

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный
центр Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ» БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.55 КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №. 2
от 27 января 2020 г.)

Составитель:
д.м.н. А.А. Захарченко

Красноярск
2020

Контролируемая специальность	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Колопроктология	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	тестовые задания	422
	УК-1 УК- 2 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	контрольные вопросы	44
	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Ситуационные задачи	15

Перечень контрольных вопросов для собеседования

- 1.Анатомия, нормальная и патологическая физиология ободочной и прямой кишок.
- 2.Анатомия промежности и тазового дна. Хирургическая анатомия ободочной и прямой кишок, малого таза и промежности
- 3.Функция сфинктеров заднего прохода.
- 4.Организация колопроктологической помощи на амбулаторном и стационарном этапе. Особенности колопроктологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста. Диспансеризация колопроктологических больных.
- 5.Диагностика колопроктологических заболеваний. Основные методы диагностики (пальцевое исследование, аноскопия, осмотр с помощью ректального зеркала, зондирование, биопсия, ректороманоскопия, колоноскопия и ирригоскопия).
- 6.Диагностика колопроктологических заболеваний. Дополнительные методы диагностики (сфинктерометрия, фистулография, УЗИ, МСКТ, МРТ, исследование пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту)
- 7.Геморрой. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика, классификация, диагностика. Осложнения геморроя. Консервативное и хирургическое лечение. Малоинвазивные методики лечения
- 8.Анальная трещина. Этиология, клиническая симптоматика острой и хронической форм, классификация, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение
- 9.Криптит. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика, диагностика, осложнения. Лечение. Прогноз

10. Папиллит. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
11. Парапроктит. Парапроктит острый. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика. Классификация острого парапроктита. Осложнения. Диагностика. Лечение острого парапроктита. Особенности диагностики и лечения анаэробного парапроктита.
12. Парапроктит хронический (свищи прямой кишки). Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Классификация свищей прямой кишки. Хирургическое лечение свищей прямой кишки. Результаты хирургического лечения
13. Эпителиальный копчиковый ход. Этиология, клиническая симптоматика, диагностика. Лечение
14. Анокопчиковый болевой синдром. Этиология, клиническая симптоматика. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
15. Недостаточность анального сфинктера. Этиология, клиническая симптоматика, классификация, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Прогноз
16. Заболевания перианальной кожи. Перианальные сосочки. Перианальные кондиломы. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Анальный зуд. Этиология, патогенез, патологическая анатомия Клиника, диагностика, лечение
18. Ректоцеле. Этиология и патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение
19. Ректовагинальные свищи. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение
20. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение больных с внутренним выпадением (инвагинацией).
21. Лечение наружного выпадения прямой кишки. Операции на выпавшей части прямой кишки. Пластика анального канала и тазового дна. Внутрибрюшные резекции толстой кишки. Фиксирующие операции. Комбинированные операции
22. Повреждения ободочной кишки. Ранения ободочной кишки в мирное время. Объем диагностических мероприятий. Хирургическая тактика.
23. Повреждения прямой кишки. Механические повреждения прямой кишки. Ожоги прямой кишки. Диагностика повреждений прямой кишки. Колиты.
24. Язвенный колит. Этиология, патогенез. Клиническое течение язвенного колита. Критерии тяжести язвенного колита. Осложнения язвенного колита.

Диагностика язвенного колита. Дифференциальная диагностика. Консервативное и хирургическое лечение язвенного колита.

25.Болезнь Крона. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация, клиническая симптоматика. Общие симптомы, местные симптомы. Осложнения. Кишечные кровотечения. Инфильтраты и абсцессы брюшной полости.

26.Кишечная непроходимость. Токсическая дилатация. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Лечение осложнений. Показания к хирургическому лечению. Виды операций.

27.Ишемический колит. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение обратимой и необратимой форм заболевания

28.Синдром раздраженной толстой кишки. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика, диагностика, лечение

29.Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика осложнённой и неосложнённой форм, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение

30.Полипы и полипозные синдромы. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных одиночными полипами, множественными полипами. Лечение больных ворсинчатыми аденомами.

31. Семейный аденоматоз толстой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Прогноз.

32. Полипозные синдромы: Гарднера синдром, Олфилда синдром, Тюрко синдром, Золингера-Эллисона синдром, Пейтца-Егерса синдром, Кронкайт - Канада синдром, Линча синдром. Ювенильный полипоз.

33.Рак толстой кишки. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика. Классификация. Осложнения. Диагностика. Алгоритм диагностических мероприятий. Общие принципы хирургического лечения рака толстой кишки.

34.Рак анального канала. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика, диагностика, лечение (хирургическое , комбинированное)

35.Неэпителиальные опухоли толстой кишки. Гладкомышечные опухоли. Патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

36.Карциноид. Патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, лечение. Мезенхимомы параректальной клетчатки. Патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, лечение.

37.Злокачественная лимфома. Патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, лечение

- 38.Эндометриоз толстой кишки. Патогенез, патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
- 39.Аноректальные пороки развития у взрослых. Эмбриопатогенез аноректальной зоны. Патологическая анатомия, классификация, клиническая симптоматика, диагностика, лечение
- 40.Болезнь Гиршпрунга. Патогенез, патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
- 41.Аномалии развития ободочной кишки. Эмбриональное развитие толстой кишки. Классификация. Ротационные аномалии. Нарушение фиксации.
- 42.Редкие аномалии. Клиническая симптоматика, диагностика, лечение, прогноз
- 43.Ангиодисплазии. Классификация, этиология, патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение врождённой, приобретённой и наследственной форм заболевания
- 44.Тератомы параректальной клетчатки. Классификация, этиология, патологическая анатомия, клиническая симптоматика, диагностика, лечение

Перечень тестовых заданий с эталонами ответов

1. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:

- +а) областных и городских многопрофильных больницах
- б) больницах скорой помощи
- в) участковых больницах
- г) реабилитационных центрах
- д) во всех перечисленных лечебно-профилактических учреждениях

2. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет

- а) от 20 до 30 коек
- б) от 30 до 40 коек
- +в) от 40 до 60 коек
- г) от 60 до 80 коек
- д) свыше 80 коек

3. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники

- а) 1 ставка на 50 тысяч взрослого населения
- +б) 1 ставка на 100 тысяч взрослого населения
- в) 1 ставка на 150 тысяч взрослого населения
- г) 1 ставка на 175 тысяч взрослого населения
- д) 1 ставка на 200 тысяч взрослого населения

4. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами:

- +а) геморроем
- б) семейным аденоматозом толстой кишки
- в) неспецифическим язвенным колитом
- г) полипами толстой кишки

д) ворсинчатыми опухольями толстой кишки

5. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи: 1) специализированной стационарной 2) диагностической 3) лечебной 4) консультативно-методической хирургам ЦРБ 5) по линии санитарной авиации

- 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

Раздел 2.

6. Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии

- +а) справа
- б) слева
- в) спереди от артерии
- г) позади артерии
- д) огибает артерию в виде кольца

7. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1) привратник, 2) баугиниева заслонка, 3) наружный сфинктер заднего прохода, 4) внутренний сфинктер заднего прохода, 5) сфинктер Гирша

- +а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

8. Через подгрушевидное отверстие таза выходят: 1) срамной нерв, 2) внутренняя срамная артерия, 3) нижний ягодичный нерв и одноименная артерия, 4) седалищный нерв, 5) подкожная ветвь заднего бедренного нерва и одноименная артерия

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

9. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется:

- а) на латеральную поверхность бедра
- +б) на внутреннюю поверхность бедра
- в) под малую ягодичную мышцу
- г) под большую ягодичную мышцу
- д) под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра

10. Срамной нерв происходит

- а) из поясничного сплетения
- б) непосредственно из крестцового сплетения

- в) из подчревного сплетения
- г) из нижнего брыжеечного сплетения
- +д) из сплетения, образованного 2,3 и 4 крестцовыми нервами

11. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

- а) запирающего нерва
- +б) срамного нерва
- в) тазового нерва
- г) бедренного нерва
- д) промежностного нерва

12. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет:

- а) копчиковая мышца
- б) подвздошно-копчиковая мышца
- +в) лонно-прямокишечная мышца
- г) ано-копчиковая связка
- д) все перечисленные

13. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется

- а) межмышечным пространством
- б) пельвиоректальным пространством
- в) подкожным клетчаточным пространством
- +г) ишиоректальным пространством
- д) ретро ректальным пространством

14. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1) боковые клетчаточные пространства таза, 2) позадипрямокишечное клетчаточное пространство, 3) околослабинную клетчатку у женщин, 4) забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу, 5) околопростатическую клетчатку у мужчин

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

15. В толстой кишке не всасываются: 1) вода и электролиты, 2) спирт, 3) глюкоза и моносахариды, 4) белки, 5) все жирорастворимые витамины

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

16. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует конечная ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1) подвздошная, 2) ободочная, 3) правая ободочная, 4) артерия червеобразного отростка, 5) средняя слепоконечная

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3

- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

17. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

- а) левой и правой ветвей средней ободочной артерии
- +б) левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- в) подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- г) левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
- д) в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии

18. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

19. Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1) восходящая ободочная кишка, 2) правый изгиб ободочной кишки, 3) поперечная ободочная кишка, 4) селезеночный угол, 5) нисходящая ободочная кишка

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Раздел 3.

20. Внутренние геморроидальные узлы располагаются

- а) ниже аноректальной линии
- +б) над аноректальной линией
- в) на уровне межефинктерной борозды
- г) на уровне аноректальной линии
- д) на линии Хилтона

21. Микроскопически геморрой характеризуется

- а) варикозным расширением вен
- +б) гиперплазией кавернозных телец
- в) ангиодисплазией
- г) тромбофлебитом
- д) склерозом гломерульных анастомозов

22. Острая анальная трещина не имеет:

- а) шелевидной формы
- б) гладких ровных краев
- +в) анального (сторожевого) бугорка

- г) мышечной ткани на дне дефекта
- д) фибрина на раневой поверхности

23. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид

- а) округлых плоских бляшек
- +б) разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты

24. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются

- а) округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
- б) поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
- +в) щелевидными язвами, идущими в различных направлениях
- г) слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой "сплошную" язву
- д) на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается

25. Микроскопическая картина болезни Гиришпрунга может характеризоваться: 1) полным отсутствием межмышечного (Ауорбаховского) и под-слизистого (Мейснерова) нервных сплетений, 2) значительным уменьшением числа ганглиев межмышечного сплетения, 3) укрупнением нервных стволов, 4) отсутствием клеток в нервных сплетениях, 5) отсутствием нервных сплетений

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

26. При дивертикулярной болезни: 1) наблюдается гиперэластоз продольного мышечного слоя кишки, 2) дивертикулы образованы не всеми слоями кишечной стенки, 3) дивертикулы локализуются чаще всего в сигмовидной кишке, 4) отмечается утолщение стенки сигмовидной кишки, 5) циркулярные мышцы кишечной стенки разволакиваются

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

27. Каулаальные тератомы характеризуются тем, что: 1) могут быть кистозного строения, 2) могут иметь солидное строение, 3) образования солидного строения не имеют крупных кист, 4) при кистозном строении кисты крупные, 5) кисты могут быть одно- или многокамерными

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

28. При гистологическом исследовании солидных тератом могут быть обнаружены: 1) структуры, характерные для органов дыхания, 2) респираторный эпителий, 3) ткань щитовидной железы, 4) ткань головного мозга, 5) хрящевая ткань

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3

- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

29. Карциноиды толстой кишки характеризуются тем, что: 1) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, 2) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, 3) имеют плотную консистенцию, 4) не озлокачиваются и не метастазируют, 5) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки

- +а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

30. Для эндометриоза характерно: 1) отек и гиперемия слизистой оболочки, 2) синеватые пятна и полосы на слизистой, 3) наличие плотных узлов в стенке кишки, спаянных с окружающими тканями, 4) обязательное увеличение паховых лимфатических узлов, 5) прорастание эндометрием в стенку кишки со стороны её слизистой оболочки

- +а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

31. Для тубулярной аденомы толстой кишки наиболее характерно: 1) резкое увеличение бокаловидных клеток, 2) преобладание процессов альтерации эпителия, 3) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме, 4) преобладание процессов пролиферации эпителия, 5) изъязвление слизистой оболочки, покрывающей аденому

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

32. Дермоидные кисты параректальной клетчатки: 1) имеют тонкую соединительнотканную оболочку, 2) выстилка их состоит из многослойного плоского эпителия, 3) эпителий содержит придатки кожи, 4) в содержимом кист встречаются волосы, 5) в выстилке кисты обнаруживаются сальные железы

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Раздел 4.

33. Выделение "алой" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для

- +а) геморроя
- б) раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- в) раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
- г) злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- д) синдрома раздражённой толстой кишки

34. При раке прямой кишки одним из первых клинических проявлений бывает, как правило,

- а) боль в крестце
- +б) выделение крови при дефекации
- в) общая слабость
- г) кишечная непроходимость
- д) анемия

35. Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило "циферблата часов". При этом аноскопическая область соответствует

- +а) всегда 6-ти часам по циферблату
- б) 6-ти часам только при положении пациента на спине
- в) 6-ти часам только в положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- г) 9-ти часам при положении пациента на левом боку
- д) 9-ти часам при положении пациента на правом боку

36. Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются 1) ориентировочная оценка состояния костного скелета таза 2) оценка состояния внутренних половых органов (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин) 3) оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода 4) определение состояния просвета прямой кишки, степени её подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки 5) оценка состояния ректовагинальной перегородки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- +д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

37. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1) на левом боку с приведёнными к животу коленями, 2) в коленно-локтевом положении, 3) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения), 4) стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем, 5) лёжа на животе по Депажю

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

38. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1) только в положении пациента на спине (в положении для

камнечесения), 2) только в положении по Депажу, 3) только в коленно-локтевом положении, 4) в положении пациента в зависимости от конкретной ситуации и цели исследования, 5) в положении, наиболее удобном для врача

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

39. В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1) позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия, 2) протяжённость осмотра, 3) причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру, 4) тип ректоскопа, 5) выявленные находки, их локализацию в см при введении ректоскопа в соответствии с правилом "циферблата часов"

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

40. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1) геморроя, 2) анальных трещин, 3) криптита, 4) язвенного проктита, 5) новообразований прямой кишки

- +а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

41. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1) сфинктерометрия, 2) пальцевое исследование анального канала, 3) изучение кремастерного и анального рефлекса, 4) ректороманоскопии, 5) ирригоскопия

- +а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

42. Проба с красителем при диагностике свища прямой кишки используется для: 1) установления характера происхождения свища, 2) дифференциальной диагностики специфического свища (туберкулезной и т.д. этиологии), 3) определения локализации свищевого хода, 4) установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, 5) выявления затеков и полостей

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

43. Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются: 1) острое начало, 2) боли в области заднего прохода, 3) повышение температуры тела, 4) выделения из прямой кишки алой крови, 5) гнойные выделения из заднего прохода

- +а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

44. При хроническом геморрое обязательным является

- а) осмотр промежности
- б) ректороманоскопия
- в) аноскопия
- г) колоноскопия
- +д) проктография

45. При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является

- а) кровотечение струйкой в конце акта дефекации
- б) выделение крови в конце акта дефекации каплями
- +в) слизисто-кровянистые выделения из ануса
- г) выделение малых порций алой крови
- д) «стулобоязнь»

46. Кремастерные рефлекс и рефлексы с перианальной кожи следует определить:

- а) после пальцевого исследования прямой кишки
- б) после аноскопии
- в) если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера
- г) после пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии
- +д) до всех видов исследования, включая пальцевое

47. Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является:

- а) зуд в области заднего прохода
- б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- в) гнойные выделения из заднего прохода
- +г) наличие свищевого отверстия
- д) кровянистые выделения из кишки

48. При подозрении на озлокачествление свища прямой кишки целесообразно до операции выполнить:

- а) посев отделяемого из свища
- б) исследование кишечной микрофлоры
- в) рентгенографию костей таза
- г) пункционную биопсию
- +д) цитологическое исследование материала, полученного после выскабливания свищевого хода, при необходимости - биопсию стенки свищевого хода

49. Наиболее информативным для диагностики внутреннего пролапса прямой кишки является: 1) жалоба больного на выделения крови при дефекации 2) жалоба на чувство неполного опорожнения прямой кишки 3) сцинцидефекография 4)

рентгенологическая дефекография 5) исследование запирающего аппарата прямой кишки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Раздел 5.

50. 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

51. Хирургическое лечение при криптите показано при:

- а) распространении процесса на слизистую оболочку в области морганьева 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

52. 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

53. Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1) криптита, 2) геморроя, 3) острого парапроктита, 4) остроконечных перианальных кондилом, 5) неполного внутреннего свища

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

54. Основным отличием анального сосочка от аденомы является: 1) расположение на уровне аноректальной линии, 2) расположение выше уровня аноректальной линии, 3) выпадение из анального канала, 4) гистологическое строение 5) отсутствие выраженной ножки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- +г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

55. 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

56. 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 или на промежности

57. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять:

- а) наружный осмотр и пальпацию периаанальной области
- б) пальцевое исследование прямой кишки
- в) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- +г) колоноскопию
- д) ректороманоскопию

58. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- а) кишечная непроходимость
- б) кровотечение
- +в) обострение воспаления
- г) малигнизация
- д) анальный зуд

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

- +а) свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера
- б) свищевой ход без затёков
- в) отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища
- г) свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы
- д) есть воспалительные изменения в запирающем аппарате прямой кишки

60. 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

61. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно:

- +а) наличие короткого свищевого хода
- б) наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию
- в) свободное прохождение зонда в просвет кишки
- г) наличие гнойных полостей
- д) частое обнаружение гнойных затёков

62. 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

63. 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

64. При экстрасфинктерных свищах 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

65. 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

66. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки VI 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

67. 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 затеком
- г) при свищах прямой кишки никогда не производится
- д) имеющейся слабости анального сфинктера

68. Вовремя 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) выскаблить внутритстеночную часть свищевого хода
- +д) иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры

69. 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

70. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие:

- +а) нагноения раны
- б) раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
- в) прохождения твёрдых каловых комков при длительной задержке стула
- г) наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер
- д) низведения слизисто-мышечного лоскута

71. Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью

- а) солевого слабительного
- б) приема внутрь касторового масла
- в) приема внутрь вазелинового масла
- +г) очистительной клизмы
- д) лаважа

72. 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

73. 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

74. 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

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

- а) необходимо всегда
- б) целесообразно, если нет параректальных затеков
- +в) никогда не производится
- г) не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища
- д) не выполняется у женщин

76. Под термином "ректоцеле" понимают

- а) выпадение прямой кишки
- б) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- в) опущение передней стенки влагалища и матки
- +г) мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- д) выпадение слизистой прямой кишки

77. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

- а) разрывы промежности в родах
- б) упорные запоры
- в) ослабление мышц тазового дна
- г) многократные роды
- +д) возрастные изменения тканей промежности

78. Ректоцеле следует дифференцировать с

- а) кистой ректовагинальной перегородки
- б) выпадением слизистой прямой кишки
- в) промежностной грыжей
- г) выпадением стенок влагалища
- +д) внутренним выпадением прямой кишки

79. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является:

- а) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- б) недержание газов
- в) частые позывы на дефекацию
- +г) выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- д) трудности при опорожнении прямой кишки

80. Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:

- а) у нерожавших женщин
- б) только при I степени
- в) при II и III степени
- +г) при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны
- д) у женщин старше 50 лет

81. Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:

- а) бледной спирохетой
- б) клостридией
- в) актиномицетами
- +г) вирусом
- д) этиология не установлена

82. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является

- а) аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки
- б) саркома промежности
- в) плоскоклеточный кератогеновый рак
- +г) опухоль Бушке-Левенштейна
- д) анальный рак

83. Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но и при физической нагрузке, то это-

- а) пятая степень выпадения
- б) четвертая степень выпадения
- в) третья степень выпадения
- +г) вторая степень выпадения
- д) первая степень выпадения

84. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует:

- а) выпадение кишки при каждом акте дефекации
- б) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
- в) недержание газов
- +г) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки
- д) недержание газов и жидкого кала

85. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интратректальная инвагинация) является:

- а) обильные выделения крови при дефекации
- б) тупые боли внизу живота при дефекации
- в) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- +г) развитие солитарной язвы
- д) многомоментная дефекация

86. Подтверждением слабости соединительно-тканых структур, что встречается при выпадении прямой кишки, является:

- а) конституциональный тип больного
- б) наличие грыжевых выпячиваний
- в) наличие плоскостопия
- г) варикозное расширение вен нижних конечностей
- +д) опущение органов брюшной полости

87. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить:

- а) в коленно-локтевом положении
- б) в положении как для камнесечения
- в) лежа на животе
- +г) в положении больного на корточках и с натуживанием
- д) в вертикальном положении

88. На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает:

- а) яйцевидная форма выпадающей кишки

- б) конусовидная форма выпадающей кишки
- в) длина выпавшего участка кишки более 15см
- +г) наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
- д) отек и гиперемия слизистой оболочки

89. Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15см свидетельствует о:

- а) потере тонуса кишечной стенки
- б) недостаточности сфинктера заднего прохода
- в) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
- +г) вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки
- д) декомпенсации мышц тазового дна

90. 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

91. 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 0,3см в диаметре, миома матки узловая 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

92. 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

93. 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

94. **Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя: 1) кровотечение 2) боли после дефекации 3) выпадение узлов 4) анальный зуд 5) кишечный дискомфорт**
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - +б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
95. **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**
- +а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
96. **Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются: 1) темным цветом крови 2) алым цветом крови 3) наличием сгустков 4) периодичностью 5) постоянством**
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - +в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
97. **Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на: 1) устранение боли 2) улучшение микроциркуляции 3) улучшение кровотока в геморроидальных узлах 4) уменьшение хрупкости сосудистых стенок 5) остановку кровотечения**
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
98. **К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся: 1) инфракрасная коагуляция 2) электрокоагуляция 3) склеротерапия 4) лигирование узлов латексными кольцами 5) шовное лигирование геморроидальных сосудов**
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильные ответы 4
 - +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
99. **Показанием к инфракрасной фотокоагуляции 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**
- а) если правильные ответы 1,2,3
 - б) если правильные ответы 1 и 3

- в) если павильные ответы 2 и 4
- +г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

100. Противопоказанием к проведению склеротерапии является: 1) тромбоз геморроидальных узлов 2) парапроктит острый 3) парапроктит хронический 4) криптит

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- +д) если павильные ответы 1,2,3 и 4

101. Противопоказанием к лигированию 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

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

102. 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

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

103. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- +г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

104. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- +в) если павильные ответы 2 и 4

- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

105. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- +б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

106. 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

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

107. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

108. 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.

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- +в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

109. 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

формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра 3) сфинктероплевропластика 4) сфинктеропластика

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3 и 4

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) недостаточность сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1/3 по задней полуокружности

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

111. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Раздел 6.

112. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с: 1) бактериальной дизентерией 2) амебной дизентерией 3) болезнью Крона 4) опухолями толстой кишки 5) недифференцированными колитами

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

113. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют: 1) сульфаниламидные препараты 2) стероидные гормоны 3) антибактериальные препараты 4) антицитокиновую терапию 5) лоперамид

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- +д) если правильные ответы 1,2,3,4

114. Целесообразным хирургическим вмешательством при тяжелой форме язвенного колита является: 1) двустольная илеостомия 2) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы 3) колэпроктэктомия 4) колэктомия с брюшино-анальной резекцией прямой кишки 5) резекция левых отделов ободочной кишки с брюшино-анальной резекцией прямой кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- +в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

115. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- +в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

116. 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 сутки

117. 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) различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
- д) илеотрансверзоанастомоз

118. 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

119. Классификация болезни Крона не предусматривает:

- а) локализации поражения
- б) протяженности поражения
- в) тяжести течения болезни
- г) наличия осложнений
- +д) степени сложности

120. 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

121. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- +д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

122. 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

- а) если павильные ответы 1,2 и 3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- +в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

123. При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной подготовки применяется: 1) горональная терапия 2) коррекция белковых нарушений 3) энтеральное питание 4) санация гнойно-септических очагов 5) лечение сопутствующих заболеваний

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- +д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

124. Особенности перианальных поражений при болезни Крона является: 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

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

125. Этиопатогенетическим механизмом развития синдрома раздраженной кишки является: 1) инфекционный 2) паразитарный 3) психический стресс 4) нарушение моторики толстой кишки 5) аллергический

- а) если правильные ответы 1,2,3

- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

126. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- +в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

127. Наиболее типичный характер болей при синдроме раздраженной 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

128. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:

- а) механические и термически обработанные продукты
- б) ограничение углеводов
- в) полное исключение мясных продуктов
- +г) пищу с повышенным содержанием клетчатки
- д) продукты с пониженным содержанием соли

129. 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

130. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

131. 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

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

132. Морфология дивертикулярной болезни характеризуется: 1) разволокнением циркулярных мышц кишечной стенки 2) гиперэластозом продольного мышечного слоя 3) мешковидными выбуханиями слизистого и подслизистого слоев кишки, покрытых серозной оболочкой 4) отсутствием мышечной оболочки в стенке дивертикулов 5) мио- и нейропатией стенки кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

133. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится: 1) дивертикулит 2) паракишечный инфильтрат 3) паракишечный абсцесс 4) озлокачествление 5) кишечное кровотечение

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

134. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

135. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

136. 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

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- +д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

137. О степени адаптации и 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) отсутствии параилеостомического дерматита 5) появлении аппетита у больного

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

138. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде: 1) воспалительные 2) кишечная непроходимость 3) некроз илеостомы 4) параилеостомическая грыжа 5) выпадение илеостомы

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

139. К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся: 1) стеноз илеостомы 2) выпадение илеостомы 3) свищ илеостомы 4) параилеостомическая грыжа 5) перистомальный дерматит

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- +д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

140. 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) стеноз илеостомы на уровне апоневроза

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- +в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

141. По прошествии 2-х месяцев после наложения терминальной илеостомы (по Бруку) суточный объем выделений из кишки должен составлять: 1) 300 мл 2) от 300 до 500 мл 3) от 500 до 600мл 4) от 600 до 700 мл 5) не менее 1 литра

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- +г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

142. Основными причинами несостоятельности швов анастомоза при операциях по поводу дивертикулеза толстой кишки являются: 1) формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы 2) использование сшивающих аппаратов 3) изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза 4) недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией 5) недостаточный опыт оперирующего

- а) если правильные ответы 1,2,3
- +б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

Раздел 7

143. Наиболее частым клиническим симптомом пресакральных тератоидных образований являются:

- +а) боли в крестцово - копчиковой области и заднем проходе
- б) гематурия
- в) боли в нижних отделах живота
- г) частый жидкий стул
- д) примесь крови и слизи в кале

144. Для тератоидных образований не характерно:

- а) образование свищей
- б) кишечная непроходимость
- в) кишечная непроходимость
- г) озлокачествление
- +д) кровотечение

145. К обязательным методам обследования больных каудальными тератомами относится: 1) наружный осмотр крестцово - копчиковой области и промежности 2) пальцевое исследование прямой кишки 3) ректороманоскопия 4) проктография 5) фистулография при наличии свищевого отверстия

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- +д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

146. Характерными признаками эмбриом пресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются: 1) расширение ретроректального пространства 2) смещение прямой кишки кпереди 3) сдавление задней стенки прямой кишки 4) зазубренность контура кишки 5) ригидность кишечной стенки

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

147. Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом:

- а) лучевая терапия
- +б) хирургическое лечение с удалением эмбриомы и свищей
- в) введение склерозирующих растворов в полость кисты
- г) марсупиализация
- д) удаление опухоли и свищей единым блоком с прямой кишкой

148. Хирургическое лечение тератоидных образований необходимо:

- +а) во всех случаях при установленном диагнозе
- б) только при озлокачествлении образования
- в) только в случаях нагноения тератомы
- г) при сдавлении тератомой просвета прямой кишки
- д) при появлении неврологических нарушений

149. Наименее вероятной причиной возникновения интенсивного кровотечения при удалении пресакральных тератом является ранение:

- а) крестцовых венозных сплетений
- б) срединной крестцовой артерии
- +в) маточной артерии
- г) развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях
- д) верхней прямокишечной артерии

150. Для переднего сакрального менингоцеле, в отличие от пресакральных тератом, характерно: 1) высокое расположение образования в пресакральной области 2) положительный симптом кашлевого толчка 3) нарушение функции тазовых органов 4) чередование кистозных и солидных участков 5) бугристая неоднородная поверхность

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

151. Решающим при дифференциальной диагностике переднего сакрального менингоцеле и каудальных тератом является: 1) пальцевое исследование прямой кишки 2) наружный осмотр крестцово - копчиковой области 3) проктография 4) миелография 5) рентгенологическое исследование костей таза

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- +г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

152. Отличительными признаками эндометриоза прямой кишки от пресакральных тератом является: 1) кровянистые выделения из прямой кишки во время менструации 2) увеличение узлов эндометриоза во время менструации 3) усиление болей во время менструации 4) подвижность слизистой прямой кишки над образованием 5) гладкая слизистая над образованием

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4

д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

153. Наиболее важным методом исследования, позволяющим отличить эпителиальный копчиковый ход от тератом, является:

- а) зондирование свищевого хода
- +б) пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств
- в) эндоскопические методы исследования
- г) рентгенологическое исследование костей таза
- д) пункционная биопсия

154. Неизменённый воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой:

- а) дермоидную кисту
- б) эпидермоидную кисту
- +в) подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика
- г) эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос
- д) эмбриому

155. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

- а) постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области
- б) неправильной закладкой зародышевых листков
- в) врастанием в кожу волос
- +г) врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области
- д) ношением узкой одежды

156. Особенности течения болезни при эпителиальном копчиковом ходе: 1) при аномалии развития эпителиальный копчиковый ход существует к моменту рождения ребенка 2) эпителиальный копчиковый ход в первые годы жизни может быть незамечен 3) в период половой зрелости часто возникает воспалительный процесс в самом ходе и окружающей клетчатке 4) воспалительный процесс не возникает, если ребенку не исполнилось 16 лет 5) воспаление эпителиального копчикового хода возникает только после травмы копчика

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

157. Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является: 1) развитие кокцигодии 2) озлокачествление хода 3) свищи прямой кишки 4) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке 5) остеомиелит копчика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

158. К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относится: 1) наружный осмотр крестцово-копчиковой области 2) пальцевое исследование прямой кишки 3)

ректороманоскопия 4) введение краски в первичные отверстия хода 5) рентгенография крестца и копчика

- +а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

159. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода могут образоваться гнойные свищи крестцово-копчиковой области. При этом сам копчик: 1) всегда вовлекается в воспалительный процесс 2) никогда не вовлекается в процесс 3) приобретает патологическую подвижность 4) как правило, не вовлекается в процесс 5) поражается всегда, если этому предшествовал ушиб крестцово-копчиковой области

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- +г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

160. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

- +а) наличии первичных отверстий хода в межягодичной складке
- б) гиперемии и отек задней стенки кишки на уровне копчика
- в) отсутствие патологических образований в пресакральном пространстве
- г) рецидивирующих воспалениях крестцово-копчиковой области
- д) выделениях гноя из заднего прохода

161. Причиной развития мегаколон при болезни Гиришпунга является:

- а) Длительное употребление слабительных
- б) Врожденное недоразвитие внутреннего сфинктера прямой кишки
- в) Врожденное недоразвитие наружного сфинктера прямой кишки
- +г) Врожденное недоразвитие интрамуральной нервной системы толстой кишки
- д) Длительное применение очистительных клизм

162. Вздутие живота при болезни Гиришпунга отмечается:

- а) Если в течении недели не было стула
- б) Только после сифонных клизм
- в) После приема слабительных в больших дозах
- +г) Постоянно
- д) При употреблении в пищу растительной клетчатки

163. При болезни Гиришпунга у взрослых отмечается:

- а) Бочкообразная грудная клетка
- б) Увеличение объемов живота
- в) Бледность кожных покровов
- г) Расхождение прямых мышц живота
- +д) Видимая через переднюю стенку живота кишечная перистальтика

164. Течение болезни Гиришпунга зависит от:

- +а) Протяженности аганглионарной зоны
- б) Степени компенсации вышележащих отделов кишечника

- в) Времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения
- г) Возраста пациента
- д) Пола пациента

165. К анатомическим формам аганглиоза толстой кишки относятся:

- а) Супраанальная форма
- б) Ректальная форма
- в) Ректосигмоидальная
- г) Субтотальная форма
- +д) Все перечисленное

166. Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить:

- а) При обструктивном мегаколоне
- б) При болезни Гиршпрунга
- в) При мегаколоне неясной этиологии
- +г) У всех больных
- д) При наличии жалоб на упорные запоры

167. Основное значение в диагностике болезни Гиршпрунга имеет:

- а) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- б) Ирригоскопия
- в) Исследование прохождения бариевой взвеси по ЖКТ
- +г) Биопсия прямой кишки
- д) Колоноскопия

168. Ирригоскопия и ирригография при наличии мегаколона должны определить:

- а) Наличие или отсутствие аганглионарной зоны и ее протяженность
- б) Протяженность и степень расширения толстой кишки
- в) Сократительную способность стенки толстой кишки
- г) Наличие или отсутствие других изменений (стриктура, опухоль)
- +д) Наличие и протяженность неизмененных отделов кишки

169. При морфологическом исследовании стенки прямой кишки в зоне аганглиоза при болезни Гиршпрунга может быть обнаружено:

- +а) Отсутствие ганглиев в межмышечном и подслизистом нервных сплетениях
- б) Уменьшение числа ганглиев интрамурального нервного аппарата прямой кишки
- в) Гиперплазия ганглиев без увеличения их числа
- г) Нормальное развитие интрамурального нервного аппарата
- д) Приобретенные дистрофические изменения нервных клеток

170. Послойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет:

- а) Установить степень атипии клеток слизистой оболочки
- б) Выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы
- в) Позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза
- +г) Определить состояние интрамурального нервного аппарата
- д) Установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки

171. Целесообразным методом лечения болезни Гиршпрунга является:

- а) Только консервативный
- б) Хирургический при безуспешности консервативного
- в) Консервативный при протяженности аганглионарной зоны 3-4 см

- +г) Только хирургический
- д) Хирургический, если зона аганглиоза более 4см

172. Главной целью оперативного лечения болезни Гиршпрунга является:

- а) Резекция расширенной части толстой кишки
- б) Ликвидация спазма внутреннего сфинктера
- в) Сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки
- +г) "Выключение" из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны
- д) Ликвидация спазма аганглионарной зоны

173. Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует на:

- а) Восходящую ободочную кишку
- б) Сигмовидную кишку
- в) Поперечноободочную кишку
- +г) Границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки
- д) Подвздошную кишку

174. Применение многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга показано:

- +а) При декомпенсированном состоянии больного
- б) При наличии калового камня
- в) При тотальном мегаколоне
- г) У всех больных старше 20 лет
- д) У всех больных старше 30 лет

175. Операция Соаве - это:

- а) Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец"
- б) Левосторонняя гемиколэктомия с отсроченным анастомозом
- в) Низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры
- +г) Низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- д) Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с вовлечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

176. Операция Дюамеля - это:

- а) Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец"
- б) Низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- в) Левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком
- +г) Низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры
- д) Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки с целью адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

177. Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых диаметров - это:

- а) Операция Соаве
- б) Операция Дюамеля
- в) Операция Свенсона
- +г) Операция Ребейна
- д) Модифицированная операция Свенсона

178. При субтотальном и тотальном мегаколон у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции:

- а) Ребейна
- +б) Дюамеля
- в) Свенсона
- г) Соаве
- д) Без формирования первичного анастомоза

179. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:

- а) Рецидиве мегаколон
- б) Различных осложнениях в области сформированного анастомоза
- в) Недостаточности анального сфинктера
- г) Воспалительных осложнениях в параректальной клетчатке
- +д) Многоэтапном лечении

180. Основным методом лечения психогенного мегаколон является:

- а) Консервативное, направленное на нормализацию функции толстой кишки
- б) Только хирургическое
- в) Хирургическое при неэффективности консервативного
- +г) Консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию функции толстой кишки
- д) Только лечение основного заболевания

181. Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является:

- а) Операция Дюамеля
- б) Операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы
- в) Операция Соаве
- +г) Двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом – операция по Дюамелю
- д) Илеостомия, в последующем операция Соаве

Раздел 8

182. 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

183. 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 после геморроя, анальных трещин и колитов

184. 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

185. Выводные протоки анальных желез 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

186. 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 желез
- д) Через дефект слизистой анального канала

187. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является:

- а) Туберкулезная палочка
- б) Стафилококк
- в) Кишечная палочка
- г) Протей
- +д) Смешанная микрофлора

188. Специфический парапроктит вызывается: 1) Туберкулёзной палочкой 2) Актиномицетами 3) Бледной спирохетой 4) Неспорообразующим анаэробом в ассоциации с кишечной палочкой и протеем 5) Гемолитическим стрептококком

- +а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

189. К поверхностным формам острого парапроктита относят: 1) Ишиоректальные 2) Пельвиоректальные 3) Межмышечные 4) Подкожные и подслизистые 5) Ретроректальные

- а) Верно 1,2,3

- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

190. К глубоким формам острого парапроктита относят: 1) Пельвиоректальные 2) Подкожные 3) Ишиоректальные 4) Подковообразные подкожные 5) Подслизистые

- а) Верно 1,2,3
- +б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

191. 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

192. Самой частой формой острого парапроктита является:

- а) Подслизистый парапроктит
- +б) Подкожный парапроктит
- в) Ишиоректальный
- г) Пельвиоректальный
- д) Ретроректальный

193. 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

194. 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

195. При ишиоректальном 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

196. В начале заболевания особенно трудна диагностика:

- а) Подкожного парапроктита
- б) Подслизистого парапроктита
- в) Ишиоректального парапроктита
- +г) Пельвиоректального парапроктита
- д) Межмышечного парапроктита

197. 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

198. 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

199. 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

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

201. 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

202. 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

203. 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

204. При наличии интрасфинктерного гнойного хода 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

205. При наличии трансфинктерного гнойного хода 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

206. Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого парапроктита, если: 1) Обеспечена адекватная анестезия 2) Выявлена поражённая крипта 3) Достаточен опыт оперирующего 4) Пациент страдает сахарным диабетом 5) Выявлено расположение гнойного хода

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

207. Если во время операции по поводу острого 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

208. При остром подкожном переднем парапроктите с интрасфинктерным гнойным ходом 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

210. После операций по поводу острого 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

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

- 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

212. У больной произошло самопроизвольное вскрытие в просвет прямой кишки гнойника, расположенного в пельвиоректальном пространстве. Гной выделяется из заднего прохода, температура тела 37,8С. 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

213. Для специфических 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 5) Легко излечиваются

- +а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

214. Газовую гангрену вызывают только: 1) Фузобактерии 2) Кишечная палочка и протей 3) Бактероиды 4) Клостридии 5) Ассоциация аэробов с бактероидами

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

215. 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

216. При клостридиальном парапроктите не бывает: 1) Сильной боли 2) Отёка тканей и распада мышцы 3) Газообразования (крепитация) 4) Большого количества гноя 5) Классических признаков воспаления

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

217. 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

- +а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

218. 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- +в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

219. Следует закрыть операционную 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

220. На операции по поводу острого ишиоректального парапроктита у женщины после окрашивания гнойного хода выявлена поражённая кривая на 10 часов по циферблату с рубцовым стяжением. Гнойный ход располагается снаружи от сфинктера. Целесообразнее всего:

- а) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривую, 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 кривую и гнойный ход в просвет кишки
- д) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривую и рубцы

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

- а) Вскрыть гнойник полукруглыми разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки
- б) Вскрыть гнойник с пересечением анаокочичковой связки, иссечь поражённую кривую и рубцы вокруг гнойного хода
- в) Только вскрыть гнойник с пересечением анаокочичковой связки
- г) Вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию
- +д) Вскрыть гнойник с пересечением анаокочичковой связки, иссечь поражённую кривую и по возможности рубцы, провести лигатуру

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
- а) Верно 1,2,3
 - б) Верно 1,3
 - в) Верно 2,4
 - +г) Верно 4
 - д) Верно 1,2,3,4,5
223. Для подтверждения диагноза клостридиального 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
- а) Верно 1,2,3
 - б) Верно 1,3
 - в) Верно 2,4
 - +г) Верно 4
 - д) Верно 1,2,3,4,5
224. Хирургическое вмешательство при анаэробном парапроктите не следует проводить с применением: 1) Масочного наркоза 2) Внутривенного наркоза 3) Эндотрахеального наркоза 4) Местной инфильтрационной анестезии 5) Перидуральной анестезии
- а) Верно 1,2,3
 - б) Верно 1,3
 - в) Верно 2,4
 - +г) Верно 4
 - д) Верно 1,2,3,4,5
225. При операции по поводу 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 тяжёлом состоянии пациента
- а) Верно 1,2,3
 - б) Верно 1,3
 - в) Верно 2,4
 - +г) Верно 4
 - д) Верно 1,2,3,4,5
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 промывать раствором перекиси водорода 4) Раны дренировать и наладить орошение их растворами перекиси водорода, антисептиков, антибиотиков 5) Достаточно сделать широкие разрезы и назначить антибиотики
- а) Верно 1,2,3
 - б) Верно 1,3
 - +в) Верно 2,4

- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

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

- +а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

228. Карантин в отделении:

- а) Устанавливается, если поступил больной с гнилостным парапроктитом
- 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

229. 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

230. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- а) Сфинктерит
- б) Анусит
- в) Воспаление геморроидальных узлов
- +г) Острый тромбоз геморроидальных узлов
- д) Тромбофлебит геморроидальных узлов

231. При остром тромбозе геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается:

- а) В морганиевых криптах
- +б) В кавернозных тельцах
- в) В венах подслизистого слоя
- г) В сосудах слизистой оболочки прямой кишки
- д) Четкой закономерности нет

232. Объективным признаком присоединения воспаления при остром тромбозе 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

233. При остром тромбозе 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)

234. Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана:

- а) При наличии некроза слизистой
- б) При наличии перианального отёка, чтобы уменьшить боль
- +в) При изолированном тромбозе наружного узла
- г) При нарастании перианального отёка
- д) Желанием больного

235. При тромбозе 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

236. Радикальную операцию по поводу геморроя, осложнившегося острым тромбозом 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

237. 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

238. При остром воспалении 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

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

- а) Развитие кокцигодинии
- б) Озлокачествление хода
- +в) Воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- г) Остеомиелит копчика
- д) Свищи прямой кишки

240. При остром воспалении 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

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

- +а) Не ушивать рану
- б) Ушить рану наглухо швами по Донати
- в) Послойно ушить рану наглухо
- г) Проточное промывание через перфорированный дренаж прихром шве кожи
- д) Подшить края раны ко дну

242. Если радикальная операция по поводу острого воспаления 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

243. 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

244. Острая трещина заднего прохода - это:

- а) Воспаление параректальной клетчатки
- б) Дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
- в) Криптит
- г) Пектенос
- +д) Дефект слизистой анального канала, часто с повреждением мышечной порции

245. 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

246. 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

247. Для острой анальной трещины нехарактерно:

- а) Боли в заднем проходе
- б) Спазм сфинктера
- в) Скудные выделения крови
- +г) Выделение гноя
- д) "Стулобоязнь"

248. Для острой анальной трещины более характерны боли:

- а) Постоянные
- б) После дефекации
- +в) Во время дефекации
- г) До дефекации
- д) Ночные

249. 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

250. 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

251. 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

252. 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

253. 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

254. Консервативная терапия острой анальной трещины:

- +а) Даёт положительный эффект у большинства пациентов
- б) Дает эффект, если трещина появилась у женщины после родов
- в) Не даёт эффекта никогда
- г) Эффективна только на 2-3 недели
- д) Помогает очень редко

255. 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"

256. 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

257. 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

258. Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется:

- а) Парапроктитом
- +б) Перитонитом
- в) Развитием стриктуры
- г) Недостаточностью анального сфинктера
- д) Кровотечением из параректальной клетчатки

259. При проникающем повреждении внебрюшной части прямой кишки выше уровня поднимателя заднего прохода: 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

- а) Верно 1,2,3

- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

260. При повреждении стенки прямой кишки ниже уровня поднимателя заднего прохода наиболее вероятное осложнение: 1) Перитонит 2) Недостаточность анального сфинктера 3) Флегмона таза 4) Травматический парапроктит 5) Кокцигодиния

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- +в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

261. Во время выполнения медицинского аборта произошла перфорация матки, повреждение толстой кишки. Выполнена экстренная лапаротомия, при ревизии обнаружено повреждение внутрибрюшного отдела прямой кишки, рана с неровными краями занимает более половины окружности кишки, в брюшной полости 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) Выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана 5) Ушить стенку кишки в поперечном направлении и наложить сигмостому

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

262. Показанием для 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 1/3 4) Сочетанное повреждение прямой кишки, костей таза и мочевыводящих путей 5) Любое проникающее ранение прямой кишки в сочетании с обширным повреждением промежности

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

263. Для отключения повреждённой прямой кишки 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4

- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

264. При травме прямой кишки предпочтительна: 1) Пристеночная колостома 2) Двуствольная "столбиком" с пересечением задней стенки 3) Одноствольная с ушиванием отводящего колена 4) Двуствольная плоская 5) Вид стомы не имеет значения

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

265. Повреждена внебрюшинная часть прямой кишки выше леватора, не исключена вероятность повреждения и внутрибрюшного отдела кишки. Необходима ревизия органов брюшной полости и наложение колостомы. Лучшие 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- +г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

266. В больницу доставлен пострадавший в автомобильной катастрофе. Жалуется на боли внизу живота, из заднего прохода кровянистые выделения. 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

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- +д) Верно 1,2,3,4,5

267. 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

268. У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения 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

269. При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно обязательно

- 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 ее ушивания
- д) ушить рану, назначить антибиотики

270. После получения травмы анального канала прошло около суток. Имеется повреждение наружного жема 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, беспшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем
- д) промыть рану, назначить антибиотики

271. В результате эндоскопического обследования установлено, что рана прямой кишки располагается ниже тазовой брюшины, но выше леваторов, 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 антисептиками, при появлении воспаления в параректальной клетчатке наложить колостому, дренировать параректальную клетчатку
- г) сразу наложить колостому
- д) сразу наложить илеостому

272. 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

273. Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, рана около 3 см в диаметре, края её ровные. Лучшие всего

- 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

274. 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

275. Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этом случае подготовка кишечника должна включать

- а) обязательную постановку очистительных клизм
- б) солевое слабительное
- в) лаваж
- +г) клизмы и промывания противопоказаны
- д) касторовое масло внутрь

276. При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной раны промежности 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

277. Самое частое осложнение внебрюшинного ранения прямой кишки

- а) недостаточность анального сфинктера
- б) перитонит

- +в) нагноение параректальной клетчатки
- г) кровотечение из вен крестцового сплетения
- д) стриктуры

278. Произведена хирургическая обработка раны нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, на стенку кишки и сфинктер заднего прохода наложены узловые 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

279. Для профилактики воспалительных осложнений при травме прямой 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

280. При обильном выделении 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

281. При проведении колоноскопии по поводу кровотечения труднее всего диагностировать

- а) рак толстой кишки
- б) дивертикулёз толстой кишки
- в) неспецифический язвенный колит
- +г) приобретённую ангиодисплазию
- д) врожденную ангиодисплазию

282. При проведении рентгеновского исследования методом контрастной клизмы по поводу кишечного кровотечения труднее всего диагностировать

- а) дивертикулёз толстой кишки
- б) рак толстой кишки
- в) неспецифический язвенный колит
- г) врождённую ангиодисплазию

+д) приобретённую ангиодисплазию

283. Ирригоскопия при кишечном кровотечении применяется не только с диагностической, но и с лечебной целью при

- а) опухолях толстой кишки
- б) неспецифическом язвенном колите
- +в) дивертикулёзе толстой кишки
- г) врождённой ангиодисплазии
- д) болезни Крона

284. 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 мочевой 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

285. 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

Раздел 9

286. Чаще всего могут превращаться в злокачественные

- а) полипы на ножке
- б) ювенильные полипы
- в) псевдополипы
- +г) полипы на широком основании
- д) гамартомные полипы

287. Чаще всего подвергаются озлокачествлению

- а) аденоматозные полипы
- +б) ворсинчатые полипы
- в) подслизистые фибромы
- г) анальные полипы

д) железисто-ворсинчатые полипы

288. Озлокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в

- +а) 2 - 4% наблюдений
- б) 10 - 15% наблюдений
- в) 30 - 50% наблюдений
- г) 60 - 80% наблюдений
- д) 100% наблюдений

289. Обязательным предраком является

- а) аденоматозный полип
- б) ювенильный полип
- в) гиперпластический полип
- г) ворсинчатая опухоль
- +д) семейный аденоматоз

290. Доброкачественные опухоли прямой кишки не могут

- а) вызывать кишечное кровотечение
- б) приводить к злокачественному перерождению
- в) вызывать запоры
- +г) нарушать перевариваемость пищи
- д) приводить к истощению

291. Наиболее частый гистологический тип полипа толстой кишки

- +а) аденоматозный
- б) полип, образовавшийся в результате воспаления
- в) ювенильный
- г) гамартонный
- д) псевдополип

292. При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 8 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3х2 см. В этом случае необходимо:

- а) срочно проконсультироваться с патоморфологом
- б) сразу удалить полип через ректоскоп
- +в) дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа
- г) установить динамическое наблюдение
- д) назначить повторную ректоскопию через 2 недели

293. При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 7 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3х2 см. Необходимо выполнить:

- а) копрологическое исследование
- б) цистоскопию
- в) экскреторную урографию
- +г) колоноскопию с биопсией
- д) рентгенологическое исследование толстой кишки с пероральным приемом бария

294. При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 10 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3х2 см. На основании проведённых исследований установлено, что ворсинчатый полип имеет доброкачественную структуру. В этом случае следует

- а) рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев
- б) экстренно госпитализировать больного в стационар
- +в) госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа
- г) направить к специалисту онкологу
- д) назначить лечебные микроклизмы

295. Наиболее характерным для одиночных полипов толстой кишки размерами до 1,0 см является

- а) выделение крови из заднего прохода
- б) выделение слизи из заднего прохода
- в) затруднение со стулом
- +г) отсутствие симптомов
- д) боли в животе

296. Наиболее эффективным методом диагностики одиночных полипов прямой кишки является

- +а) ректороманоскопия
- б) пальцевое исследование
- в) ирригоскопия
- г) колоноскопия
- д) ультразвуковое исследование

297. При обнаружении полипа прямой кишки размером 1 см необходимо

- а) удалить полип через ректоскоп
- б) направить больного к онкологу
- +в) произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип
- г) направить больного на ирригоскопию
- д) направить больного на госпитализацию

298. Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

- а) до 0,5 см
- +б) от 0,5 см и более
- в) более 2 см
- г) более 5 см
- д) любых размеров

299. При электрокоагуляции (эндоскопическом удалении) доброкачественных образований прямой кишки возможно возникновение

- а) анемии
- +б) кровотечения и перфорации кишки
- в) непроходимости
- г) интоксикации
- д) недостаточности анального сфинктера

300. Если при гистологическом исследовании биоптата из полипа обнаружен участок перехода в аденокарциному, то необходимо

- а) выполнить операцию - электрокоагуляцию полипа
- б) провести курс лечения чистотелом
- в) провести курс химиотерапии
- +г) выполнить радикальную операцию
- д) провести курс лучевой терапии

301. После удаления одиночных полипов прямой кишки необходимо проводить профилактический осмотр

- а) 2 раза в год
- +б) 1 раз в год
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в два месяца
- д) 1 раз в два года

302. Если после удаления одиночного полипа получен ответ - аденокарцинома в полипе, то необходимы

- +а) повторный осмотр места расположения полипа и взятие материала из ложа удалённого полипа для гистологического исследования
- б) выписать больного домой под диспансерное наблюдение
- в) подготовить больного к радикальной операции
- г) выполнить ирригоскопию
- д) направить на лучевое лечение

303. Наиболее частый исход оперативного лечения одиночных полипов прямой кишки

- а) язвенный проктит
- +б) выздоровление
- в) появление рака прямой кишки
- г) рецидив полипа прямой кишки
- д) потеря позыва на дефекацию

304. Озлокачествление множественных полипов происходит

- а) в 2 - 4% наблюдений
- +б) в 15 - 20% наблюдений
- в) в 30% наблюдений
- г) в 50% наблюдений
- д) в 100% наблюдений

305. Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются

- а) боли в животе
- +б) выделение слизи и крови из заднего прохода
- в) затруднённый стул
- г) тошнота
- д) общая слабость, недомогание

306. Эффективным методом диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки является

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректороманоскопия
- +в) колоноскопия
- г) ультразвуковое исследование
- д) обзорная рентгенография брюшной полости

307. Наиболее эффективным способом хирургического лечения при циркулярной ворсинчатой опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки является

- а) электрокоагуляция
- б) трансанальное иссечение

- +в) трансанальная резекция прямой кишки
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- д) задняя проктотомия

308. Если обнаружен рецидив доброкачественной опухоли прямой кишки, то необходимо выполнить

- а) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- б) проктотомию
- +в) повторное иссечение рецидива опухоли или электрокоагуляцию, если не произошло злокачественного перерождения
- г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки
- д) направить больного на лучевую терапию

309. После удаления доброкачественной опухоли прямой кишки необходимо наблюдение за больным

- +а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в три месяца
- д) 1 раз в два года

310. Важнейшим отличительным признаком семейного аденоматоза толстой кишки является

- а) множественное поражение полипами толстой кишки
- б) поражение полипами тонкой кишки
- в) поражение полипами желудка
- +г) наследственный характер заболевания
- д) раннее возникновение глубоких метаболических расстройств

311. Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является

- а) хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- б) нарушение развития в эмбриогенезе
- в) вирусное поражение
- г) бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта
- +д) супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки

312. При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены

- +а) аденомами
- б) ювенильными
- в) гамартомами
- г) псевдополипами
- д) воспалительными образованиями

313. Ранним клиническим проявлением семейного аденоматоза толстой кишки чаще всего является:

- а) боль в животе
- б) общая слабость
- +в) примесь крови и слизи в кале
- г) тошнота, рвота
- д) выпадение прямой кишки

314. Для синдрома Пейтца-Еггера характерными внекишечными проявлениями являются

- а) атрофия ногтей, алопеция
- +б) меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
- в) опухоли мозга
- г) множественные кисты слюнных желёз
- д) экстракишечные доброкачественные опухоли

315. В диагностике семейного аденоматоза толстой кишки ведущее значение имеют 1) ректороманоскопия 2) ирригоскопия 3) колоноскопия 4) эзофагогастродуоденоскопия 5) ультрасонография

- +а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

316. Малигнизация полипов в толстой кишке наблюдается наиболее часто 1) при гиперпластической стадии полипоза 2) при аденоматозной стадии полипоза 3) при ювенильном полипозе 4) при аденопапилломатозной стадии полипоза 5) при гамартном полипозе желудочно-кишечного тракта

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- +в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

317. При гамартном полипозе желудочно-кишечного тракта полипами наиболее часто поражается 1) пищевод 2) желудок 3) ободочная кишка 4) тонкая кишка 5) прямая кишка

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- +в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

318. Диффузный полипоз толстой кишки чаще всего приходится дифференцировать с: 1) неспецифическим язвенным колитом 2) первично-множественным синхронным раком толстой кишки 3) болезнью Крона 4) множественными полипами толстой кишки 5) дивертикулёзом

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- +г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

319. При дифференциальной диагностике диффузного полипоза и множественных полипов толстой кишки необходимо учитывать 1) наличие семейного характера заболевания 2) число полипов в толстой кишке 3) возраст больного 4) пол больного 5) выраженность метаболических расстройств

- 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

320. Индекс малигнизации полипов при семейном аденоматозе толстой кишки составляет

- а) 10%
- б) 25%
- в) 50%
- г) 75%
- +д) 100%

321. Основным видом лечения диффузного полипоза толстой кишки является

- а) симптоматическое лечение
- б) лучевая терапия, химиотерапия
- в) лечение клизмами с соком травы чистотела
- г) удаление полипов через эндоскоп
- +д) удаление толстой кишки, поражённой полипами

322. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака не выше 6 см от края ануса необходимо выполнить

- а) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- б) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- +в) колпроктэктомия
- г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
- д) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой

323. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака выше 7 см от края ануса необходимо выполнить

- а) колпроктэктомия
- +б) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- в) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
- д) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой

324. В случае, когда отделы ободочной кишки поражены множественными полипами, а в прямой, слепой и восходящей кишках полипов нет, целесообразно произвести

- а) субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом
- б) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- в) колпроктэктомия
- +г) субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректоанастомозом
- д) субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой и низведением правых отделов в анальный канал

325. Диспансеризация больных, радикально оперированных по поводу диффузного полипоза толстой кишки предусматривает: 1) выявление и своевременная коррекция обменных нарушений 2) контроль за ростом полипов в желудке и тонкой кишке, сохранённых сегментах толстой кишки 3) выявление рецидива рака толстой кишки, новых злокачественных опухолей 4) выявление десмоидных

фибром брюшной полости 5) предложение обследовать близких родственников на предмет исключения полипоза

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- +д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

326. Для характеристики распространённости опухолевого процесса в Международной классификации злокачественных опухолей прямой кишки (рака) не применяются символы:1) M0 2) T1-4 3) N 0,N 1,2. 3 4) стадия 1,2,3,4M 0 5) M+

- +а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

327. Распространённость опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как II-a стадия в том случае, когда

- а) опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет
- б) опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака
- +в) опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет
- г) опухоль занимает 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено
- д) опухоль занимает более 1/3, но менее 1/2 окружности стенки кишки, прорастает до мышечного слоя, в лимфатических узлах единичный метастаз рака

328. Комбинированной операцией по поводу рака толстой кишки считается такое оперативное вмешательство, когда

- а) наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями
- б) наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- в) наряду с опухолью удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания
- +г) наряду с опухолью удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или производится резекция печени по поводу метастазов рака
- д) одновременно удаляется матка из-за наличия крупных миом

329. Заболеваемость раком толстой кишки в настоящее время

- +а) увеличивается
- б) снижается
- в) существенного изменения частоты не отмечается
- г) увеличивается только среди курящих женщин
- д) увеличивается только среди мужчин

330. Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте

- а) 20 - 29 лет
- б) 30 - 39 лет
- в) 40 - 49 лет
- +г) 50 - 59 лет
- д) 60 лет и старше

331. Наиболее часто злокачественному перерождению подвергается

- а) единичные полипы
- б) множественные полипы
- +в) ворсинчатые опухоли
- г) язвы при неспецифическом язвенном колите
- д) длительно существующий свищ прямой кишки

332. Выделение крови из заднего прохода является наиболее характерным симптомом для: 1) геморроя 2) рака прямой кишки 3) неспецифического язвенного колита 4) свища прямой кишки 5) эпителиального копчикового хода

- +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

333. Симптомы характерные для рака прямой кишки: 1) кровь в стуле 2) запор 3) тенезмы 4) гнойные выделения из кишки 5) обильные выделения слизи

- +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

334. Наименьшую информацию о состоянии заднего прохода проктологи получают при применении

- а) пальцевого исследования
- б) ректороманоскопии
- +в) ирригоскопии
- г) наружного осмотра области ануса
- д) аноскопии

335. Дифференциальный диагноз между раком анального канала и трещиной заднего прохода может быть проведён на основании

- а) пальцевого исследования
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- +г) цитологического исследования
- д) осмотра перианальной области

336. Наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки является

- а) лучевая терапия
- б) химиотерапия
- +в) хирургический
- г) клизмы с чистотелом
- д) приём больших доз облепихового масла

337. Дренаживание лимфатических узлов прямой кишки первого порядка осуществляется по лимфатическим сосудам, проходящим вместе с

- а) левыми толстокишечными сосудами
- б) верхними брыжеечными сосудами

- в) средними толстокишечными сосудами
- г) средними крестцовыми сосудами
- +д) верхними прямокишечными сосудами

338. Анатомическая граница между анальным каналом и прямой кишкой проходит

- а) по латеральной геморроидальной борозде
- б) по внутренней геморроидальной борозде
- +в) по аноректальной линии
- г) по анальной границе
- д) по линии Хилтона

339. Расширенной операцией по поводу рака прямой кишки называется оперативное вмешательство по удалению кишки с опухолью и

- +а) аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- б) части соседнего органа
- в) другого органа по поводу другого заболевания
- г) резекции печени по поводу метастазов
- д) удаление соседних органов и тканей, вовлеченных в опухолевый процесс

340. Сочетанной операцией при раке прямой кишки называют удаление кишки с опухолью и

- +а) удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания
- б) аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- в) резекция какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли
- г) низведение вышележащих отделов ободочной кишки
- д) резекция печени по поводу метастазов

341. Невозможность выполнения радикальной операции по поводу рака прямой кишки объясняется

- а) толстокишечной непроходимостью
- б) возрастом больного
- +в) множественными отдалёнными метастазами рака
- г) солитарным отдалённым метастазом рака
- д) большим размером опухоли

342. При резекции прямой кишки длина кишки дистальнее опухоли (ее макроскопической границы) должна быть не менее

- +а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3 см
- г) 4 см
- д) 5 см

343. При острой кишечной непроходимости, развившейся из-за циркулярной опухоли дистального отдела сигмовидной кишки, необходимо выполнить

- а) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- б) наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки
- в) переднюю резекцию прямой кишки
- +г) операцию Гартмана
- д) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

344. Формирование внутрибрюшной одностольной колостомы при радикальной операции по поводу рака прямой кишки используется

- а) у пожилых больных
- б) при короткой брыжейке сигмовидной кишки
- +в) при инфицировании брюшной полости
- г) при перифокальном воспалении
- д) при местнораспространенной раковой опухоли

345. Кровоснабжение сигмовидной кишки осуществляется за счет

- а) верхнебрыжеечной артерии
- +б) нижнебрыжеечной артерии
- в) средней прямокишечной артерии
- г) средней ободочной артерии
- д) подвздошноободочной артерии

346. Для плоскоклеточного рака заднего прохода наиболее характерно то, что он

- а) имеет тенденцию распространяться вверх по анальному каналу под слоем слизистой
- +б) даёт метастазы в паховые лимфатические узлы
- в) даёт метастазы в кости
- г) особенно опасен для женщин, когда локализован по передней полуокружности заднего прохода
- д) даёт метастазы в лёгкие

347. При раке прямой кишки, расположенном на 4 см выше края анального канала, показана

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- +в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) задняя проктотомия
- д) ампутация прямой кишки

348. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колостомы отличается от экстирпации прямой кишки тем, что

- а) производится пересечение и перевязка леваторов
- +б) оставляется задний проход и мышца, его поднимающая
- в) формируется колостома
- г) не удаляются подвздошные и тазовые лимфатические узлы
- д) не производится низведение сигмовидной кишки

349. Циркулярный разрез стенки прямой кишки при брюшно-анальной резекции необходимо производить на 1 см выше аноректальной линии с целью

- а) большего радикализма
- +б) сохранения функции держания анального сфинктера
- в) более удобного доступа для выделения кишки
- г) абластики
- д) сохранения мышцы, поднимающей задний проход

350. При раке верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложнённого толстокишечной непроходимостью, показана

- а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- +б) операция Гартмана
- в) передняя резекция прямой кишки

- г) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- д) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом

351. Противопоказанием для выполнения передней резекции прямой кишки является

- а) расположение опухоли выше 14 см от края заднего прохода
- б) возраст больного
- в) избыточный вес больного
- +г) толстокишечная непроходимость
- д) наличие сопутствующих заболеваний

352. Паллиативную резекцию прямой кишки не следует выполнять, когда

- а) имеются неудалимые отдалённые метастазы рака
- б) опухоль больших размеров
- +в) есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- г) имеются множественные метастазы рака в печени
- д) опухоль небольших размеров

353. Операцию двустольной колостомии в качестве симптоматической операции следует выполнять при: 1) наличии множественных метастазов в печени 2) выраженной кишечной непроходимости 3) наличии перитонита вследствие перфорации опухоли 4) невозможности удаления опухоли из-за её местного распространения 5) невозможности наложения обходного анастомоза

- 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

354. Под комбинированным лечением рака прямой кишки понимают: 1) лучевую терапию с последующей радикальной операцией 2) радикальную операцию с последующей лучевой терапией 3) лучевую терапию с химиотерапией и операцией 4) комбинированная операция без лучевой и химиотерапии 5) химиотерапия с лучевой терапией

- +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

355. Основнымотягощающим фактором при опухолевой толстокишечной непроходимости, нередко способствующим летальному исходу, является

- а) возраст больного
- б) истощение больного
- в) длительность заболевания
- +г) перфорация опухоли
- д) локализация опухоли

356. Наиболее эффективным способом подготовки кишки к операции при частичном нарушении толстокишечной непроходимости является

- +а) приём слабого раствора солевого слабительного (15% раствора магнезии) и вазелинового масла

- б) очистительные клизмы
- в) приём касторового масла
- г) голодание
- д) лаваж

357. Для лечения острой толстокишечной непроходимости при раке прямой кишки следует

- а) ввести зонд Миллера-Эббота
- +б) выполнить неотложное хирургическое вмешательство
- в) прикладывать грелки к животу
- г) поставить очистительную клизму
- д) назначить лечение антибиотиками

358. Наиболее частой причиной механической толстокишечной непроходимости является

- а) спаечный процесс
- б) сужение кишечника после рентгенотерапии
- в) заворот кишки
- +г) опухоль
- д) инвагинация

359. Наилучшим способом очистки кишечника для плановой операции является

- а) диета
- б) клизма
- в) слабительное
- +г) лаваж (ортоградное промывание желудочно-кишечного тракта)
- д) голодание

360. Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет:

- +а) дренирования забрюшинного пространства
- б) дренирования полости малого таза дренажными трубками
- в) применения отсоса для дренирования полости малого таза
- г) орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде
- д) применения антибиотиков

361. Паралитическую кишечную непроходимость вызывает

- а) безоар
- б) круглая поджелудочная железа
- +в) перитонит
- г) заворот
- д) инвагинация

362. Наиболее частым осложнением брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением является

- а) эвентрация
- б) перитонит
- +в) некроз низведённой кишки
- г) пресакральный абсцесс
- д) нагноение раны передней брюшной стенки

363. Наиболее эффективным методом профилактики послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза является

- а) орошение прямой кишки раствором гипохлорита натрия
- б) предоперационная антибиотикотерапия
- +в) орошение полости малого таза растворами антисептиков
- г) использование двухканальных дренажей
- д) применение гипербарической оксигенации

364. Больные раком прямой кишки, перенесшие радикальные операции, нуждаются в диспансерном наблюдении в первые два года после операции

- а) каждые полгода
- +б) каждые три месяца
- в) один раз в год
- г) достаточно одного раза в два года
- д) каждый месяц

365. Рак прямой кишки чаще всего имеет морфологическую форму

- а) базалиомы
- б) папилломы
- в) фибромиомы
- г) лейомиомы
- +д) аденокарциномы

366. Рак анального канала обычно состоит из клеток типа

- а) аденокарциномы
- б) базалиомы
- в) меланомы
- +г) плоскоклеточного рака
- д) лейомиомы

367. Опухоли, расположенные выше анального канала, чаще всего имеют строение

- а) базалиомы
- +б) аденокарциномы
- в) плоскоклеточного рака
- г) лейомиосаркомы
- д) меланомы

368. Рак ректосигмоидного отдела обычно проявляет себя:

- а) развитием общей слабости
- б) потерей аппетита
- +в) кровотечением и явлениями кишечной непроходимости
- г) анемией
- д) увеличением геморроидальных узлов из-за сдавления сосудов опухолью

369. Правильный диагноз рака прямой кишки устанавливается на основании

- а) клинического анализа крови и мочи, ирригоскопии
- б) цистоскопии, цистографии и колоноскопии
- +в) пальцевого исследования прямой кишки, ректоскопии, биопсии
- г) ирригоскопии и ультрасонографии
- д) обзорной рентгенографии брюшной полости, ультрасонографии

370. Для выявления типичных отдалённых метастазов рака прямой кишки до операции следует произвести

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректороманоскопию
- в) рентгеноскопию грудной клетки
- г) колоноскопию
- +д) ультразвуковое исследование и рентгеноскопию органов грудной клетки

371. При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации. Боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено. Больному необходимо

- а) назначить повторный осмотр через две-три недели
- б) направить на рентгенологическое исследование - ирригоскопию
- +в) сделать ректороманоскопию
- г) направить на госпитализацию в хирургическое отделение для обследования
- д) назначить анализы крови и мочи

372. Больной после оперативного лечения по поводу рака прямой кишки приходит на приём к проктологу. Врач должен

- а) отказать ему в приеме, если операция была паллиативной
- +б) принять, осмотреть, дать рекомендации и назначить срок повторного осмотра
- в) без осмотра сразу направить к онкологу
- г) дать совет постоянно наблюдаться только у специалистов, которые выполняли операцию
- д) назначить прием обезболивающих и гомеопатических средств

373. Наиболее эффективным методом лечения рецидива рака прямой кишки является

- +а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия
- г) лечение чистотелом
- д) криодеструкция

374. Пятилетняя выживаемость среди больных, перенесших радикальные операции по поводу рака прямой кишки составляет

- а) 20 - 30%
- б) 35 - 40%
- +в) 40 - 60%
- г) 70 - 80%
- д) более 80%

375. Для раковой опухоли ободочной кишки характерным является

- а) быстрый рост и выход за пределы кишечной стенки
- б) раннее метастазирование
- + в) медленный рост и позднее метастазирование
- г) ранняя клиническая симптоматика
- д) анемия даже при небольших опухолях

376. К III-б стадии рака ободочной кишки относится опухоль, занимающая

- а) не более полуокружности стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах

- б) более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки, метастазов в лимфоузлах нет
- +в) более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
- г) не более полуокружности кишечной стенки без регионарных метастазов
- д) циркулярная опухоль без регионарных метастазов

377. К II-а стадии рака ободочной кишки относится опухоль

- а) занимающая более полуокружности кишки
- +б) занимающая не более полуокружности стенки кишки и не выходящая за её пределы, без регионарных метастазов
- в) любого размера опухоль при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах
- г) циркулярная опухоль без метастазов в лимфоузлах
- д) любого размера опухоль без метастазов в лимфоузлах

378. При рентгенологическом исследовании больного раком ободочной кишки не имеет значения симптом:

- а) центрального или краевого дефекта наполнения
- б) сужения кишки, неровности контуров
- в) сужения просвета кишки с ригидностью стенок
- г) расширения кишки выше сужения
- +д) заполнения контрастом подвздошной кишки

379. Наиболее эффективным методом лечения рака ободочной кишки является

- а) лучевой
- б) химиотерапевтический
- в) хирургический
- +г) комбинированный
- д) симптоматический

380. При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать

- +а) подвздошно-ободочную, правую ободочную и правую ветвь средней ободочной артерии
- б) правые и средние ободочные сосуды
- в) правые ободочные сосуды и аппендикулярные сосуды
- г) подвздошно-ободочные, средние ободочные с правой и левой ветвями средней ободочной артерии
- д) нижнебрыжеечные сосуды

381. Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является

- а) сегментарная резекция сигмовидной кишки с сигмо-сигмоидным анастомозом
- +б) левосторонняя гемиколэктомия
- в) сигмоидэктомия
- г) дистальная резекция сигмовидной кишки
- д) расширенная передняя резекция

382. Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит

- а) в правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом
- б) в правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой
- +в) в правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой
- г) в проксимальной илеостомии без резекции кишки

д) в наложении двуствольной трансверзостомы

383. При раке восходящей кишки с перифокальным абсцессом показана операция

- а) по типу операции Гартмана
- +б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- в) по типу операции Микулича
- г) правосторонняя гемиколэктомия и илео- и трансверзостомией
- д) резекция илеоцекального угла

384. При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция

- а) типа операции Гартмана
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- в) типа операции Микулича
- +г) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
- д) резекция илеоцекального угла

385. При раке дистального отдела сигмовидной кишки, осложнённом кишечной непроходимостью и перифокальным воспалением, показана операция

- а) только двуствольная колостомия
- +б) операция Гартмана
- в) левосторонняя гемиколэктомия
- г) резекция по типу операции Микулича
- д) передняя резекция

386. При раке проксимального отдела сигмовидной кишки, осложнённом перифокальным воспалением, показана операция

- а) Гартмана
- б) сигмодэктомия
- в) Микулича
- +г) левосторонняя гемиколэктомия
- д) передняя резекция

387. При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана

- а) левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом
- б) резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза
- +в) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- г) операция Гартмана
- д) клиновидная резекция стенки кишки

388. При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана

- а) колэктомия с илео-ректальным анастомозом
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
- в) колэктомия без первичного анастомоза
- +г) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- д) операция типа операции Гартмана

389. При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана

- +а) левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
- б) операция Гартмана
- в) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича

- г) операция Лахей
- д) резекция левого изгиба ободочной кишки

390. При раке средней трети сигмовидной кишки, не выходящим за пределы кишечной стенки, показана

- а) левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
- +б) сигмоидэктомия
- в) дистальная резекция сигмовидной кишки
- г) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- д) операция Гартмана

391. Из перечисленных паллиативных операций при раке ободочной кишки следует отдавать предпочтение

- а) наложению проксимальной стомы
- б) формированию обходного анастомоза
- +в) паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью
- г) лапаротомии
- д) клиновидной резекции стенки кишки

392. Наиболее удобна в уходе

- а) двуствольная колостома
- б) одноствольная колостома «столбиком»
- в) илеостома
- г) цекостома
- +д) одноствольная плоская колостома с возвышающимся «бортиком»

393. Наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита является

- а) распространение инфекции из какого-либо очага воспаления
- б) вскрытие просвета кишки во время операции
- +в) несостоятельность швов межкишечного соустья
- г) ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- д) дисбактериоз

394. Для предупреждения несостоятельности швов кишечного анастомоза не рекомендуется:

- а) избегать натяжения анастомозируемых концов кишки
- б) предупреждать образование гематом в стенке кишки
- в) не повреждать сосуды, питающие ткани анастомозируемых концов кишки
- г) использовать атравматические иглы
- +д) накладывать слишком частые швы

395. Протяжённость внутрисстеночного распространения рака ободочной кишки в проксимальном и дистальном направлениях, как правило, не превышает

- а) 0,5 см
- б) 1 см
- +в) 1,5-2,0 см
- г) 3,0-4,0 см
- д) 5,0см

396. Рак слепой кишки чаще дает метастазы в лимфатические узлы

- +а) по ходу подвздошно-ободочной артерии
- б) по ходу левой ободочной артерии

- в) по ходу средней ободочной артерии
- г) по ходу нижнебрыжеечной артерии
- д) по ходу правой ободочной артерии

397. Диагноз карциноида прямой кишки, как правило, устанавливается

- а) при пальцевом исследовании
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- +г) после эндоскопического удаления и морфологического исследования
- д) колоноскопии

398. Формирование канала для выведения забрюшинной колостомы при операции удаления прямой кишки целесообразнее сделать:

- а) после полной мобилизации прямой кишки
- б) после мобилизации и удаления кишки
- в) до начала мобилизации кишки, сразу после ее пересечения
- +г) до начала мобилизации и пересечения кишки
- д) после удаления кишки и промывания полости малого таза раствором антисептика.

399. К III-б стадии рака ободочной кишки относится опухоль, занимающая

- а) не более полуокружности стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
- б) более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки, метастазов в лимфоузлах нет
- + в) более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
- г) не более полуокружности кишечной стенки без регионарных метастазов
- д) циркулярная опухоль без регионарных метастазов

400. Ко II-а стадии рака ободочной кишки относится опухоль

- а) занимающая более полуокружности кишки
- + б) занимающая не более полуокружности стенки кишки и не выходящая за её пределы, без регионарных метастазов
- в) любого размера опухоль при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах
- г) циркулярная опухоль без метастазов в лимфоузлах
- + д) любого размера опухоль без метастазов в лимфоузлах

401. При рентгенологическом исследовании больного раком ободочной кишки не имеет значения симптом:

- а) центрального или краевого дефекта наполнения

- б) сужения кишки, неровности контуров
- + в) сужения просвета кишки с ригидностью стенок
- г) расширения кишки выше сужения
- д) заполнения контрастом подвздошной кишки

402. К макроскопическим формам роста рака ободочной кишки по эндоскопической классификации не относился:

- а) узловая
- б) полиповидная
- в) ворсиноподобная
- + г) эндофитная и инфильтративная
- д) бляшковидная

403. Наиболее эффективным методом лечения рака ободочной кишки является

- а) лучевой
- б) химиотерапевтический
- в) хирургический
- г) комбинированный
- д) симптоматический

404 При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать

- + а) подвздошно-ободочную, правую ободочную и правую ветвь средней ободочной артерии
- б) правые и средние ободочные сосуды
- в) правые ободочные сосуды и аппендикулярные сосуды
- г) подвздошно-ободочные, средние ободочные с правой и левой ветвями средней ободочной артерии
- д) нижнебрыжеечные сосуды

405. Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является

- а) сегментарная резекция сигмовидной кишки с сигмо-сигмоидным анастомозом

- + б) левосторонняя гемиколэктомия
- в) сигмоидэктомия
- г) дистальная резекция сигмовидной кишки
- д) расширенная передняя резекция

406. Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит

- а) в правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом
- б) в правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой
- + в) в правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой
- г) в проксимальной илеостомии без резекции кишки
- д) в наложении двуствольной трансверзостомы

407. При раке восходящей кишки с перифокальным абсцессом показана операция

- а) по типу операции Гартмана
- + б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- в) по типу операции Микулича
- г) правосторонняя гемиколэктомия и илео- и трансверзостомией
- д) резекция илеоцекального угла

408. При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция

- а) типа операции Гартмана
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- в) типа операции Микулича
- + г) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
- д) резекция илеоцекального угла

409. При раке дистального отдела сигмовидной кишки, осложнённом кишечной непроходимостью и перифокальным воспалением, показана операция

- а) только двуствольная колостомия
- + б) операция Гартмана

- в) левосторонняя гемиколэктомии
- г) резекция по типу операции Микулича
- д) передняя резекция

410. При раке проксимального отдела сигмовидной кишки, осложнённом перифокальным воспалением, показана операция

- а) Гартмана
- б) сигмоидэктомия
- в) Микулича
- + г) левосторонняя гемиколэктомия
- д) передняя резекция

411. При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана

- а) левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом
- б) резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза
- + в) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- г) операция Гартмана
- д) клиновидная резекция стенки кишки

412. При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана

- а) колэктомия с илеоректальным анастомозом
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
- в) колэктомия без первичного анастомоза
- + г) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- д) операция типа операции Гартмана

413. При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана

- + а) левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
- б) операция Гартмана
- в) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича

- г) операция Лахей
- д) резекция левого изгиба ободочной кишки

414. При раке средней трети сигмовидной кишки, не выходящим за пределы кишечной стенки, показана

- а) левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
- + б) сигмоидэктомия
- в) дистальная резекция сигмовидной кишки
- г) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- д) операция Гартмана

415. Из перечисленных паллиативных операций при раке ободочной кишки следует отдавать предпочтение

- а) наложению проксимальной стомы
- б) формированию обходного анастомоза
- + в) паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью
- г) лапаротомии
- д) клиновидной резекции стенки кишки

416. Наиболее удобна в уходе

- а) двуствольная колостома
- б) одноствольная колостома «столбиком»
- в) илеостома
- г) цекостома
- + д) одноствольная плоская колостома с возвышающимся «бортиком»

417. Отдалённые результаты лечения лучше при применении предоперационной лучевой терапии на беттатроне с энергией 25 МЭВ в случае расположения опухоли

- а) в дистальном отделе сигмовидной кишки
- б) в проксимальном отделе сигмовидной кишки
- в) в нисходящей кишке
- г) в поперечной ободочной кишке

- + д) в слепой и восходящей кишке

418. Наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита является

- а) распространение инфекции из какого-либо очага воспаления
- б) вскрытие просвета кишки во время операции
- + в) несостоятельность швов межкишечного соустья
- г) ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- д) дисбактериоз

419 Для предупреждения несостоятельности швов кишечного анастомоза не рекомендуется:

- а) избегать натяжения анастомозируемых концов кишки
- б) предупреждать образование гематом в стенке кишки
- в) не повреждать сосуды, питающие ткани- анастомозируемых концов кишки
- г) использовать атравматические иглы
- + д) накладывать слишком частые швы

420. Рак слепой кишки чаще дает метастазы в лимфатические узлы

- + а) по ходу подвздошно-ободочной артерии
- б) по ходу левой ободочной артерии
- в) по ходу средней ободочной артерии
- г) по ходу нижнебрыжеечной артерии
- д) по ходу правой ободочной артерии

421. Диагноз карциноида прямой кишки, как правило, устанавливается

- а) при пальцевом исследовании
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- + г) после эндоскопического удаления и морфологического исследования
- д) колоноскопии

422. Формирование канала для выведения забрюшинной колостомы при операции удаления прямой кишки целесообразнее сделать:

- а) после полной мобилизации прямой кишки
- б) после мобилизации и удаления кишки
- в) до начала мобилизации кишки, сразу после ее пересечения
- + г) до начала мобилизации и пересечения кишки
- д) после удаления кишки и промывания полости малого таза раствором антисептика.

Перечень ситуационных задач с эталонами ответов

Задача №1

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три года узлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2

У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3

Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение назначите больному?

Задача №4

Больная 45 лет поступила в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

1. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
2. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №5

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3 суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3-4 часа после нее. Возникла стулобоязнь. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №6

Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились первые боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38 гр. При осмотре области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №7

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39-40 гр. В периферической крови лейкоцитоз до $18 \cdot 10^{12}$ со сдвигом влево. При осмотре внешних

изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высоко край инфильтра.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?

Задача №8

Больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 30-40 гр., резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача № 9

Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры до 38 гр. Больна в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2см, гиперемия кожи, болезненность, здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больной?

Задача №10

У больной 23 лет в течение 5 лет периодически появляется припухлость в области копчика, болезненность, повышение температуры до 38гр., слизистогнойные выделения. Последнее обострение 3 месяца назад. При осмотре в области межъягодичной складки видны три воронкообразных втяжения кожи диаметром до 3 мм. Из одного из них торчит пучок волос.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Какое лечение показано больному?

Задача №11

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три

годаузлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

Вопросы:

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №12

У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №13

Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение назначите больному?

Задача №14

У больного, страдающего дивертикулезом правой половины толстой кишки, периодически отмечаются толстокишечные кровотечения. Последние удавалось купировать консервативно. Поступил в клинику с профузным кровотечением, выделением через задний проход большого количества алой крови. Низким кровяным давлением, сниженными показателями

периферической крови/эритроциты $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 32 г/л, гематокрит 0,22/. Интенсивная терапия в течение двух часов с включением переливания крови, кровезаменителей, гемостатиков без эффекта.

Вопросы:

1. Какое лечение применить больному?

Задача №15

У больного В., 16 лет в течение полугода отмечаются боли в животе, примеси крови и слизи в кале, поносы до 6 раз в сутки, быстрая утомляемость при физической и умственной нагрузке. При осмотре бледность кожи и слизистых покровов задержка вторичных половых признаков, отставание в весе. При пальцевом исследовании в прямой кишке несколько полипов диаметром около одного см.

Вопросы:

1. О каком заболевании у больного необходимо думать?
2. Какое обследование необходимо провести больному?

Перечень ответов

Ответ к задаче №1

У больного 4 стадия геморроя. Из специальных методов обследования необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию (сигмоидоскопию).
Лечебная тактика состоит в проведении оперативного лечения.

Ответ к задаче №2

Больной с острым периодом инфаркта миокарда и кровотечением из внутреннего геморроидального узла, не поддающегося консервативной терапии. Лечебная тактика состоит в проведении склерозирующей терапии кровоточащего узла.

Ответ к задаче №3

У больного осложнение геморроя-тромбофлебит геморроидальных узлов. Показано консервативное лечение, с последующей операцией.

Ответ к задаче №4

Хроническая трещина протекает с рецидивирующим течением. Она имеет плотные каллезные края, с разрастанием по ним грануляционной ткани (сторожевые бугорки). Необходимо оперативное лечение. Смысл операции заключается в иссечении хронической трещины с основанием, рубцовыми краями, сторожевыми бугорками. При спазме сфинктера проводится дозированная сфинктеротомия.

Ответ к задаче № 5

У больной острая анальная трещина. Причина образования ее травма слизистой оболочки прямой кишки плотным каловым комком, так как не был отрегулирован стул после родов. Показано консервативное лечение трещины.

Ответ к задаче №6

У больного острый подкожный парапроктит. Необходимо оперативное лечение под общим обезболиванием.

Ответ к задаче №7

У больного острый пельвиоректальный парапроктит. Необходимо оперативное лечение под общим обезболиванием.

Ответ к задаче №8

У больного анаэробный парапроктит. Необходимо оперативное лечение под общим обезболиванием.

Ответ к задаче №9

У больного эпителиальный копчиковый ход, осложненный инфекцией с образованием подкожного абсцесса. Показано оперативное лечение, которое заключается во вскрытии и дренировании нагноившегося эпителиального копчикового хода.

Ответ к задаче № 10

У больного эпителиальный копчиковый ход в периоде ремиссии. Из специальных методов обследования необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, рентгенографию костей крестца и копчика. Показано плановое оперативное лечение - иссечение кисты.

Ответ к задаче №11

1. У больного 4 стадии геморроя. Из специальных методов обследования необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, ректороманоскопию (сигмоидоскопию).
2. Лечебная тактика состоит в проведении оперативного лечения.

Ответ к задаче №12

1. Больной с острым периодом инфаркта миокарда и кровотечением извнутреннего геморроидального узла, не поддающегося консервативнойтерапии.
2. Лечебная тактика состоит в проведении склерозирующей терапии кровоточащего узла.

Ответ к задаче №13

1. У больного осложнение геморроя-тромбофлебит геморроидальных узлов.
2. Показано консервативное лечение, с последующей операцией.

Ответ к задаче №14

1. Кровотечение является одним из самых частых осложнений ДБТК. В данном случае необходимо оперативное лечение, учитывая профузныйхарактер кровотечения и безуспешность консервативной терапии. Цель операции устранение источника кровотечения, то есть резекция пораженной кишки.

Ответ к задаче №15

1. Следует исключить ювенильный диффузный полипоз. Из специальных методов обследования следует провести фиброколоноскопию. Для гистологического исследования необходимо удалять несколько полипов.