5) выпадение слизистой прямой кишки

50. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:
- 1) разрывы промежности в родах
 - 2) упорные запоры
 - 3) ослабление мышц тазового дна
 - 4) многократные роды
 - 5) возрастные изменения тканей промежности
51. Ректоцеле следует дифференцировать с
- 1) кистой ректовагинальной перегородки
 - 2) выпадением слизистой прямой кишки
 - 3) промежностной грыжей
 - 4) выпадением стенок влагалища
 - 5) внутренним выпадением прямой кишки
52. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является:
- 1) чувство неполного опорожнения прямой кишки
 - 2) недержание газов
 - 3) частые позывы на дефекацию
 - 4) выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
 - 5) трудности при опорожнении прямой кишки
53. Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:
- 1) у нерожавших женщин
 - 2) только при I степени
 - 3) при II и III степени
 - 4) при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны
 - 5) у женщин старше 50 лет
54. При переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера можно выполнить:
- 1) леваторопластику только перинеальным доступом
 - 2) леваторопластику только вагинальным доступом
 - 3) выбор доступа зависит от возраста пациентки
 - 4) выбор доступа зависит от размеров ректоцеле
 - 5) выбор доступа зависит от степени чистоты влагалища
55. Остроконечные кондиломы могут локализоваться:
- 1) на перианальной коже
 - 2) на коже половых органов
 - 3) в анальном канале
 - 4) на слизистой оболочке прямой кишки
 - 5) только на коже вокруг заднего прохода
56. Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:
- 1) бледной спирохетой
 - 2) клостридией
 - 3) актиномицетами
 - 4) вирусом
 - 5) этиология не установлена
57. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является

- 1) аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки
 - 2) саркома промежности
 - 3) плоскоклеточный неороговевающий рак
 - 4) опухоль Бушке-Левенштейна
 - 5) анальный рак
58. Предрасполагающими причинами выпадения прямой кишки являются:
- 1) наследственный фактор
 - 2) особенности конституции организма
 - 3) особенности строения прямой кишки
 - 4) дегенеративные изменения в мышцах запирающего аппарата прямой кишки
 - 5) глубокий тазовый карман брюшины
59. Основными причинами, приводящими к выпадению прямой кишки являются:
- 1) истощение
 - 2) тяжелый физический труд
 - 3) желудочно-кишечные заболевания
 - 4) тупые травмы живота
 - 5) тяжелые роды
60. К анатомо-конституциональным особенностям, являющимися предрасполагающими условиями для выпадения прямой кишки, относятся:
- 1) уплощение крестцово-копчиковой кривизны
 - 2) цилиндрическая форма прямой кишки
 - 3) долихосигма
 - 4) чрезмерная подвижность сигмовидной и прямой кишок
 - 5) врожденная слабость связочного аппарата
61. Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются:
- 1) по типу скользящей грыжи
 - 2) из-за недостаточности наружного сфинктера заднего прохода
 - 3) по типу кишечной инвагинации
 - 4) по типу висцероптоза
 - 5) из-за опущения матки и стенок влагалища
62. Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но и при физической нагрузке, то это-
- 1) пятая степень выпадения
 - 2) четвертая степень выпадения
 - 3) третья степень выпадения
 - 4) вторая степень выпадения
 - 5) первая степень выпадения
63. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует:
- 1) выпадение кишки при каждом акте дефекации
 - 2) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
 - 3) недержание газов
 - 4) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки
 - 5) недержание газов и жидкого кала

64. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интраректальная инвагинация) является:
- 1) обильные выделения крови при дефекации
 - 2) тупые боли внизу живота при дефекации
 - 3) чувство неполного опорожнения прямой кишки
 - 4) развитие солитарной язвы
 - 5) многомоментная дефекация
065. Подтверждением слабости соединительно-тканых структур, что встречается при выпадении прямой кишки, является
- 1) конституциональный тип больного
 - 2) наличие грыжевых выпячиваний
 - 3) наличие плоскостопия
 - 4) варикозное расширение вен нижних конечностей
 - 5) опущение органов брюшной полости
66. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить
- 1) в коленно-локтевом положении
 - 2) в положении как для камнесечения
 - 3) лёжа на животе
 - 4) в положении больного на корточках и с натуживанием
 - 5) в вертикальном положении
67. На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает
- 1) яйцевидная форма выпадающей кишки
 - 2) конусовидная форма выпадающей кишки
 - 3) длина выпавшего участка кишки более 15 см
 - 4) наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
 - 5) отёк и гиперемия слизистой оболочки
68. К необязательным методам обследования у больных с выпадением прямой кишки относится:
- 1) наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки
 - 2) ректороманоскопия
 - 3) рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта
 - 4) ультразвуковое исследование полости малого таза
 - 5) исследования функции запирающего аппарата прямой кишки
69. Шаровидная или яйцевидная форма выпадающей прямой кишки отмечается при:
- 1) при выраженной потере тонуса кишечной стенки
 - 2) недостаточности анального сфинктера
 - 3) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
 - 4) наличии петли сигмовидной кишки между стенками прямой
 - 5) длине выпадающей части более 20 см
70. Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15 см свидетельствует о:
- 1) потере тонуса кишечной стенки
 - 2) недостаточности сфинктера заднего прохода^
 - 3) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
 - 4) вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки
 - 5) декомпенсации мышц тазового дна

71. Основным отличительным признаком выпадения геморроидальных узлов от выпадения прямой кишки является:

- 1) длина выпадающей части
- 2) цвет слизистой оболочки
- 3) алый цвет крови
- 4) дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки
- 5) отсутствие боли в заднем проходе

72. Дифференцировать выпадение прямой кишки от эндофитных опухолей прямой кишки приходится при:

- 1) ущемлении выпавшего отрезка кишки из-за инфильтрации ее стенки
- 2) наличии ворсинчатых опухолей прямой кишки
- 3) крупных выпадающих анальных сосочках
- 4) наличии внутреннего выпадения и солитарной язвы
- 5) выделении при дефекации темной крови

Выбрать один правильный и наиболее полный ответ

73. Самый достоверный способ отличить эндофитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы:

- А) пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные
- Б) ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала
- В) установить отсутствие интаректальной инвагинации с помощью видеодефекографии
- Г) провести морфологическое исследование
- Д) оценить данные ультрасонографии

74. Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть:

- А) только хирургическим
- Б) хирургическим только при осложнениях
- В) консервативным при первой степени выпадения
- Г) хирургическим у пациентов не старше 40 лет
- Д) консервативным у больных старше 50 лет

75. Операция Делорма заключается в:

- А) так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
- Б) циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
- В) циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сближающих швов на мышечную стенку в виде валика
- Г) использовании при операции по Тиршу тефлоновой нити
- Д) использовании при операции по Тиршу тефлоновой сетки

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

76. К фиксирующим операциям при выпадении прямой кишки относятся:
- 1) способ Зеренина-Кюммеля
 - 2) способ Рипштейна
 - 3) задне-петлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью тефлоновой сетки
 - 4) операция Тирша
 - 5) операция Делорма

77. В основу современной классификации хронического геморроя положены:
- 1) размеры геморроидальных узлов
 - 2) выраженность выпадения геморроидальных узлов
 - 3) частота тромбирования узлов
 - 4) кровотечения из геморроидальных узлов
 - 5) наличие или отсутствие наружных узлов

78. В патогенезе геморроя ведущими являются:
- 1) сосудистый фактор
 - 2) характер питания
 - 3) механический фактор
 - 4) фактор хронических запоров
 - 5) у женщин фактор беременности и родов

79. При первой стадии хронического геморроя внутренние узлы:
- 1) выпадают, но вправляются самостоятельно
 - 2) выпадают и самостоятельно не вправляются
 - 3) кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно
 - 4) кровоточат, но не выпадают из анального канала
 - 5) не кровоточат и не выпадают

80. Растяжение и дистрофия мышцы и связочного аппарата, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале, может развиваться из-за:
- 1) натуживаний при затрудненной дефекации
 - 2) беременности и родов
 - 3) злоупотребления алкоголем и острой пищей
 - 4) подъема тяжестей
 - 5) длительного вынужденного положения на работе

81. При третьей стадии геморроя внутренние узлы:
- 1) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно
 - 2) увеличены и кровоточат при дефекации
 - 3) увеличены, кровоточат при дефекации, 1-2 раза в году тромбируются
 - 4) выпадают, для вправления необходимо ручное пособие
 - 5) постоянно выпадают и не вправляются

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

82. В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловатая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки

- А) миома матки
- Б) кровоточащий геморрой
- В) полип желудка
- Г) полипы прямой кишки
- Д) опухоль прямой кишки

83. Этой пациентке целесообразно:

- А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами
- Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов
- В) направить под наблюдение гинеколога
- Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя
- Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении

84. Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное. В крови умеренное снижение гемоглобина. При осмотре выявлен кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки
- В) назначить больному диету, свечи
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул
- Д) провести обследование в стационаре

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

85. Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя:

- 1) кровотечения
- 2) боли после дефекации
- 3) выпадение узлов
- 4) анальный зуд
- 5) кишечный дискомфорт

86. При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются:

- 1) кровотечение
- 2) выпадение узлов
- 3) боли в заднем проходе
- 4) кишечный дискомфорт
- 5) анальный зуд

87. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются:

- 1) темным цветом крови
- 2) алым цветом крови
- 3) наличием сгустков
- 4) периодичностью
- 5) постоянством

88. Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на:
- 1) устранение боли
 - 2) улучшение микроциркуляции
 - 3); улучшение кровотока в геморроидальных узлах 4
 - 4) уменьшение хрупкости сосудистых стенок
 - 5) остановку кровотечений
89. Основные принципы действия препарата «Детралекс»
- 1) повышение венозного тонуса
 - 2) купирование воспаления
 - 3) стимуляция венозного кровотока
 - 4) улучшение лимфодренажа
 - 5) устранение микроциркуляторных расстройств
90. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся:
- 1) инфракрасная коагуляция
 - 2) электрокоагуляция
 - 3) склеротерапия
 - 4) лигирование узлов латексными кольцами
 - 5) шовное лигирование геморроидальных сосудов
91. Основные принципы применения малоинвазивных методов лечения хронического геморроя:
- 1) они применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов
 - 2) не применяются при выраженном наружном геморрое
 - 3) не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности
 - 4) все манипуляции выполняются с применением обезболивания
 - 5) все оборудование должно быть от известных фирм-производителей
92. Показанием к инфракрасной фотокоагуляции при хроническом геморрое служит:
- 1) геморрой в любой стадии
 - 2) только геморрой 1 стадии
 - 3) комбинированный геморрой без кровотечений
 - 4) кровоточащий внутренний геморрой 1-2 стадии
 - 5) геморрой без кровотечений, но с выпадением узлов
93. Противопоказанием к проведению склеротерапии при хроническом геморрое является:
- 1) тромбоз геморроидальных узлов
 - 2) парапроктит острый
 - 3) парапроктит хронический
 - 4) анальная трещина
 - 5) криптит
94. Противопоказанием к лигированию геморроидальных узлов латексными кольцами является:
- 1) тромбоз геморроидальных узлов
 - 2) воспалительные заболевания анального канала
 - 3) комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами

- 4) геморрой без выпадения узлов
- 5) внутренний геморрой по типу циркулярного, без четкой локализации узлов на 3, 7 и 11 часах по циферблату

95. Основной причиной сильных болей после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами служит:

- 1) одновременное лигирование более двух узлов
- 2) втяжение гребешковой зоны в латексное кольцо
- 3) тромбоз соседних узлов
- 4) несоблюдение строгой диеты
- 5) несоблюдение постельного режима

96. Основными причинами кровотечения в ранние сроки после лигирования латексными кольцами являются:

- 1) соскальзывание лигатуры после лигирования небольшого узла
- 2) разрыв латексного кольца из-за большой массы узла
- 3) дефекация в первый день после лигирования
- 4) несоблюдение строгого постельного режима
- 5) прием пищи в день проведения лигирования

97. Недостаточность анального сфинктера маловероятна после операции по поводу:

- 1) парапроктита острого
- 2) свища прямой кишки
- 3) геморроя
- 4) анального полипа
- 5) анальной трещины со сфинктеротомией

98. Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвет прямой кишки может развиваться вследствие:

- 1) неправильной оценки локализации свищевого хода
- 2) повреждения глубокой порции наружного жома
- 3) широкого рубца в анальном канале
- 4) введения в задний проход во время операции ректального зеркала
- 5) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности

99. Развитие недостаточности анального сфинктера после операции иссечения свища прямой кишки с ушиванием сфинктера вероятнее всего из-за:

- 1) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране
- 2) недостаточности швов на сфинктере
- 3) локализации свищевого хода в глубокой порции наружного жома
- 4) нагноения и расхождения швов
- 5) использования ректального зеркала во время операции

100. Недостаточность анального жома после операции по поводу свища прямой кишки с использованием лигатурного метода чаще всего развивается вследствие:

- 1) слишком быстрого прорезывания лигатуры
- 2) использования в качестве лигатуры шелка
- 3) образования обширного рубца на сфинктере
- 4) применения лигатуры при переднем свище прямой кишки
- 5) использования в качестве лигатуры латекса

101. Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за:
- 1) оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища
 - 2) недостаточного дренирования межсфинктерного пространства
 - 3) проведения лигатуры по ложному ходу
 - 4) рубцовых изменений в сфинктере
 - 5) использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране
102. Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие:
- 1) разрывов шейки матки
 - 2) повреждения стенки влагалища
 - 3) разрыва предверия влагалища
 - 4) растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода
 - 5) перерастяжения в родах кожи передней промежности
103. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера показано при:
- 1) функциональной недостаточности
 - 2) посттравматической 2 степени
 - 3) посттравматической 1 степени
 - 4) посттравматической у больных старше 60 лет
 - 5) посттравматической 2 степени при повреждении сфинктера в боковых сегментах протяженностью менее 1/3 окружности
104. Самой частой причиной развития посттравматической недостаточности анального сфинктера является:
- 1) использование клизм для очищения прямой кишки в течение длительного времени
 - 2) инородные тела прямой кишки
 - 3) разрывы и растяжения сфинктера в родах
 - 4) операционная травма сфинктера
 - 5) бытовая травма сфинктера
105. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при:
- 1) функциональной недостаточности 2 степени
 - 2) органической недостаточности 2 степени
 - 3) органической недостаточности 1 степени
 - 4) органической недостаточности 3 степени
 - 5) при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени
106. У больных с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода 2 степени с дефектом жома протяженностью до 1/3 окружности может быть выполнена операция:
- 1) только сфинктеропластика
 - 2) сфинктероглютеопластика
 - 3) только сфинктеролеваторопластика
 - 4) в зависимости от состояния мышцы и локализации поражения — сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
 - 5) по Тиршу
107. При недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция:
- 1) сфинктеропластика
 - 2) сфинктеролеваторопластика
 - 3) в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце

- сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
- 4) сфинктероглютеопластика
- 5) лейомиопластика

108. При наличии дефекта сфинктера более 1/2 окружности выполняются операции:

- 1) создания жома из длинных лоскутов ягодичных мышц
- 2) формирования запирающего аппарата из нежной мышцы бедра
- 3) формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра
- 4) сфинктеролеваторопластика
- 5) сфинктеропластика

109. Показанием к операции сфинктеролеваторопластики является

- 1) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до 1/3 окружности по боковым сегментам
- 2) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до 1/3 окружности по передней или задней полуокружности .
- 3) недостаточность сфинктера 2-3 степени при наличии дефекта до 1/3 окружности
- 4) недостаточность 2-3 степени у больных с выпадением прямой кишки
- 5) любая степень недостаточности после операции по поводу заднего свища прямой кишки

110. Сфинктероглютеопластика показана при:

- 1) дефекте сфинктера по передней полуокружности
- 2) дефекте сфинктера по задней полуокружности
- 3) недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки
- 4) недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности по боковым полуокружностям
- 5) недостаточности сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1/3 по задней полуокружности

111. Глютеопластика нецелесообразна при:

- 1) травматическом повреждении ягодичных мышц
- 2) органической недостаточности сфинктера 1 степени
- 3) атрофии ягодичных мышц
- 4) наличии дефекта сфинктера более S окружности
- 5) полном отсутствии сфинктера

112. При операции сфинктероглютеопластики используется:

- 1) длинный лоскут большой ягодичной мышцы
- 2) длинный лоскут малой ягодичной мышцы
- 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы
- 4) короткий лоскут большой ягодичной мышцы
- 5) короткий лоскут малой ягодичной мышцы

113. При дефекте сфинктера более 1/2 окружности используются:

- 1) длинные лоскуты малой ягодичной мышцы
- 2) короткие лоскуты большой ягодичной мышцы
- 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы

- 4) длинные лоскуты большой ягодичной мышцы
- 5) короткий лоскут средней ягодичной мышцы

114. Сфинктеропластик у больных выпадением прямой кишки выполняют:

- 1) как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки
- 2) выполняют при недостаточности 2-3 степени
- 3) выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения
- 4) после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 ст.
- 5) только у больных не старше 40 лет

Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки

115. Причиной неспецифического язвенного колита является

- А) психическая травма
- Б) физическая травма
- В) перенесённая кишечная инфекция
- Г) микробное начало
- Д) причина неизвестна

116. В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор

- А) этиология .
- Б) локализация процесса
- В) тяжесть заболевания
- Г) острота болезни
- Д) длительность заболевания

Выберите правильный ответ по схеме

- А) Правильные ответы 1.2.3
- Б) Правильные ответы 1 и 3
- В) Правильные ответы 2 и 4
- Г) Правильный ответ 4
- Д) Правильный ответ 1 2 3 4 5

117. Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются

- 1) понос
- 2) кровь в стуле
- 3) боли в животе
- 4) тошнота и рвота
- 5) головные боли

118. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с

- 1) бактериальной дизентерией
- 2) амёбной дизентерией
- 3) болезнью Крона
- 4) опухолями толстой кишки
- 5) недифференцированными колитами

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

119. Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является

- А) копрология
- Б) посев кала на микрофлору
- В) колоноскопия
- Г) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- Д) гастроскопия

120. Для оценки тяжести атаки неспецифического язвенного колита не учитывается критерий

- А) склонность к запорам
- Б) частота стула в сутки
- В) примесь крови в стуле
- Г) температура тела
- Д) изменение лабораторных показателей

В заданиях 121 — 123 выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1, 2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

121. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют

- 1) сульфаниламидные препараты
- 2) стероидные гормоны
- 3) антибактериальные препараты
- 4) слабительные средства
- 5) промывания кишечника

122. Целесообразным хирургическим вмешательством при неспецифическом язвенном колите является

- 1) двустольная илеостомия
- 2) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы
- 3) колпроктэктомия
- 4) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 5) резекция левых отделов ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

123. Показанием к экстренной операции у больных неспецифическим язвенным колитом служит:

- 1) неэффективность консервативной терапии
- 2) перфорация кишки
- 3) нарастающая общая слабость, потеря в весе
- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) ежедневные выделения крови с калом

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

124. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является

- А) кишечное кровотечение

- Б) токсическая дилатация толстой кишки
- В) отсутствие эффекта от консервативной терапии
- Г) перфорация толстой кишки
- Д) учащение стула до 5-6 раз в сутки

125. Элементами предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита являются

- А) введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики
- Б) очистительная клизма, антибиотики, наркотики
- В) очистительная клизма, гормональные препараты, наркотики
- Г) кишечный лаваж
- Д) 15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут

126. Нежелательным элементом в процессе предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита, осложнённого кровотечением, является

- А) локальная гипотермия
- Б) применение гемостатиков, препаратов крови
- В) применение противошоковых инфузионных сред
- Г) назначение антикоагулянтов
- Д) назначение стероидных препаратов

127. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются

- А) закрытие двустольной илеостомы после операции отключения
- Б) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
- В) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
- Г) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
- Д) илеотрансверзоанастомоз

128. Ведение послеоперационного периода у больных неспецифическим язвенным колитом предусматривает

- А) в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену их сразу же после операции
- Б) постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель
- В) длительное продолжение гормональной терапии
- Г) увеличение дозы гормональных препаратов
- Д) снижение дозы гормонов в два раза через день после операции

129. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает:

- А) формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
- Б) ушивания «окна» между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
- В) подшивания серозной оболочки кишки к коже
- Г) подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
- Д) подшивания париетальной брюшины к коже

130. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является

- А) J-образный
- Б) S-образный

- В) 0-образный
- Г) W-образны и
- Д) Г — образный

131. Больные после радикальных операций по поводу неспецифического язвенного колита являются

- А) инвалидами I группы
- Б) инвалидами II группы с запрещением работы
- В) инвалидами II группы с правом работы в специально созданных условиях
- Г) больные могут быть допущены ко всем видам труда
- Д) пациенты должны выполнять работу без физических и психических нагрузок

132. Причиной развития болезни Крона является

- А) инфекционное начало
- Б) эмоциональные стрессы
- В) травма живота
- Г) перенесённые операции
- Д) причина неизвестна

133. Классификация болезни Крона не предусматривает:

- А) локализации поражения
- Б) протяжённости поражения
- В) тяжести течения болезни
- Г) наличия осложнений
- Д) степени сложности

134. Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона являются

- А) запоры, вздутие живота, повышение температуры
- Б) понос, боли в суставах
- В) постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура
- Г) боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
- Д) наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов

135. Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является

- А) наличие сужений и стриктур по ходу поражённых участков кишки
- Б) множественные выпячивания стенки толстой кишки
- В) наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
- Г) наличие спикул по контуру кишки
- Д) наличие внутренних и наружных кишечных свищей

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) - если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

136. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями:

- 1) рак толстой кишки
- 2) лимфома тонкой кишки
- 3) неспецифический язвенный колит
- 4) ишемический колит

5) осложненный дивертикулез толстой кишки

137. Для консервативного лечения болезни Крона применяются:

- 1) иммунорегуляторы
- 2) сульфаниламиды
- 3) гормоны
- 4) опиаты
- 5) транквилизаторы

138. Показанием к плановому оперативному лечению болезни Крона является

- 1) кишечное кровотечение
- 2) прикрытая перфорация кишки
- 3) дилатация толстой кишки
- 4) отсутствие эффекта от консервативного лечения
- 5) стриктура кишки с явлениями непроходимости

139. Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и перианальных осложнений при болезни Крона включает

- 1) применение очистительных клизм
- 2) проведение кишечного лаважа
- 3) пенообразующие микроклизмы
- 4) бесшлаковую диету, вазелиновое масло
- 5) внутрь касторовое масло и очистительные клизмы

140. При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной подготовки применяется

- 1) гормональная терапия
- 2) коррекция белковых нарушений
- 3) энтеральное питание
- 4) санация гнойно-септических очагов
- 5) лечение сопутствующих заболеваний

141. При болезни Крона толстой кишки не применяется

- 1) сегментарная резекция толстой кишки
- 2) резекция илеоцекального отдела
- 3) гемиколэктомия
- 4) серозомиотомия
- 5) стриктуропластика

142. Наиболее рациональный объем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона

- 1) тотальное удаление толстой кишки
- 2) илеостомия в качестве операции отключения
- 3) резекция кишки с наложением анастомоза
- 4) резекция кишки с наложением отдельной стомы
- 5) стриктуропластика

143. К особенностям применения гормональных препаратов после радикальных операций у пациентов с болезнью Крона относится

- 1) отмена гормональных препаратов сразу после операции
- 2) постепенная отмена гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель

- 3) увеличение дозы гормонов
 - 4) длительное применение гормональных препаратов
 - 5) применение гормонов только в первые три дня после операции
144. Особенности перианальных поражений при болезни Крона являются:
- 1) сочетание свищей и язв-трещин
 - 2) склонность к рецидивированию
 - 3) самопроизвольное заживление язв и свищей при ремиссии болезни Крона
 - 4) внутреннее отверстие свища всегда располагается в анальной крипте
 - 5) свищевой ход, как правило, является экстрасфинктерным
145. По характеру болезни синдрому раздражённой толстой кишки наиболее соответствует название
- 1) хронический колит
 - 2) спастический колит
 - 3) хронический энтероколит
 - 4) кишечная диспепсия
 - 5) колостаз
146. Этиопатогенетическим механизмом развития синдрома раздраженной кишки является:
- 1) инфекционный
 - 2) паразитарный
 - 3) психический стресс
 - 4) нарушение моторики толстой кишки
 - 5) аллергический
147. При синдроме раздраженной кишки имеют место
- 1) изменение иммунного статуса
 - 2) изменения биоценоза толстой кишки
 - 3) глубокие нарушения обмена веществ
 - 4) нарушения секреции толстой кишки
 - 5) глубокие психические отклонения

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

148. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся
- А) постоянный жидкий стул
 - Б) постоянные запоры
 - В) постоянная примесь крови в кале
 - Г) затрудненное опорожнение прямой кишки
 - Д) неустойчивый стул, чередование запоров и поносов
149. При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь
- А) алой крови
 - Б) гноя
 - В) слизи
 - Г) прожилок крови
 - Д) сукровицы

150. Наиболее типичный характер болей при синдроме раздражённой кишки

- А) боли постоянного характера
- Б) боли, возникающие после еды
- В) боли, стихающие после дефекации
- Г) боли при ходьбе и физической нагрузке
- Д) ночные боли

151. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется

- А) сбор анамнеза
- Б) рентгенологическое обследование
- В) колоноскопия
- Г) бактериологическое исследование кала
- Д) ангиография

В заданиях 152 и 153 выберите правильные ответы по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3
- Б) — если правильные ответы' 1 и 3
- В) — если правильные ответы 2 и 4
- Г) — если правильный ответ 4
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

152. При синдроме раздражённой кишки колоноскопия (эндоскопическое исследование) выявляет

- 1) гиперемию и отёк слизистой оболочки
- 2) смазанность сосудистого рисунка
- 3) частые спазмы стенки кишки
- 4) резкую болезненность при осмотре
- 5) контактную кровоточивость слизистой оболочки

153. Важными диагностическими критериями, позволяющими отличить синдром раздраженной кишки от заболеваний органической природы (критерии Маннинга), являются в том, что:

- 1) боль в животе стихает после дефекации
- 2) стул сопровождается болью
- 3) отмечается вздутие живота
- 4) определяется слизь в кале, бывают ложные позывы с выделением слизи
- 5) бывает ощущение неполного опорожнения

Выберите один правильный и наиболее полный ответ:

154. Диетическое лечение синдрома раздражённой кишки должно включать

- А) механически и термически обработанные продукты
- Б) ограничение углеводов
- В) полное исключение мясных продуктов
- Г) пищу с повышенным содержанием клетчатки
- Д) продукты с пониженным содержанием соли

155. Ишемический колит обусловлен

- А) сердечной недостаточностью
- Б) длительным применением пероральных контрацептивов
- В) нарушением кровообращения в нижней брыжеечной артерии
- Г) применением вазопрессоров

Д) травмой передней брюшной стенки

В заданиях 152 и 153 выберите правильные ответы по схеме:

А) — если правильные ответы 1,2 и 3

Б) — если правильные ответы 1 и 3

В) — если правильные ответы 2 и 4

Г) — если правильный ответ 4

Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и

156. Симптомами развития дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются:

А) внезапное урежение стула на фоне диареи

Б) вздутие живота

В) боли в животе

Г) учащение стула до 15-20 раз в сутки

Д) увеличение примеси крови и слизи в кишечном содержимом

157. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют:

1) дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки

2) врожденная слабость соединительной ткани

3) приобретенная слабость соединительной ткани

4) дискоординация моторики толстой кишки

5) сосудистые изменения в стенке толстой кишки

158. Анатомическими предпосылками к развитию дивертикулов в ободочной кишке являются:

1) формирование наружного мышечного слоя ободочной кишки в виде полос

2) наличие артерий и вен, перфорирующих мышечный каркас кишечной стенки

3) наличие гаустр, в которых может генерироваться повышенное внутрикишечное давление

4) астенический тип сложения

5) гиперстенический тип сложения

159. Морфология дивертикулярной болезни характеризуется:

1) разволокнением циркулярных мышц кишечной стенки

2) гиперэластозом продольного мышечного слоя

3) мешковидными выпуклостями слизистой и подслизистой слоев кишки, покрытых серозной оболочкой

4) отсутствием мышечной оболочки в стенке дивертикулов

5) мио- и нейропатией стенки кишки

160. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относятся:

1) дивертикулит

2) паракишечный инфильтрат

3) паракишечный абсцесс

4) озлокачествление

5) кишечное кровотечение

161. Самым частым осложнением дивертикулеза толстой кишки

является:

- 1) перфорация дивертикула в свободную брюшную полость
- 2) внутренние и наружные кишечные свищи
- 3) кишечное кровотечение
- 4) дивертикулит
- 5) стриктура кишки

162. Абсолютными показаниями к операции по поводу осложненного дивертикулеза толстой кишки являются:

- 1) перфорация дивертикула
- 2) массивное кровотечение
- 3) абсцедирование инфильтрата
- 4) кишечная непроходимость
- 5) невозможность исключить рак

163. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

- 1) периодические кишечные кровотечения
- 2) рецидивирующий дивертикулит
- 3) кишечные свищи
- 4) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе
- 5) паракишечный инфильтрат

164. О степени адаптации выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как:

- 1) сроки приживания кишки
- 2) состояние слизистой оболочки кишки
- 3) объем кишечных выделений
- 4) отсутствие параилеостомического дерматита
- 5) появлении аппетита у больного

165. После операции с наложением илеостомы при гладком течении :

- 1) заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней
- 2) заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней
- 3) максимальный суточный объем выделений из илеостомы 800-900 мл
- 4) суточный объем выделений из илеостомы более 1 литра
- 5) стабилизация функции илеостомы наступает не раньше полугода

166. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде:

- 1) воспалительные
- 2) кишечная непроходимость
- 3) некроз илеостомы
- 4) параилеостомическая грыжа
- 5) выпадение илеостомы

167. К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся:

- 1) стеноз илеостомы
- 2) выпадение илеостомы
- 3) свищ илеостомы
- 4) параилеостомическая грыжа
- 5) перисхомальный дерматит

168. Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной:

- 1) выпадения кишки через илеостому
- 2) свища илеостомы
- 3) ретракции илеостомы
- 4) стеноза илеостомы на уровне кожи
- 5) стеноза илеостомы на уровне апоневроза

169. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием:

- 1) параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде
- 2) развития параилеостомической грыжи
- 3) свища илеостомы
- 4) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы
- 5) перистомального дерматита

170. По прошествии 2-х месяцев после наложения концевой илеостомы (по Бруку) суточный объем выделений из кишки должен составлять:

- 1) 300мл
- 2) от 300 до 500 мл
- 3) от 500 до 600 мл
- 4) от 600 до 700 мл
- 5) не менее 1 литра

171. Через 2 месяца после операции с наложением двустольной илеостомы (по Торнболу) суточный объем выделений из кишки должен составлять:

- 1) 300мл
- 2) от 300 до 500 мл
- 3) от 500 до 600 мл
- 4) от 600 до 700 мл
- 5) не менее 1 литра

Неотложная колопроктология

Выберите один правильный ответ

172. Острым парапроктитом называется

- А) любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
- Б) острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
- В) острое воспаление в области морганиевых крипт
- Г) острое воспаление слизистой прямой кишки
- Д) изъязвление слизистой в области морганиевых крипт

173. Острый парапроктит является

- А) крайне редким заболеванием
- Б) достаточно редким заболеванием
- В) самым частым заболеванием человека
- Г) самым частым проктологическим заболеванием
- Д) распространённым заболеванием, стоящим на четвёртом месте к после геморроя, анальных трещин и колитов

174. Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

- А) гематогенным путём
- Б) лимфогенным путём
- В) через кожу
- Г) из прямой кишки
- Д) из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

175. Известно, что главную роль в развитии парапроктита играют анальные железы. Большая часть их расположена

- А) внутри морганиевых крипт
- Б) в параректальной клетчатке
- В) в подслизистом слое дистальной части прямой кишки
- Г) в толще внутреннего сфинктера
- Д) в толще наружного сфинктера

176. Выводные протоки анальных желёз открываются,

- А) на дне морганиевых крипт
- Б) в межсфинктерном пространстве
- В) в параректальной клетчатке
- Г) на слизистой в области гребешка
- Д) в области анальных сосочков

177. Инфекция из просвета прямой кишки при остром парапроктите чаще всего попадает

- А) из крипты гематогенным путём
- Б) из крипты по межфасциальным промежуткам
- В) через повреждённую слизистую прямой кишки выше аноректальной линии
- Г) из крипты через протоки анальных желёз
- Д) через дефект слизистой анального канала

178. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

- А) туберкулёзная палочка .
- Б) стафилококк
- В) кишечная палочка
- Г) протей
- Д) смешанная микрофлора

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильны ответы 1,2,и 3;**
- Б) — если правильны ответы 1 и 3;**
- В) — если правильны ответы 2 и 4;**
- Г)' — если правильный ответ 4;**
- Д) — если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.**

179. Специфический парапроктит вызывается:

- 1) туберкулёзной палочкой
- 2) актиномицетами
- 3) бледной спирохетой
- 4) неспорообразующим анаэробом в ассоциации с кишечной палочкой и протеем
- 5) гемолитическим стрептококком

180. При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить

- 1) локализацию поражённой крипты
- 2) характер микробной флоры
- 3) расположение гнойного хода по отношению к сфинктеру
- 4) распространенность гнойного процесса
- 5) давность заболевания

181. К поверхностным формам острого парапроктита относят

- 1) ишиоректальные
- 2) пельвиоректальные
- 3) межмышечные
- 4) подкожные и подслизистые
- 5) ретроректальные

182. К глубоким формам острого парапроктита относят

- 1) пельвиоректальные
- 2) подкожные
- 3) ишиоректальные
- 4) подковообразные подкожные
- 5) подслизистые

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

183. Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить

- А) только у больных диабетом
- Б) у пациентов старше 50 лет
- В) у всех больных
- Г) при распространённом гнойном процессе
- Д) при анаэробном парапроктите

184. Самой частой формой острого парапроктита является

- А) подслизистый парапроктит
- Б) подкожный парапроктит
- В) ишиоректальный
- Г) пельвиоректальный
- Д) ретроректальный

185. Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести

- А) осмотр и пальпацию перианальной области
- Б) осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
- В) осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
- Г) осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
- Д) пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию

186. Локализация гнойника при остром парапроктите устанавливается при пальцевом исследовании прямой кишки. Одним из основных ориентиров служит аноректальная линия. При подкожном парапроктите гнойник располагается

- А) выше аноректальной линии

- Б) на уровне аноректальной линии
- В) ниже аноректальной линии
- Г) зависит от величины абсцесса
- Д) зависит от расположения поражённой крипты

187. При остромишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии

- А) ниже
- Б) на уровне
- В) выше
- Г) зависит от расположения поражённой крипты
- Д) зависит от конституции больного

188. В начале заболевания особенно трудна диагностика

- А) подкожного парапроктита
- Б) подслизистого парапроктита
- В) ишиоректального парапроктита
- Г) пельвиоректального парапроктита
- Д) межмышечного парапроктита

189. При остром подкожном парапроктите гнойный ход чаще располагается

- А) кнутри от сфинктера
- Б) транссфинктерно
- В) экстрасфинктерно
- Г) в глубокой порции наружного сфинктера
- Д) в подкожной порции наружного сфинктера

190. При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход чаще располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода

- А) только транссфинктерно
- Б) только экстрасфинктерно
- В) всегда кнутри от сфинктера
- Г) транссфинктерно и экстрасфинктерно
- Д) чаще всего транссфинктерно

191. При ишиоректальном парапроктите пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить

- А) только нижнюю границу гнойника
- Б) нижнюю и верхнюю границу
- В) верхнюю границу

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1, 2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

192. Вовлечение в воспалительный процесс тазовой брюшины вероятнее всего

- 1) при межмышечной парапроктите

- 2) при ишиоректальном парапроктите
- 3) при подслизистом парапроктите
- 4) при пельвиоректальном парапроктите
- 5) при всех видах парапроктита

193. При наличии клинических признаков воспаления и обнаружении инфильтрата в параректальном пространстве следует исключить

- 1) прорыв гноя из дугласова пространства
- 2) острое воспаление эпителиального копчикового хода
- 3) нагноившуюся кисту параректальной клетчатки
- 4) подкожный парапроктит
- 5) ишиоректальный парапроктит

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

194. Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего

- А) госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- Б) вскрыть гнойник в поликлинике
- В) назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- Г) назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- Д) амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке

195. При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый гнойный подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.5. Целесообразнее всего:

- А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать
- Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать
- В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке
- Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой
- Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния

196. После вскрытия гнойника при остром парапроктите без иссечения гнойного хода и поражённой крипты наименее вероятно

- А) формирование свища прямой кишки
- Б) рецидивирование парапроктита
- В) выздоровление
- Г) периодическое появление болей в промежности
- Д) послеоперационная недостаточность анального сфинктера

197. Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите

- А) формирование свища прямой кишки
- Б) рецидивирующий парапроктит
- В) выздоровление
- Г) недостаточность анального сфинктера
- Д) выздоровление в 50% наблюдений

198. Острый пельвиоректальный парапроктит лучше всего вскрыть

- А) через просвет прямой кишки, так как гнойник располагается рядом со стенкой кишки

- Б) полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку с соответствующей стороны и рассечением мышцы, поднимающей задний проход, в поперечном направлении
- В) полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении
- Г) радиальным разрезом кожи
- Д) прямолинейным разрезом перпендикулярно линии между задним проходом и седалищным бугром

199. Катетеризация мочевого пузыря чаще бывает необходима при операции по поводу

- А) подкожного парапроктита
- Б) ишиоректального парапроктита
- В) подслизистого парапроктита
- Г) пельвиоректального парапроктита
- Д) межмышечного парапроктита

200. При наличии интрасфинктерного гнойного хода, при остром парапроктите, лучше всего:

- А) рассечь гнойный ход в просвет кишки без иссечения его
- Б) иссечь ход в просвет кишки
- В) провести лигатуру
- Г) иссечь гнойный ход и ушить рану
- Д) иссечь ход, сделать сфинктеротомию

201. При наличии трансфинктерного гнойного хода, при остром парапроктите, возможно:

- А) только проведение лигатуры
- Б) выполнение нерадикальной операции
- В) только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- Г) иссечение в просвет кишки, независимо от глубины расположения хода
- Д) в зависимости от расположения и глубины хода возможны различные варианты: от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

202. Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого гнойного парапроктита, если:

- 1) обеспечена адекватная анестезия
- 2) выявлена поражённая крипта
- 3) достаточен опыт оперирующего
- 4) пациент страдает сахарным диабетом
- 5) выявлено расположение гнойного хода

203. Если во время операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита не выявлена поражённая крипта, лучше всего:

- 1) после вскрытия абсцесса иссечь две-три крипты, расположенные близко к гнойнику
- 2) вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние крипты, так как чаще всего бывает задний парапроктит

- 3) вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию
- 4) ограничиться вскрытием гнойника и дренированием
- 5) после вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую крипту

204. При остром гнойном переднем интрасфинктерном парапроктите у женщины лучше всего выполнить:

- 1) вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты
- 2) вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и заднюю дозированную сфинктеротомию
- 3) только вскрытие абсцесса
- 4) вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки
- 5) вскрытие абсцесса и заднюю дозированную сфинктеротомию

205. Во время операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита с поражением задней крипты выявлено, что гнойный ход идет через подкожную порцию наружного сфинктера. В этом случае целесообразнее:

- 1) ограничиться вскрытием и дренированием гнойника
- 2) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- 3) вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- 4) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет прямой кишки
- 5) вскрыть гнойник и иссечь поражённую крипту

206. После операций по поводу острого гнойного парапроктита в назначении антибиотиков нуждаются:

- 1) все больные
- 2) только оперированные радикально
- 3) только оперированные нерадикально
- 4) все больные с распространённым гнойным процессом, лихорадкой, интоксикацией, независимо от вида операции
- 5) только при гнилостной инфекции

207. К осложнённым формам острого гнойного парапроктита относятся:

- 1) самопроизвольно вскрывшийся на кожу промежности
- 2) самопроизвольно вскрывшийся в просвет прямой кишки
- 3) подковообразный
- 4) инфильтративный
- 5) ишиоректальный с вовлечением в процесс межсфинктерного пространства

Выбрать один правильный и наиболее полный ответ

208. У женщины во время операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита с поражением передней крипты выявлено, что гнойный ход идёт через подкожную порцию наружного сфинктера. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник и иссечь поражённую переднюю крипту
- Б) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
- В) вскрыть гнойник, иссечь крипту, провести лигатуру
- Г) вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- Д) ограничиться вскрытием и дренированием гнойника

209. У больной произошло самопроизвольное вскрытие в просвет прямой кишки гнойника, расположенного в пельвиоректальном пространстве. Гной выделяется из заднего прохода, температура тела 38С. Целесообразнее всего:

- А) попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- Б) срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- В) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- Г) назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
- Д) наложить сигмостому

Выбрать правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;**
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;**
- В) — если правильные ответы 2 и 4;**
- Г) — если.правильный ответ 4;**
- Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

210. Для специфических гнойных парапроктитов характерно то, что они:

- 1) являются редкими формами заболевания
- 2) имеют торпидное течение
- 3) чаще протекают в виде инфильтративного поражения
- 4) довольно легко диагностируются
- 6) легко излечиваются

211. Газовую гангрену вызывают только:

- 1) фузобактерии
- 2) кишечная палочка и протей
- 3) бактероиды
- 4) клостридии
- 5) ассоциация аэробов с бактероидами

212. Возбудителями неклостридиального анаэробного парапроктита являются:

- 1) только бактероиды
- 2) клостридии
- 3) ассоциация аэробов с бактероидами
- 4) бактероиды, фузобактерии, пептококки и другие анаэробы
- 5) эшерихии и протейная палочка

213. Анаэробы (палочка газовой гангрены, бактероиды и др.):

- 1) попадают в желудочно-кишечный тракт с водой
- 2) появляются в кишке и параректальной клетчатке только после повреждения извне
- 3) появляются только при снижении иммунитета
- 4) являются обитателями толстой кишки в норме
- 5) попадают в параректальную клетчатку через кожу

214. При клостридиальном парапроктите не бывает:

- 1) сильной боли
- 2) отёка тканей и распада мышц
- 3) газообразования (крепитация)
- 4) большого количества гноя
- 5) классических признаков воспаления

215. Возбудители неклостридиальной инфекции могут вызвать:

- 1) целлюлит
- 2) миозит
- 3) фасциит
- 4) только целлюлит
- 5) только миозит

216. При гнилостном парапроктите:

- 1) гной может содержать пузырьки газа
- 2) газ может обнаруживаться в клетчатке
- 3) гнилостный процесс распространяется только по клетчатке
- 4) в процесс всегда вовлекаются фасции и мышцы
- 5) гноя и газа не бывает

217. При подозрении на наличие клостридиального парапроктита в первую очередь следует:

- 1) получить лабораторное подтверждение клостридиальной инфекции
- 2) начать интенсивную инфузионную терапию
- 3) поместить больного в барокамеру до операции
- 4) выполнить экстренную операцию
- 5) получить пунктат из тканей для определения чувствительности к антибиотикам

218. Следует закрыть операцию на период санитарной обработки после проведения там операции по поводу:

- 1) клостридиального парапроктита
- 2) неклостридиального анаэробного парапроктита
- 3) гнилостного парапроктита
- 4) гнойного процесса, вызванного синегнойной палочкой
- 5) обычного парапроктита

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

219. На операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита у женщины после прокрашивания гнойного хода выявлена поражённая крипта на 10 часах по циферблату с рубцовым втяжением. Гнойный ход располагается снаружи от сфинктера. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- Б) вскрыть гнойник, сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- В) вскрыть гнойник, радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища
- Г) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
- Д) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и рубцы

220. На операции у 36-летней пациентки обнаружен ретрорекальный парапроктит, рубцовые изменения в задней крипте, через которую прошёл краситель, введённый в полость гнойника. Гнойный ход располагается снаружи от сфинктера, по ходу его есть рубцы. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник полулунными разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки
- Б) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и рубцы вокруг гнойного хода
- В) только вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки
- Г) вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию

Д) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру

Выберите правильный ответ по схеме:

А) — если правильные ответы 1,2 и 3;

Б) — если правильные ответы 1 и 3;

В) — если правильные ответы 2 и 4; -

Г) — если правильный ответ 4;

Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

221. При клостридиальном парапроктите:

- 1) больной беспокоен
- 2) температура тела часто нормальная
- 3) быстро нарастает тахикардия, падает артериальное давление
- 4) всегда высокая температура тела
- 5) в области промежности кожа резко гиперемирована

222. Пузырьки газа при клостридиальном парапроктите находятся:

- 1) только в клетчатке
- 2) только в раневом содержимом
- 3) в раневом содержимом и прилегающей клетчатке
- 4) в мышцах, по ходу фасций, в клетчатке
- 5) только в мышцах

223. Для подтверждения диагноза клостридиального гнойного парапроктита самым быстрым является:

- 1) посев из раны
- 2) визуальная оценка раневого отделяемого
- 3) визуальная оценка изменений в мышцах и клетчатке
- 4) бактериоскопическое исследование мазка, взятого из раны и окрашенного метиленовым синим
- 5) наличие пузырьков газа в тканях

224. Хирургическое вмешательство при остром анаэробном парапроктите не следует проводить с применением:

- 1) масочного наркоза
- 2) внутривенного наркоза
- 3) эндотрахеального наркоза
- 4) местной инфильтрационной анестезии
- 5) перидуральной анестезии

225. При операции по поводу острого анаэробного парапроктита выявление и иссечение поражённой крипты и хода:

- 1) всегда обязательно
- 2) показано при ограниченном процессе
- 3) показано при относительно удовлетворительном состоянии больного
- 4) нецелесообразно
- 5) противопоказано только при тяжелом состоянии пациента

226. При гнилостных и анаэробных парапроктитах:

- 1) достаточно сделать широкие разрезы тканей
- 2) необходимо рассечь и иссечь нежизнеспособные ткани

- 3) достаточно сделать широкие разрезы и промыть раствором перекиси водорода
- 4) раны дренировать и наладить орошение их растворами перекиси водорода, антисептиков, антибиотиков
- 5) достаточно сделать широкие разрезы и назначить антибиотики

227. Включение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации показано:

- 1) при клостридиальном парапроктите
- 2) при неклостридиальном анаэробном парапроктите
- 3) при гнилостном парапроктите
- 4) только при клостридиальном парапроктите
- 5) при пельвиоректальных парапроктитах

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

228. Лечение в барокамере может заменить хирургическое вмешательство:

- А) при гнилостном парапроктите
- Б) при неклостридиальном анаэробном парапроктите
- В) при клостридиальном ограниченном парапроктите
- Г) при локализованном гнойном процессе
- Д) не может заменить операции ни при одном из видов инфекции

229. Карантин в отделении колопроктологии:

- А) устанавливается, если поступил больной с гнилостным пара-проктитом
- Б) при неклостридиальной анаэробной инфекции
- В) при поступлении больного с гангреной Фурнье
- Г) при поступлении больного с клостридиальным процессом
- Д) не объявляется ни при каком виде парапроктита

230. При остром геморрое первичным является:

- А) тромбоз
- Б) воспаление
- В) только при кровоточащем геморрое — тромбоз
- Г) при геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление
- Д) единого мнения не существует

231. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- А) сфинктерит
- Б) анусит
- В) воспаление геморроидальных узлов
- Г) острый тромбоз геморроидальных узлов
- Д) тромбофлебит геморроидальных узлов

232. При остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается:

- А) в органических криптах
- Б) в кавернозных тельцах
- В) в венах подслизистого слоя
- Г) в сосудах слизистой оболочки прямой кишки
- Д) четкой закономерности нет

233. Присоединение инфекции при остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов всегда приводит к:

- А) развитию парапроктита
- Б) образованию свищей прямой кишки
- В) к восходящему тромбозу сосудов прямой кишки
- Г) улучшению микроциркуляции в слизистой оболочке дистальной части прямой кишки за счёт усиления притока крови к очагам воспаления
- Д) нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

234. Объективным признаком присоединения воспаления при остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов является:

- А) усиление болей в области заднего прохода
- Б) повышение температуры тела
- В) появление перианального отёка, отсутствие дифференцировки узлов
- Г) затруднённое мочеиспускание
- Д) затруднённый акт дефекации

235. В амбулаторных условиях при тромбозе наружных геморроидальных узлов с наличием перианального отёка и некроза слизистой узла целесообразнее всего:

- А) после наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала
- Б) после пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию
- В) для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома
- Г) после наружного осмотра сделать пальцевое исследование прямой кишки
- Д) ограничиться наружным осмотром области заднего прохода

236. При остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов с перианальным отёком срочная операция:

- А) показана во всех случаях
- Б) всегда противопоказана
- В) показана при сильных болях
- Г) показана у молодых пациентов, если тромбоз не в первый раз
- Д) показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)

237. Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана

- А) при наличии некроза слизистой
- Б) при наличии перианального отёка, чтобы уменьшить боль
- В) при тромбозе наружного узла
- Г) при нарастании перианального отёка
- Д) желанием больного

238. При остром тромбозе геморроидальных узлов с перианальным отёком нужно отсрочить операцию из-за:

- А) опасности тромбоэмболии
- Б) выраженных болей в области заднего прохода
- В) отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений
- Г) невозможности ушить раны наглухо
- Д) возможности повредить наружный сфинктер заднего прохода

239. Больной лечится по поводу острого тромбоза наружных и внутренних геморроидальных узлов амбулаторно. Лучше всего:

- А) назначить приём солевых слабительных
- Б) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы

- В) лигировать узлы латексными кольцами
- Г) назначить анальгетики, на первые два-три дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином и пр., диету
- Д) применить склерозирующую терапию

240 Операцию по поводу тромбоза наружного геморроидального узла правильнее всего назвать:

- А) геморроидэктомия
- Б) экономная геморроидэктомия
- В) тромбэктомия
- Г) иссечение геморроидальной бахромки
- Д) частичная геморроидэктомия

241 Радикальную операцию по поводу хронического геморроя, осложнившегося острым тромбозом геморроидальных узлов и перианальным отёком, можно выполнить

- А) только через 1 месяц после тромбоза
- Б) только через 2.месяца после тромбоза
- В) только через год после тромбоза
- Г) после ликвидации перианального отёка
- Д) после рассасывания всех тромбов

242. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является:

- А) наличие свищей крестцово-копчиковой области
- Б) рецидивирующее воспаление в области крестца
- В) обильный волосяной покров у пациента
- Г) болезненность при пальпации копчика
- Д) наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке .

243. При остром нагноении эпителиального копчикового хода абсцесс располагается, как правило:

- А) в пресакральном пространстве
- Б) в ишиоректальном клетчаточном пространстве
- В) воспаление локализуется всегда только в самом ходе
- Г) под кожей крестцово-копчиковой области
- Д) в перианальной области

244. Одним из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода является:

- А) развитие кокцигодии
- Б) озлокачествление хода
- В) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- Г) остеомиелит копчика
- Д) свищи прямой кишки

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) - если правильные ответы 1 и 3;
- В) - если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

245. При остром нагноении эпителиального копчикового хода:

- 1) появляются боли в крестцово-копчиковой области
- 2) повышается температура тела
- 3) в области межягодичной складки появляется болезненный инфильтрат
- 4) из первичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения
- 5) общее состояние больного в первые дни болезни страдает незначительно

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

246. Обязательными методами исследования при остром нагноении эпителиального копчикового хода являются

- 1) рентгенография крестца и копчика
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) абсцессография
- 4) ректороманоскопия
- 5) введение метиленового синего в первичные отверстия хода

247. При выполнении радикальной операции по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода при наличии гнойника целесообразнее всего:

- А) не ушивать рану
- Б) ушить рану наглухо швами по Донати
- В) послойно ушить рану наглухо
- Г) проточное промывание через перфорированный дренаж при глухом шве кожи
- Д) подшить края раны ко дну

248. Если радикальная операция по поводу острого нагноения эпителиального копчикового хода выполняется вторым этапом после ликвидации гнойного процесса, то вмешательство целесообразнее завершить:

- А) послойным ушиванием раны наглухо
- Б) подшиванием краев раны ко дну
- В) ушиванием раны по Донати
- Г) ушиванием раны с оставлением перфорированного дренажа для проточного промывания

249. После иссечения эпителиального копчикового хода рана ушита наглухо швами Донати. На 4 день появилась умеренная инфильтрация краёв раны, лихорадка. Целесообразнее всего:

- А) ревизовать рану, не снимая швов
- Б) швы не снимать, назначить антибиотики, физиотерапию
- В) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы
- Г) сразу снять все швы

250. После операции с подшиванием краёв раны ко дну по поводу эпителиального копчикового хода замедлить заживление раны можно:

- 1) учитывая фазу раневого процесса
- 2) применяя физиотерапию
- В) ежедневным выскабливанием дна раны острой ложкой
- Г) используя водные процедуры
- Д) не допуская инфицирования раны

251. После радикальной операции по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода с подшиванием краёв раны ко дну прошло 6 дней. Рана с серым

налётом, края инфильтрированы. По вечерам у больного субфебрильная температура. Целесообразно:

- А) считать, что это обычное течение раневого процесса, ничего не предпринимать
- Б) не снимая швов, применить ферменты
- В) не снимая швов, назначить антибиотики внутримышечно
- Г) снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором
- Д) снять швы, применить ферменты, мази на водорастворимой основе, тёплые ванны, в последующие дни физиотерапию

252. Острая анальная трещина — это:

- А) воспаление параректальной клетчатки
- Б) дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
- В) криптит
- Г) пектеноз
- Д) дефект анодермы

253. Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

- А) на задней стенке анального канала
- Б) на передней стенке анального канала ,
- В) на 3-х часах по циферблату
- Г) на 9 часах по циферблату
- Д) одинаково часто на задней и передней стенках

254. В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:

- А) ректальным кровотечениям
- Б) затруднённому венозному оттоку
- В) спазму внутреннего сфинктера
- Г) спазму наружного сфинктера
- Д) анальному зуду и мацерации

255. Для острой анальной трещины нехарактерно:

- А) боли в заднем проходе
- Б) спазма сфинктера
- В) скудных выделений крови
- Г) выделений гноя
- Д) появление "стулобоязни"

256. Для острой анальной трещины более характерны боли:

- А) постоянные
- Б) после дефекации
- В) во время дефекации
- Г) до дефекации
- Д) ночные

257. Если у больного, страдающего запорами, появились сильные боли во время дефекации, скудные выделения алой крови логичнее предположить наличие:

- А) геморроя
- Б) свища прямой кишки
- В) рака прямой кишки
- Г) острой анальной трещины
- Д) кокцигодинии

258. Для того, чтобы увидеть острую анальную трещину достаточно:
- А) пальцевого исследования
 - Б) наружного осмотра с разведением перианальных складок
 - В) осмотра с помощью аноскопа
 - Г) осмотра с помощью ректального зеркала
 - Д) осмотра с помощью ректоскопа
259. При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует
- А) обязательно выполнить уже при первичном осмотре
 - Б) отсрочить до купирования болей и эпителизации дефекта
 - В) ректороманоскопия не показана вообще
 - Г) выполнить после дивульсии заднего прохода
 - Д) обязательно выполнить с применением обезболивания
260. Показанием для безотлагательного обследования всей толстой кишки при наличии острой анальной трещины служит:
- А) острое начало заболевания
 - Б) дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
 - В) жалобы на периодический метеоризм
 - Г) пожилой возраст больного
 - Д) выделения крови и слизи из заднего прохода
261. Чаще всего глубокая анальная трещина заставляет исключать:
- А) дивертикулёз толстой кишки
 - Б) неспецифический язвенный колит
 - В) болезнь Крона
 - Г) полипоз толстой кишки
 - Д) внутреннее выпадение прямой кишки
262. Консервативная терапия острой анальной трещины:
- А) даёт положительный эффект у большинства пациентов
 - Б) даёт эффект, если трещина появилась у женщины после родов
 - В) не даёт эффекта никогда
 - Г) эффективна только на 2-3 недели
 - Д) помогает очень редко
263. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:
- А) сразу после установления диагноза
 - Б) через две недели курса консервативной терапии
 - В) через два месяца после начала заболевания
 - Г) только в случае выраженного спазма сфинктера
 - Д) при безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, "сторожевой бугорок"
264. Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять:
- А) ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней
 - Б) свечи со спазмолитиками
 - В) инъекции гидрокортизона "под трещину"
 - Г) лекарственные средства, способствующие заживлению ран
 - Д) лечебные микроклизмы

265. Если консервативное лечение острой анальной трещины не ликвидировало боли, спазм сфинктера, появились признаки перехода острой трещины в хроническую, операцией выбора следует считать:

- А) иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия
- Б) иссечение трещины
- В) иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия
- Г) иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия только при передней трещине, при задней трещине всегда задняя сфинктеротомия
- Д) иссечение трещины, ушивание раны

266. Повреждение стенки прямой кишки в родах:

- А) возникает при разрыве промежности I степени
- Б) возникает при разрыве промежности II степени
- В) возникает при разрыве промежности III степени
- Г) неизбежно при эпизиотомии
- Д) возникает во время перинеотомии

267. В первые часы после травмы прямой кишки обычно не наблюдается:

- А) болей
- Б) кровотечения
- В) выделения кала из раны
- Г) парапроктита
- Д) тенезмов

268. Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется;

- А) парапроктитом
- Б) перитонитом
- В) развитием стриктуры
- Г) недостаточностью анального сфинктера
- Д) кровотечением из параректальной клетчатки

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;**
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;**
- В) — если правильные ответы 2 и 4;**
- Г) — если правильный ответ 4;**
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

269. При проникающем повреждении внебрюшной части прямой кишки выше уровня мышцы, поднимающий задний проход (m. levator ani):

- 1) может развиваться флегмона таза
- 2) может образоваться свищ прямой кишки высокого уровня
- 3) есть опасность развития перитонита
- 4) возможно интенсивное кровотечение из параректальной клетчатки
- 5) возможно развитие стриктуры кишки

270. При повреждении стенки прямой кишки ниже уровня мышцы, поднимающий задний проход (m. levator ani) наиболее вероятное осложнение

- 1) перитонит
- 2) недостаточность анального сфинктера
- 3) флегмона таза
- 4) травматический парапроктит

5) кокцигодия

271. Во время выполнения медицинского аборта произошла перфорация матки и повреждение прямой кишки. Выполнена экстренная лапаротомия, при ревизии обнаружено повреждение внутрибрюшного отдела прямой кишки, рана с неровными краями занимает более половины окружности кишки, в брыжейке кровоизлияния. В этой ситуации целесообразнее всего:

- 1) иссечь неровные края раны, ушить стенку кишки, дренировать брюшную полость
- 2) выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз
- 3) выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз, сформировать для его защиты проксимальную колостому
- 4) ушить стенку кишки в поперечном направлении и наложить сигмостому
- 5) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана

272 Показанием для операции, наложения колостомы при травматическом повреждении прямой кишки является:

- 1) ранение внутрибрюшного отдела прямой кишки
- 2) ранение внебрюшной части кишки выше уровня леватора заднего прохода
- 3) повреждение наружного сфинктера на протяжении более 1 см
- 4) сочетанное повреждение прямой кишки, костей таза и мочевыводящих путей
- 5) любое проникающее ранение прямой кишки в сочетании с обширным повреждением промежности

273 Для отключения повреждённой прямой кишки при травме лучше всего

- 1) сформировать илеостому — можно ожидать меньше осложнений при её ликвидации
- 2) наложить цекостому
- 3) наложить трансверзостому
- 4) сформировать сигмостому
- 5) уровень наложения стомы не имеет значения

274 При травме прямой кишки предпочтительна операция:

- 1) пристеночная колостома
- 2) двухствольная "столбиком" с пересечением задней стенки
- 3) одноствольная с ушиванием отводящего колена
- 4) двухствольная плоская
- 5) вид стомы не имеет значения

275 Повреждена внебрюшная часть прямой кишки выше m. Levator ani, не исключена вероятность повреждения и внутрибрюшного отдела кишки. Необходима ревизия органов брюшной полости и наложение колостомы. Лучше всего:

- 1) косым переменным разрезом слева войти в брюшную полость, после ревизии в разрез вывести сигмовидную кишку, сформировать сигмостому
- 2) выполнить нижнюю срединную лапаротомию, после ревизии вывести сигмовидную кишку в виде стомы в нижний угол раны
- 3) доступ не имеет значения
- 4) выполнить срединную лапаротомию, после ревизии и установления объёма вмешательства вывести петлю сигмовидной кишки для формирования колостомы в отдельный разрез, срединную рану ушить наглухо

5) применить для ревизии и наложения колостомы лапароскопическую технику

276 При травме заднего прохода глубокая порция наружного сфинктера:

- 1) повреждается всегда
- 2) никогда не повреждается
- 3) повреждается только при нанесении повреждения со стороны параректального клетчаточного пространства
- 4) повреждается при полном разрыве промежности
- 5) повреждается только при травме по задней полуокружности

277 В больницу доставлен пострадавший в автомобильной катастрофе. Жалуется на боли внизу живота, на выделение крови из заднего прохода. С целью установления диагноза ему немедленно следует предпринять:

- 1) осмотр промежности
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) рентгенографию костей таза
- 4) обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости
- 5) при необходимости эндоскопическое исследование кишки

Выбрать один правильный и наиболее полный ответ

278. Рентгенологическое исследование костей таза следует обязательно произвести при:

- А) малейших признаках повреждения прямой кишки
- Б) разрыве промежности в родах
- В) повреждении анального канала
- Г) обширном повреждении промежности
- Д) наличии сукровичных выделений после удаления из прямой кишки инородного тела

279. У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения большого количества крови из заднего прохода. Заподозрено повреждение кишечной стенки на высоте 5-6 см. Для определения глубины повреждения стенки прямой кишки следует выполнить

- А) пальцевое исследование
- Б) только ректороманоскопию
- В) обзорную рентгенографию брюшной полости
- Г) пальцевое исследование и проктографию с контрастной клизмой
- Д) пальцевое исследование, ректоскопию, в зависимости от ситуации дополнительно применить другие методы

280. Во время родов произошёл разрыв промежности. Для установления степени повреждения и состояния стенки прямой кишки необходимо в срочном порядке провести

- А) осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки
- Б) осмотр промежности, влагалищное исследование
- В) влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию
- Г) осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища, шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки
- Д) осмотр промежности с оценкой глубины раны, пальцевое исследование влагалища и прямой кишки, ректороманоскопию, сфинктерометрию

281. При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно в срочном порядке выполнить

- А) наложить колостому для отключения прямой кишки
- Б) провести первичную хирургическую обработку раны с ушиванием сфинктера, при повреждении сфинктера более чем на 1/3 окружности наложить колостому
- В) провести первичную хирургическую обработку раны, послойно ушить наглухо внутренний сфинктер, наружный сфинктер, клетчатку
- Г) провести первичную хирургическую обработку раны без её ушивания
- Д) ушить рану, назначить антибиотики

282. После получения травмы анального канала прошло около 2 суток. Имеется повреждение наружного жома по левой боковой стенке (от 1 до 5 часов по циферблату). Края раны отёчны, обрывки мышц тёмные, рана с серым налётом. Больному необходимо

- А) произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер
- Б) промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому
- В) провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса
- Г) после хирургической обработки раны без её ушивания назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем
- Д) промыть рану, назначить антибиотики

283. В результате обследования установлено, что рана прямой кишки располагается ниже тазовой брюшины, но выше мышц поднимающих задний проход (m. levator ani), слизистая повреждена на участке 3х4 см, на дне раны видна мышечная ткань. В этом случае целесообразнее всего:

- А) избегать введения в кишку каких-либо антисептиков, назначить пристальное динамическое наблюдение за больным
- Б) задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, установить наблюдение, При распространении воспаления на параректальную клетчатку дренировать её, установить проточное орошение
- В) задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с анти септиками, при появлении воспаления в параректальной клетчатке 'наложить колостому, дренировать параректальную клетчатку
- Г) сразу наложить колостому Д) сразу наложить илеостому

284. Произошло внебрюшинное повреждение всех слоев стенки прямой кишки выше мышц поднимающих задний проход (леваторов). Со времени травмы прошло 2 часа. Рана прямой кишки более 2 см в диаметре, но поступления кишечного содержимого нет. Раначистая, края не инфильтрованы. Целесообразнее всего

- А) со стороны промежности произвести хирургическую обработку 'раны и послойно ушить двумя рядами швов стенку кишки, параректальную клетчатку, кожу. Медикаментозными средствами задержать стул на 5-6 дней
- Б) произвести хирургическую обработку раны, ушить стенку киш-; ки, дренировать параректальную клетчатку, задержать стул
- В) без хирургической обработки раны наложить сигмостому
- Г) после хирургической обработки раны без ушивания стенки кишки наложить сигмостому
- Д) после хирургической обработки раны без ушивания ее нало-жить илеостому

285. В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному в срочном порядке необходимо произвести

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны — санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию
- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки
- В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана
- Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману
- Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой

286. Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, рана около 3 см в диаметре, края её ровные. Нужно выполнить:

- А) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана
- Б) наложить два ряда швов на стенку кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку
- В) наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому
- Г) сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза
- Д) сделать сегментарную резекцию прямой кишки

287. Молодой женщине во время медицинского аборта перфорировали матку. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках. В такой ситуации необходимо выполнить

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки

288. Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этой ситуации подготовка кишечника должна включать

- А) обязательную постановку очистительных клизм
- Б) солевое слабительное
- В) лаваж
- Г) клизмы и промывания противопоказаны
- Д) касторовое масло внутрь

289. При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной промежностной раны назначение антибактериальной терапии обязательно

- А) в любом случае
- Б) если с момента травмы прошло более 6 часов
- В) если много некротизированных тканей
- Г) если есть загрязнение раны кишечным содержимым
- Д) если не наложена колостома выше места повреждения

290. Для избежания инфицирования раны промежности при травме и повреждении прямой кишки наиболее эффективно

- А) назначение средств, задерживающих стул — имодиум, норсульфазол, левомецитин
- Б) применение настойки опия
- В) назначение кодеина
- Г) наложение колостомы
- Д) наложение илеостомы

291. Во время операции «надвлагалищной ампутации матки» по поводу перфорации матки произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Выполнено ушивание стенок мочевого пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки. В нижних отделах брюшной полости: выпот, наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

- А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции
- Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения
- В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости
- Г) наложение колостомы и эпицистостомы .
- Д) наложение илеостомы

292. Самое частое осложнение внебрюшинного ранения прямой кишки

- А) недостаточность анального сфинктера
- Б) перитонит
- В) нагноение параректальной клетчатки
- Г) кровотечение из вен крестцового сплетения
- Д) стриктура прямой кишки

293. Произведена хирургическая обработка раны нижеампулярного отдела прямой кишки, анального канала и промежности. На стенку прямой кишки и волокна сфинктера заднего прохода наложены узловатые кетгутовые швы. Рана нагноилась, отмечается недержание газов и кала. В этом случае целесообразнее всего

- А) срочно наложить колостому
- Б) ежедневно ставить высокие очистительные клизмы, дать препараты, задерживающие стул, колостому не накладывать ни в коем случае
- В) в течение нескольких дней ставить высокие клизмы, задержать стул, при положительной динамике (очищение раны, тенденция к заживлению) наложить колостому для сохранения функции сфинктера
- Г) при отсутствии положительной динамики от высоких клизм и задержки стула наложить колостому • Д) наложить илеостому

294. Для профилактики воспалительных осложнений при травме прямой и толстой кишки назначение антибиотиков

- А) обязательно
- Б) необязательно
- В) целесообразно лишь при сильном загрязнении раны
- Г) целесообразно при обработке раны в поздние сроки после травмы
- Д) необходимо только при сочетанных повреждениях

295. При выделении большого количества крови из заднего прохода, появившемся у больного внезапно, лучше всего руководствоваться принципом:

- А) толстокишечное кровотечение менее опасно, чем гастродуоденальное
- Б) толстокишечные кровотечения никогда не бывают опасны для жизни
- В) источником толстокишечного кровотечения, как правило, являются геморроидальные узлы
- Г) по цвету крови и наличию сгустков всегда можно судить, в каком отделе толстой кишки находится источник кровотечения
- Д) толстокишечное кровотечение всегда является поводом для быстрого и целенаправленного обследования всего желудочно-кишечного тракта и проведения комплекса мер для остановки кровотечения

296. При проведении колоноскопии по поводу кишечного кровотечения труднее всего диагностировать:

- А) рак толстой кишки
- Б) дивертикулёз толстой кишки
- В) неспецифический язвенный колит
- Г) приобретённую ангиодисплазию

297. При проведении ирригоскопии по поводу кишечного кровотечения труднее всего диагностировать:

- А) дивертикулёз толстой кишки
- Б) рак толстой кишки
- В) неспецифический язвенный колит
- Г) приобретённую ангиодисплазию

298. Ирригоскопия при кишечном кровотечении применяется с лечебной и диагностической целью при:

- А) опухолях толстой кишки
- Б) неспецифическом язвенном колите
- В) дивертикулёзе толстой кишки
- Г) врождённой ангиодисплазии
- Д) болезни Крона

299. Когда должны проводиться эндоскопические исследования нижних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с подозрением или установленным диагнозом COVID-19?

- А) Если вмешательство сочтено абсолютно необходимым в связи с непосредственной угрозой жизни пациента, либо если оттягивание момента выполнения процедуры значительно повлияет на прогноз у конкретного пациента,
- Б) Может проводиться без ограничений,
- В) При кишечном кровотечении,
- Г) При язвенном колите.

300. Абсолютными противопоказаниями к проведению колоноскопии у больного с политравмой являются:

- А) гнойный перитонит;
- Б) острый инфаркт-миокарда;
- В) состояние шока, когда артериальное давление падает ниже отметки 70 мм рт.ст.;

- Г) перфорация толстой кишки,
Д) Все выше перечисленное.

Заболевания прямой кишки и анального канала

01.-В	22.-А	43.-Д	64.-Г	85. Б	106.-Г
02.-Б	23.-Г	44.-А	65.-Д	86. А	107.-Г
03.-В	24.-Г	45.-Б	66.-Г	87.-В	108.-А
04.-Г	25.-Г	46.-Д	67.-Г	88.-Д	109.-В
05.-Г	26.-А	47.-В	68.-Г	89.-Д	110.-Г
06.-АБВ	27.-Б	48.-Б	69.-Б	90.-Д	111.-А
07.-В	28.-Б	49.-Г	70.-Г	91.-А	112.-Г
08.-А	29.-Б	50.-Д	71.-Г	92.-Г	113.-Г
09.-Д	30.-В	51.-Д	72.-Г	93.-Д	114.-Г
10.-Г	31.-В	52.-Г	73.-Г	94.-А	
11.-Б	32.-Д	53.-Г	74.-А	95.-А	
12.-Д	33.-А	54.-Г	75.-В	96.-А	
13.-Д	34.-Д	55.-А	76.-А	97.-Г	
14.-В	35.-А	56.-Г	77.-В	98.-А	
15.-В	36.-А	57.-Г	78.-Б	99.-В	
16.-Б	37.-Г	58.-Д	79.-Г	100.-Б	
17.-А	38.-А	59.-Д	80.-Д	101.-А	
18.-А	39.-Г	60.-Д	81.-Г	102.-Г	
19.-В	40.-Д	61.-Б	82.-Б	103.-Б	
20.-Г	41.-Г	62.-Г	83.-Д	104.-Г	
21.-Г	42.-В	63.-Г	84.-Б	105.-В	

Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки

115.-Д	134.-Д	153.-Д
116.-А	135.-Б	154.-Г
117.-А	136.-Д	155.-В
118.-Д	137.-Д	156.-А
119.-В	138.-В	157.-Д
120.-А	139.-В	158.-А
121.-А	140.-Д	159.-Д
122.-В	141.-Д	160.-Г
123.-В	142.-Д	161.-Г
124.-В	143.-В	162.-Д
125.-А	144.-Б	163.-Д
126.-Г	145.-Г	164.-А
127.-Г	146.-Г	165.-Б
128.-Б	147.-В	166.-А
129.-Д	148.-Д	167.-Д
130.-В	149.-В	168.-В
131.-В	150.-В	169.-Г
132.-Д	151.-Д	170.-Г
133.-Д	152.-А	171.-Г

Неотложная колопроктология

172.-Б	179.-А	186.-В	193.-Д
173.-Д	180.-Г	187.-В	194.-А
174.-Г	181.-Г	188.-Г	195.-В
175.-Г	182.-Б	189.-Д	196.-В
176.-А	183.-В	190.-Д	197.-В
177.-Г	184.-Б	191.-Б	198.-В
178.-Д	185.-Б	192.-Г	199.-Г

200.-Б	217.-В	232.-Б	249.-В	264.-В	281.-Б	296.-Г
201.-Д	218.-Д	233.-Д	250.-В	265.-Б	282.-Б	297.-Г
202.-Д	219.-В	234.-В	251.-Д	266.-В	283.-В	298.-В
203.-Г	220.-Д	235.-Д	252.-Д	267.-Г	284.-Г	299.-А
204.-Г	221.-А	236.-Д	253.-А	268.-Б	285.-А	300.-Д
205.-Г	222.-Г	237.-В	254.-В	269.-Д	286.-Б	
206.-Г	223.-Г	238.-В	255.-Г	270.-В	287.-А	
207.-А	224.-Г	239.-Г	256.-В	271.-Г	288.-Г	
208.-Б	225.-Г	240.-В	257.-Г	272.-Д	289.-А	
209.-Б	226.-В	241.-Г	258.-Б	273.-Г	290.-Г	
210.-А	227.-А	242.-Д	259.-Б	274.-Г	291.-Б	
211.-Г	228.-Д	243.-Г	260.-Д	275.-Г	292.-В	
212.-Г	229.-Д	244.-В	261.-В	276.-Г	293.-А	
213.-Г	230.-А	245.-Д	262.-А	277.-Д	294.-А	
214.-Г	231.-Г	246.-Б	263.-Д	278.-Г	295.-Д	
215.-А		247.-А		279.-Д		
216.-А		248.-Б		280.-Г		

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Собеседование:

1. Геморрой. Малоинвазивные методы лечения.
2. Ректовагинальные свищи. Хирургическая тактика.
3. Рак ободочной кишки. Послеоперационная химиотерапия.
4. Болезнь Крона. Эпидемиология, этиология, патогенез.
5. Трансфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
6. Пресакральные кисты. Классификация. Особенности клинических проявлений.

Хирургическое лечение.

7. Рак анального канала. Лечебная тактика.
8. Дивертикулярная болезнь. Острый дивертикулит. Диагностика. Консервативное лечение.
9. Экстрасфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
10. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез. Классификация.
11. Лечебная тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии.
12. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
13. Анальная трещина. Патогенез. Выбор способа лечения.
14. Ректоцеле. Диагностические критерии.
15. Метастазы рака прямой кишки в печень. Классификация. Варианты лечебной тактики.
16. Дивертикулярная болезнь. Мочепузырно-кишечный свищ. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
17. Трещина анального канала - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
18. Острый парапроктит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
19. Параректальные свищи (свищи прямой кишки) - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
20. Ректовагинальные свищи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
21. Эпителиальный копчиковый ход - этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
22. Криптит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
23. Кондиломы анального канала и перианальной кожи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
24. Выпадение прямой кишки - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
25. Ректоцеле - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
26. Недостаточность анального сфинктера - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
27. Классификация опухоли ободочной кишки. Опухоли прямой кишки. Классификация по стадиям. Классификация Dukes C.E.
28. TNM - классификация злокачественных опухолей (ободочная кишка и прямая кишка).
29. TNM - классификация рака анального канала и перианальной кожи
30. Хирургическое лечение рака ободочной кишки. Виды операций.
31. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Виды операций. Границы резекции. Лимфодиссекция.
32. Лучевая терапия рака прямой кишки
33. Системная химиотерапия при колоректальном раке.
34. Рак анального канала. Редкие опухоли анального канала. Опухоли перианальной кожи
35. Анатомо - физиологические сведения о прямой кишке
36. Анатомо - физиологические сведения об ободочной кишке
37. Кровоснабжение ободочной кишки. Риоланова дуга
38. Кровоснабжение прямой кишки
39. Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности
40. Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки. Этиология,

патогенез, клиника, классификация, лечение.

41. Семейный аденоматоз толстой кишки - этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение
42. Полипозные синдромы. Десмоидные опухоли. Ювенильный полипоз.
43. Неэпителиальные опухоли.
44. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки
45. Болезнь Гиршпрунга у взрослых
46. Параректальные тератоидные кисты
47. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
48. Болезнь Крона. Клиника. Осложнения. Хирургическое лечение.
49. Дифференциальный диагноз болезни Крона и ЯК
50. Кишечные стомы. Виды кишечных стом. Виды операций с формированием кишечных стом.
51. Осложнения кишечных стом.
52. Операции ликвидации кишечных стом
53. Колит отключенной кишки
54. Общие принципы ухода за кишечными стомами.
55. Консервативное лечение перистомальных осложнений
56. Принципы работы колопроктологического кабинета
57. Особенности амбулаторного лечения колопроктологических пациентов
58. Принципы ведения больных с кишечной непроходимостью
59. Тактика при кишечном кровотечении
60. Особенности ведения пациентов с отрым аэробным и анаэробным парапроктитами
61. Особенности ведения пациентов с травмами и повреждениями толстой кишки
62. Долихоколон. Особенности ведения пациентов. Современные направления первичной и вторичной профилактики рака
63. Тактика врача общей практики при подозрении на злокачественную опухоль толстой кишки
64. Реальные возможности совершенствования диагностики злокачественных новообразований толстой кишки
65. Значение молекулярно-генетических методов исследования в онкологии
66. История развития хирургического метода лечения злокачественных опухолей прямой и ободочной кишки
67. Современные технологии в лучевой терапии новообразований прямой и ободочной кишки, возможности интервенционной радиологии
68. Перспективные лекарственные методы лечения злокачественных опухолей
69. Применение биотерапии в лечении злокачественных опухолей толстой и прямой кишки
70. Состояние проблемы комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований толстой и прямой кишки
71. Паллиативная помощь больным с распространенными формами злокачественных опухолей толстой и прямой кишки. Роль хосписов
72. Тактика при остром гнойном переднем интрасфинктерном парапроктите у женщины
73. Выбор антибактериальной терапии при остром гнойном парапроктите
74. Осложнения антибактериальной терапии в колопроктологии
75. Флегмоны промежности
76. Сочетанные ранения промежности и ранения брюшной полости
77. Особенности исследования нижних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с политравмой.
78. Исследование желудочно-кишечного тракта у пациентов с подозрением и установленным диагнозом COVID-19.

79. Объем экстренной и плановой колопроктологической помощи в поликлинике.
80. Операции по поводу недостаточности анального сфинктера. Показания и противопоказания. Особенности послеоперационного периода.
81. Перспективы развития колопроктологической службы. Врачебная тайна.
82. Остроконечные кондиломы перианальной области. Визуальные отличительные признаки от сифилитических кондилом. Тактика лечения.
83. Особенности клиники и течения острого анаэробного парапроктита. Диагностика и особенности оперативного лечения.
84. Дивертикулярная болезнь толстой кишки, осложненная толстокишечными свищами. Виды, варианты локализации, диагностика, лечение.
85. Сфинктеропластика, сфинктеролеваторопластика, сфинктероглютеопластика. Этапы операций.
86. Околопрямокишечные тератоидные образования. Классификация. Показания, виды и техника оперативных вмешательств.
 87. Энтероцеле. Виды, классификация, виды хирургической коррекции
 88. Проктальгия, кокцигодия. Причины, диагностика, лечение.
 89. Синдром обструктивной дефекации. Классификация. Диагностика. Лечение
 90. Сочетанные проблемы тазового дна у женщин и мужчин

3.ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

ЗАДАЧА 1.

У больного 43 лет при ректороманоскопии обнаружен полип на ножке размерами 2х3 см в ректосигмоидном отделе толстой кишки.

1. Какова должна быть лечебная тактика?
2. Необходимо ли выполнение биопсии?
3. Как зависит лечебная тактика от результатов биопсии?

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Температура – 37,5 о, пульс – 110 в 1 минуту.

1. О каком послеоперационном осложнении идет речь?
2. Предложите оптимальный план лечения.

ЗАДАЧА 3.

В течение нескольких лет больной 60 лет страдает запорами. Последний месяц стал отмечать появление сильных болей в прямой кишке после акта дефекации. Периодически отмечает незначительную примесь крови в кале.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Какова тактика лечения в зависимости от результатов обследования?

ЗАДАЧА 4.

Больной 47 лет поступил в клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой (до 39,00). При осмотре – слева от ануса имеется покраснение, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 5.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на выпадение прямой кишки во время кашля, чихания, натуживания. Самостоятельно кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиной до 6-7 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 6.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель.

Наиболее вероятная причина анемии у пациентки:

- А) миома матки;
- Б) кровоточащий геморрой;
- В) полип желудка;
- Г) синдром раздраженной толстой кишки
- Д) злокачественная опухоль прямой кишки.

ЗАДАЧА 7.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия средней степени с падением гемоглобина до 72 г/л., полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Этой пациентке целесообразно:

- А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами;
- Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов;
- В) направить под наблюдение гинеколога;

- Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя;
- Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении.

ЗАДАЧА 8

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной 37 повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - А) острый геморрой;
 - Б) передний свищ прямой кишки;
 - В) ректовагинальный свищ;
 - Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ.
2. Дополнительное обследование?
3. Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 9

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 10.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия.

В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс
- Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 11.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащий геморрой с выпадением узлов.

Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/ л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии;
- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;
- Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 12.

При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3.

Ваша тактика:

- А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать;
- Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать;
- В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке;
- Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой;
- Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния.

ЗАДАЧА 13.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия.

В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс;
- Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 14

После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны.

Больному необходимо:

- А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;
- Б) снять сразу все швы;
- В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;
- Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы;
- Д) провести курс гипербарической оксигенации.

ЗАДАЧА 15.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является:

Наиболее вероятная причина рецидива воспалительного процесса:

- А) оставление первичного отверстия;
- Б) несоблюдение гигиенических мероприятий;
- В) употребление острой пищи, солений, алкоголя;
- Г) глухой шов раны после иссечения хода;
- Д) применение дренажа.

ЗАДАЧА 16.

У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за

огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевого катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено.

Гемодинамика стабильная.

Вмешательство целесообразнее всего закончить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Д) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы.

ЗАДАЧА 17.

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы;
- Д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

ЗАДАЧА 18.

Молодая женщина во время медицинского аборта получила перфорацию матки. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках.

В такой ситуации необходимо выполнить:

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана;
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 19.

Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

- А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения
- Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения;

- В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого
- Г) наложение колостомы и эпицистостомы;
- Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 20.

В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести:

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию;
- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки;
- В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана;
- Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману;
- Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой.

ЗАДАЧА 21

Больную 67 лет. беспокоят боли в животе, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе и неустойчивым стулом. Отмечает чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы беспокоят в течение шести месяцев. За последние несколько дней ощутила слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудение. Температура – 37,2°С.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.

ЗАДАЧА 22

Больной 50 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета. Внешние признаки - кожа бледная, живот мягкий и безболезненный при поверхностной пальпации, в правом подреберье определяется опухолевидное образование 7х10 см, умеренно болезненное. Симптомов раздражения брюшины не наблюдается.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
4. Определите тактику лечения больного с предполагаемым объемом операции.

ЗАДАЧА 23

У мужчины 30 лет стул более 9 раз в сутки с примесью крови и слизи, боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении и

инфекционных заболеваний не обнаружено. Анамнез: кровь в кале в течение 3 мес., к врачу не обращался. При осмотре кожные покровы бледные. Рост 175 см, вес 58 кг. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Анализ крови: эр. 3,2 x 10¹²; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейкоц.7,0 x 10⁹. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный. ФГДС: Желудок: слизистая зернистая, складки, свободно расправляются воздухом, содержимое с примесью желчи. При колоноскопии слизистая нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

- 1.Ведущий синдром?
- 2.Дифференциальный диагноз?
- 3.Методы дополнительного обследования?
- 4.Лечение?

ЗАДАЧА 24

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 ударов в минуту и боль при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. Анализ крови следующие: гемоглобин 90 и выше, лейкоциты 10,8, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии выявлена сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. Толстая кишка спазмирована, имеется контактная кровоточивость, осмотр затруднён.

- 1.Ведущий синдром?
- 2.Дифференциальный диагноз?
- 3.Методы дополнительного обследования?
- 4.Лечение?

ЗАДАЧА 25.

Больной 48 лет поступил в городскую клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой тела (до 39,0). При осмотре – слева от ануса имеется небольшое покраснение перианальной области, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 26.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на болезненность и выпадение прямой кишки во время кашля, чихания и натуживания. Самостоятельно прямая кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиной до 7-8 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 27.

Девушка 20 лет жаловалась на выделение крови при дефекациях. Болезнь длится в течение 10 дней. При осмотре прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана

0,5 на 1 см с вялыми грануляциями, при контакте кровоточит, безболезненная.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Оперативное лечение?
4. Консервативная терапия?
5. Профилактика?

ЗАДАЧА 28.

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на обильное выделение крови при дефекации и боль в течение 30 минут после стула. Выше описанные жалобы беспокоят в течение 10 дней. При пальцевом исследовании в области переходной линии большая плоская рана 0,5 на 1 см, перифокальная гиперемия и отек, при контакте интенсивно кровоточит, резко болезненная.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Консервативная терапия?
4. Виды сфинктеротомий?
5. Профилактика заболевания?

ЗАДАЧА 29.

Больной 38 лет, поступил в колопроктологическое отделение с жалобами на обильные регулярные кровотечения алой кровью при каждой дефекации. Болеет 12 лет, успешно лечился ректальными свечами и соблюдал диету, в последние месяцы кровотечение возобновилось. Выяснилось, что с изменением места жительства, режима, диеты появились запоры, стул только после слабительных средств. К кровотечению присоединились боли. При обследовании Нв 64 г/л. Эритроцитов 2,8 мкл.

1. Ваш диагноз.
2. Факторы, способствующие осложнениям.
3. Тактика в данном случае.

ЗАДАЧА 30.

Больная 33 лет, обратилась в поликлинику к проктологу, по поводу кровотечений из заднего прохода во время стула, общего недомогания. В течение полугода проходила лечение в стационаре с диагнозом геморрой. Был назначен курс лечения: ванночки с лекарственными препаратами, свечи, слабительные средства. Не выполнялось ни одного пальцевого исследования прямой кишки. Не менее чем через 3 месяца после начала заболевания появились боли в пояснице, и больная была направлена на осмотр невропатолога. Назначены тепловые процедуры. Сейчас состояние ухудшилось, направлена к проктологу. При первичном ректальном осмотре имеются внутренние и наружные геморроидальные узлы, контактное кровотечение, в нижней части прямой кишки обнаружено плотное образование, малоподвижное не ровное, безболезненное.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие были допущены ошибки на этапах лечения?
4. Тактика хирурга стационара.