

Тест по колопроктологии (квалификационные)

**система подготовки к тестам Gee Test
oldkyx.com**

социальная гигиена и организация здравоохранения

1. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

- 1) [-]только если нужна плановая операция
- 2) [-]только при использовании инвазивных диагностических методик (например, лапароскопия, ангиография и пр.)
- 3) [-]если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы
- 4) [-]если операция будет проводиться под наркозом
- 5) [+]всегда

2. Международная классификация болезней - это

- 1) [-]перечень наименований болезней в определенном порядке
- 2) [-]перечень диагнозов в определенном порядке
- 3) [-]перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- 4) [+]система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- 5) [-]перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

3. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в

- 1) [+]областных и городских многопрофильных больницах

- 2) [-]больницах скорой помощи
 - 3) [-]участковых больницах
 - 4) [-]реабилитационных центрах
 - 5) [-]во всех перечисленных лечебно-профилактических учреждениях
-

4. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет

- 1) [-]от 20 до 30 коек
 - 2) [-]от 30 до 40 коек
 - 3) [+]от 40 до 60 коек
 - 4) [-]от 60 до 80 коек
 - 5) [-]свыше 80 коек
-

5. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается

- 1) [-]на 50 тыс. населения
 - 2) [-]на 100 тыс. населения
 - 3) [-]на 150 тыс. населения
 - 4) [+]на 200 тыс. населения
 - 5) [-]на 300 тыс. населения
-

6. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники

- 1) [-]1 ставка на 50 тысяч взрослого населения
- 2) [+]1 ставка на 100 тысяч взрослого населения
- 3) [-]1 ставка на 150 тысяч взрослого населения

4) [-]1 ставка на 175 тысяч взрослого населения

5) [-]1 ставка на 200 тысяч взрослого населения

7. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять

1) [-]11 человек в 1 час

2) [-]8 человек в 1 час

3) [-]6 человек в 1 час

4) [+]4 человека в 1 час

5) [-]норматив не установлен

8. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами

1) [+]геморроем

2) [-]семейным аденоматозом толстой кишки

3) [-]неспецифическим язвенным колитом

4) [-]полипами толстой кишки

5) [-]ворсинчатыми опухолями толстой кишки

9. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на

1) [-]5 колопроктологических коек

2) [-]10 колопроктологических коек

3) [+]15 колопроктологических коек

4) [-]20 колопроктологических коек

5) [-]25 колопроктологических коек

10. Потребность в колопроктологических койках на 10тыс. населения в настоящее время составляет

- 1) [-]0,35
- 2) [-]0,40
- 3) [+]0,45
- 4) [-]0,50
- 5) [-]0,62

11. Соблюдение врачебной тайны необходимо для: 1. защиты внутреннего мира человека, его автономии 2. охраны от манипуляций со стороны внешних сил 3. защиты социальных и экономических интересов личности 4. поддержания престижа медицинской профессии 5. создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент" Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

12. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

13. Первичная медицинская статистическая документация необходима для: 1. регистрации изучаемого явления (заболеваемость с впервые в жизни диагностируемым заболеванием) 2. оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением 3. выработки конкретного, обоснованного решения 4. изучения демографической ситуации 5. изучения здоровья населения Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

анатомия и физиология толстой кишки, анального канала и промежности

1. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки

- 1) [-]в подкожной клетчатке
- 2) [-]под сухожилием наружной косой мышцы живота
- 3) [-]между наружной и внутренней косыми мышцами
- 4) [+]между внутренней косой и поперечной мышцей
- 5) [-]между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

2. Прямая мышца живота

- 1) [-]фиксирована только к переднему листку влагалища
- 2) [-]фиксирована только к заднему листку влагалища
- 3) [+]фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища
- 4) [-]не фиксирована к обоим листкам влагалища д) не имеет фасциальной оболочки

3. Нижняя надчревная артерия (a. profunda)отходит

- 1) [-]от бедренной артерии
- 2) [-]от внутренней подвздошной артерии
- 3) [-]от пупочной артерии
- 4) [+]от наружной подвздошной артерии
- 5) [-]от запирательной артерии

4. Гной из переднего апоневротического влагалища

прямой мышцы живота распространяется

- 1) [-]в околопупочную область
- 2) [-]в предпузырное пространство
- 3) [-]в свободную брюшную полость
- 4) [-]в соседнее апоневротическое влагалище мышцы
- 5) [+]гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы

5. Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота распространяется

- 1) [-]на бедро
- 2) [-]в клетчатку малого таза
- 3) [-]гнойник локализуется только во влагалище мышцы
- 4) [+]в предпузырное пространство
- 5) [-]в околопупочную область

6. Стенками сальниковой сумки не является

- 1) [-]задняя стенка желудка
- 2) [-]малый сальник
- 3) [+]начальная часть 12-перстной кишки
- 4) [-]брыжейка поперечной ободочной кишки
- 5) [-]листок брюшины, покрывающий переднюю поверхность поджелудочной железы

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

- 1) [+]справа
- 2) [-]слева
- 3) [-]спереди от артерии

- 4) [-]позади артерии
- 5) [-]огибает артерию в виде кольца

8. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

- 1) [-]печеночной артерии
- 2) [-]желудочно – 12 перстной артерии
- 3) [+]**брюшной аорты**
- 4) [-]правой желудочно-сальниковой артерии
- 5) [-]правой почечной артерии

9. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки

- 1) [-]пять
- 2) [-]семь
- 3) [+]**десять**
- 4) [-]шестнадцать
- 5) [-]нет ни одного

10. 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 5. сфинктер Гирша Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]**если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

11. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

12. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется

- 1) [-]на латеральную поверхность бедра
- 2) [+]на внутреннюю поверхность бедра
- 3) [-]под малую ягодичную мышцу
- 4) [-]под большую ягодичную мышцу
- 5) [-]под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра

13. Нижняя прямокишечная артерия отходит

- 1) [-]от внутренней подвздошной артерии
- 2) [-]от запирательной артерии
- 3) [+]от внутренней срамной артерии
- 4) [-]от нижней ягодичной артерии
- 5) [-]от промежностной артерии

14. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно

- 1) [+]на грушевидной мышце
 - 2) [-]на внутренней запирательной мышце
 - 3) [-]на копчиковой мышце
 - 4) [-]на подвздошно-поясничной мышце
 - 5) [-]на лонно-прямокишечной мышце
-

15. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты

- 1) [-]в верхнеампулярном отделе
 - 2) [-]в среднеампулярном отделе
 - 3) [-]в нижнеампулярном отделе
 - 4) [+]в области запирательного аппарата прямой кишки
 - 5) [-]циркулярные волокна везде развиты одинаково
-

16. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены

- 1) [-]только мочевого пузыря
 - 2) [-]мочевого пузыря и прямая кишка
 - 3) [-]предстательная железа и прямая кишка
 - 4) [+]мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка
 - 5) [-]мочевого пузыря и предстательная железа
-

17. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является

- 1) [+]диафрагмально-ободочная связка
- 2) [-]печеночно-дуоденальная связка
- 3) [-]пузырно-толстокишечная связка
- 4) [-]правая половина большого сальника

5) [-]малый сальник

18. Срамной нерв происходит

- 1) [-]из поясничного сплетения
 - 2) [-]непосредственно из крестцового сплетения
 - 3) [-]из подчревного сплетения
 - 4) [-]из нижнего брыжеечного сплетения
 - 5) [+]из сплетения, образованного 2, 3и 4 крестцовыми нервами
-

19. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями

- 1) [-]запирательного нерва
 - 2) [+]срамного нерва
 - 3) [-]тазового нерва
 - 4) [-]бедренного нерва
 - 5) [-]промежностного нерва
-

20. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого, основную роль из числа перечисленных, играет

- 1) [-]копчиковая мышца
 - 2) [-]подвздошно-копчиковая мышца
 - 3) [+]лонно-прямокишечная мышца
 - 4) [-]ано-копчиковая связка
 - 5) [-]все перечисленные
-

21. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются

- 1) [+]мочеточники

- 2) [-]подчревные артерии
 - 3) [-]семенные пузырьки у мужчин
 - 4) [-]предстательная железа
 - 5) [-]все перечисленное
-

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

- 1) [-]межмышечным пространством
 - 2) [-]пельвиоректальным пространством
 - 3) [-]подкожным клетчаточным пространством
 - 4) [+]ишиоректальным пространством
 - 5) [-]ретроректальным пространством
-

23. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1. паховые 2. подчревные 3. аноректальные 4. верхние прямокишечные 5. подвздошные Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

24. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1. боковые клетчаточные пространства таза 2. позадипрямокишечное клетчаточное пространство 3. околосагитальную клетчатку у женщин 4.

забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу 5. околопростатическую клетчатку у мужчин
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

25. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует: 1. луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышцы 2. собственная фасция мочеполового треугольника 3. глубокая поперечная мышца промежности 4. запирательная мышца 5. поверхностная поперечная мышца промежности
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

26. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется: (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную)

- 1) [-]ретроректальное
 - 2) [-]ишиоректальное
 - 3) [+]постанальное
 - 4) [-]пельвиоректальное
 - 5) [-]межмышечное
-

27. В основу сегментарного деления печени положено

- 1) [+]внутрипеченочное ветвление печеночной артерии
 - 2) [-]внутрипеченочное формирование желчных протоков
 - 3) [-]разветвление портальной системы
 - 4) [-]разветвление внутрипеченочных нервов
 - 5) [-]лимфатическая система печени
-

28. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет

- 1) [-]верхней брыжеечной артерии
 - 2) [+]печеночной артерии
 - 3) [-]артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
 - 4) [-]нижней брыжеечной артерии
 - 5) [-]всех перечисленных артерий
-

29. Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет

- 1) [+]до 2-х литров кишечного сока
- 2) [-]до 5-ти литров кишечного сока
- 3) [-]до 7-ми литров кишечного сока
- 4) [-]до 15-ти литров кишечного сока
- 5) [-]до 20-ти литров кишечного сока

30. В толстой кишке не всасываются: 1. вода и электролиты 2. спирт 3. глюкоза и моносахариды 4. белки 5. все жирорастворимые витамины Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

31. Верхняя брыжеечная вена: 1. начинается у конца подвздошной кишки 2. поднимается к корню брыжейки тонкой кишки 3. проходит впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки 4. подходит за головку поджелудочной железы 5. соединяется с селезеночной веней Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

32. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1. большим по сравнению с тонкой диаметром 2. серовато-пепельным оттенком 3. особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент 4. наличием жировых подвесков 5. наличием гаустр Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

33. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника неучаствует концевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1. подвздошная 2. ободочная 3. правая ободочная 4. артерия червеобразного отростка 5.средняя слепокишечная Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

34. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

- 1) [-]нижней брыжеечной артерии
- 2) [-]подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
- 3) [-]ветвей, непосредственно отходящих от аорты
- 4) [+]восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
- 5) [-]средней ободочной артерии

35. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является

- 1) [-]правая ободочная артерия

- 2) [-]левая ободочная артерия
- 3) [-]правая и левая ободочная артерии
- 4) [+]средняя ободочная артерия
- 5) [-]нижняя брыжеечная артерия

36. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

- 1) [-]левой и правой ветвей средней ободочной артерии
- 2) [+]левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- 3) [-]подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- 4) [-]левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
- 5) [-]в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии

37. Артерии сигмовидной кишки отходят

- 1) [-]непосредственно от аорты
- 2) [-]от верхней брыжеечной артерии
- 3) [+]от нижней брыжеечной артерии
- 4) [-]от средней ободочной артерии
- 5) [-]от левой ободочной артерии

38. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

39. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

40. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: 1. являются капиллярами 2. отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки 3. отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана 4. отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее 5.вправой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

патоморфологическая характеристика заболеваний толстой кишки

1. Внутренние геморроидальные узлы располагаются

- 1) [-]ниже аноректальной линии
- 2) [+]над аноректальной линией
- 3) [-]на уровне межсфинктерной борозды
- 4) [-]на уровне аноректальной линии
- 5) [-]на линии Хилтона

2. Микроскопически геморрой характеризуется

- 1) [-]варикозным расширением вен
- 2) [+]гиперплазией кавернозных телец
- 3) [-]ангиодисплазией
- 4) [-]тромбофлебитом
- 5) [-]склерозом гломусных анастомозов

3. Острая анальная трещина не имеет:

- 1) [-]щелевидной формы
- 2) [-]гладких ровных краев
- 3) [+]анального (сторожевого) бугорка
- 4) [-]мышечной ткани на дне дефекта
- 5) [-]фибрина на раневой поверхности

4. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид

- 1) [-]округлых плоских бляшек

2) [+]разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты

3) [-]блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям

4) [-]гладких бугристых образований

5) [-]грануляционной ткани

5. Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность

1) [-]сегментарное поражение слизистой оболочки

2) [-]воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки

3) [-]язвы, возникающие в прямой кишке, имеют щелевидную форму

4) [-]обязательным является поражение слизистой желудка и толстой кишки

5) [+]поражение слизистой прямой кишки является обязательным во всех случаях

6. Микроскопическая картина поражения при неспецифическом язвенном колите характеризуется

1) [-]воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки

2) [+]воспалительным инфильтратом, локализуемым только в слизистой оболочке

3) [-]преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания

4) [-]развитием склероза мышечного слоя

5) [-]образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки

7. Макроскопическая картина поражения при болезни

Крона толстой кишки характеризуется

- 1) [-]изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков
- 2) [-]тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
- 3) [-]тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
- 4) [-]обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
- 5) [+]наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

8. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются

- 1) [-]округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
- 2) [-]поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
- 3) [+]щелевидными язвами, идущими в различных направлениях
- 4) [-]слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой "сплошную" язву
- 5) [-]на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается

9. Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является

- 1) [-]выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
- 2) [-]возникновение воспалительных полипов
- 3) [+]трансмуральное поражение толстой кишки
- 4) [-]образование раковых опухолей
- 5) [-]образование дивертикулов

10. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится: 1. плоскоклеточный рак 2. аденокарцинома из анальных желез 3. базалиоидный рак 4. злокачественная меланома 5. мукоэпидермоидный рак Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

11. Макроскопическая картина болезни Гиршпрунга у взрослых характеризуется чаще всего: 1. расширением всех отделов прямой и ободочной кишки 2. относительным сужением в дистальном отделе и расширением вышерасположенных отделов толстой кишки 3. воспалительными изменениями слизистой оболочки толстой кишки 4. наличием язв на слизистой толстой кишки 5. отсутствием гаустр в расширенных отделах кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

12. Микроскопическая картина болезни Гиршпрунга может характеризоваться: 1. полным отсутствием межмышечного (Ауэрбаховского) и подслизистого (Мейснерова) нервных сплетений 2. значительным

уменьшением числа ганглиев межмышечного сплетения 3. укрупнением нервных стволов 4. отсутствием клеток в нервных сплетениях 5. отсутствием нервных сплетений Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

13. В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гишпрунга может иметь место: 1. относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервного сплетения 2. склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки 3. гипертрофия мышечных слоев 4. усиление гаустрации 5. уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

14. 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 разволокняются Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

15. По микроструктуре каудальные тератомы могут представлять собой: 1. дермоид 2. опухоль из трех зародышевых листков 3. эпидермоид 4. эпителиальный копчиковый ход 5. эпителиальное погружение Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

16. Каудальные 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 многокамерные Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

17. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

18. Характерным для липом толстой кишки является: 1. мягкая консистенция 2. желтоватое просвечивание через слизистую оболочку 3. гладкий округленный контур 4. изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы 5. малоподвижность образования Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

19. Карииноиды 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]**если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2) [-]**если правильные ответы 1 и 3**
- 3) [-]**если правильные ответы 2 и 4**
- 4) [-]**если правильный ответ 4**
- 5) [-]**если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

20. Для эндометриоза характерно: 1. отек и гиперемия слизистой оболочки 2. синеватые пятна и полоски 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 ее слизистой оболочки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]**если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2) [-]**если правильные ответы 1 и 3**
- 3) [-]**если правильные ответы 2 и 4**
- 4) [-]**если правильный ответ 4**
- 5) [-]**если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

21. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

22. В ювенильных полипах: 1. строма резко преобладает над железистым компонентом 2. в эпителиальных клетках усилено слизееобразование 3. обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток 4. преобладают процессы пролиферации эпителия 5. в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

23. Если при гистологическом исследовании полипа толстой кишки обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки в строме, то это говорит в пользу: 1. ювенильного полипа 2. тубулярно - ворсинчатой аденомы 3. аденокарциномы 4. гамартомы 5. тубулярной аденомы Выберите правильный ответ по

схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

24. Эпидермальные кисты параректальной клетчатки характеризуются тем, что: 1. стенка кист представлена тонким слоем соединительной ткани 2. внутренняя поверхность выстлана эпидермисом с явлениями ороговения 3. эпидермис не содержит придатков кожи 4. в кистах содержатся волосы 5. внутренняя поверхность кист содержит реснитчатый эпителий Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

25. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

семиотика и методы диагностики в колопроктологии

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

- 1) [+]геморроя
- 2) [-]раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- 3) [-]раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
- 4) [-]злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- 5) [-]синдрома раздраженной толстой кишки

2. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является

- 1) [-]на правом или левом боку
- 2) [-]на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- 3) [+]коленно-локтевое положение
- 4) [-]положение больного на спине в гинекологическом кресле
- 5) [-]лежа на спине в постели

3. При проведении осмотра больного не имеет решающего значения

- 1) [-]состояние кожи вокруг заднего прохода
- 2) [-]глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
- 3) [+]выраженность волосяного покрова

4) [-]следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже

5) [-]наличие свищевых отверстий

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

1) [-]боль в крестце

2) [+]выделение крови при дефекации

3) [-]общая слабость

4) [-]кишечная непроходимость

5) [-]анемия

5. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является

1) [-]анемия

2) [-]нарушение выделительной функции толстой кишки

3) [-]нарушение кишечной проходимости

4) [+]боли в животе

5) [-]общая слабость

6. Для рака правой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является

1) [-]кишечная непроходимость

2) [-]общая слабость

3) [-]боли в крестце

4) [+]боли в животе

5) [-]выделение сгустков крови из прямой кишки

7. Для удобства описания найденных изменений в

области заднего прохода в проктологии принято правило "циферблата часов". При этом аноскопическая область соответствует

- 1) [+] всегда 6-ти часам по циферблату
- 2) [-] 6-ти часам только при положении пациента на спине
- 3) [-] 6-ти часам только положение пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- 4) [-] 9-ти часам при положении пациента на левом боку
- 5) [-] 9-ти часам при положении пациента на правом боку

8. Пальцевое исследование прямой кишки производится

- 1) [+] как начальный этап обследования проктологического больного
- 2) [-] после ректороманоскопии
- 3) [-] после проктографии
- 4) [-] после проведения ирригоскопии
- 5) [-] после выполнения колоноскопии

9. 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 ее подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки 5. оценка состояния ректовагинальной перегородки

Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

10. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1. на левом боку с приведенными 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 наклоненным вперед туловищем 5. лежа на животе по Депажу Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

11. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1. только в положении пациента на спине (в положении для камнесечения) 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

12. Диагностическими задачами ректороманоскопии являются: 1. определение характера патологического процесса 2. определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки 3. оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки 4. биопсия 5. взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

13. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1. ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки 2. рабочие части ректоскопа должны быть теплыми и хорошо смазаны вазелином 3. введение тубуса с мандреном в задний проход не должно быть грубым 4. ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой 5. тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину

ректоскопа Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

14. В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1. позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия 2. протяженность 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"
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

15. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1. геморроя 2. анальных трещин 3. криптита 4. язвенного проктита 5. новообразований прямой кишки
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

16. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1. сфинктерометрия 2. пальцевое исследование анального канала 3. изучение кремастерного и анального рефлекса 4. ректороманоскопия 5. ирригоскопия Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

17. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

18. Фистулография при свищах прямой кишки помогает: 1. выявить направление свищевого хода 2. установить наличие полостных образований 3. выявить разветвления свищевого хода 4. установить степень рубцовых изменений анального сфинктера 5. оценить функцию анального жома Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

19. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

20. Для хронического парапроктита наиболее характерным является

- 1) [-]гематурия
- 2) [+]наличие свищевого отверстия

- 3) [-]выделение алой крови в конце акта дефекации
- 4) [-]боли внизу живота
- 5) [-]диарея

21. При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести

- 1) [-]общий анализ крови
- 2) [-]общий анализ мочи
- 3) [-]посев отделяемого из свища на микрофлору
- 4) [+]биопсию
- 5) [-]исследование на раковый антиген

22. При хроническом геморрое необязательным является

- 1) [-]осмотр промежности
- 2) [-]ректороманоскопия
- 3) [-]аноскопия
- 4) [-]колоноскопия
- 5) [+]проктография

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

- 1) [-]кровотечение струйкой в конце акта дефекации
- 2) [-]выделение крови в конце акта дефекации каплями
- 3) [+]слизисто-кровянистые выделения из ануса
- 4) [-]выделение малых порций алой крови
- 5) [-]"стулобоязнь"

24. Пальцевое исследование прямой кишки и

анального канала нужно произвести

1) [-]при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии

2) [-]при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии

3) [-]после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта

4) [+]до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента, обратившегося к специалисту - колопроктологу

5) [-]после проктографии

25. Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является

1) [-]наличие анальной трещины

2) [-]подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки

3) [+]атрезия заднего прохода

4) [-]травма прямой кишки

5) [-]кишечное кровотечение

26. Кремастерные рефлексy и рефлексy с перианальной кожи следует определить

1) [-]после пальцевого исследования прямой кишки

2) [-]после аноскопии

3) [-]если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера

4) [-]после пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии

5) [+]до всех видов исследования, включая пальцевое

27. Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является

- 1) [-]зуд в области заднего прохода
 - 2) [-]боль в прямой кишке пульсирующего характера
 - 3) [-]гноевидные выделения из заднего прохода
 - 4) [+]наличие свищевого отверстия
 - 5) [-]кровянистые выделения из кишки
-

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

- 1) [-]посев отделяемого из свища
 - 2) [-]исследование кишечной микрофлоры
 - 3) [-]рентгенографию костей таза
 - 4) [-]пункционную биопсию
 - 5) [+]цитологическое исследование материала, полученного после выскабливания свищевого хода, при необходимости - биопсию стенки свищевого хода
-

29. 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
-

30. Достоверными методами диагностики болезни Гишпрунга являются: 1. исследование ректоанального

рефлекса 2. гистохимическое определение ацетилхолинэстеразы 3. биопсия по Свенсону 4. ректороманоскопия 5. колоноскопия Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

31. Определение ацетилхолинэстеразы производится в: 1. в мышечном слое прямой кишки 2. в межмышечном слое прямой кишки 3. в подслизистом слое прямой кишки 4. в слизистой оболочке прямой кишки 5. в серозном покрове ободочной кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

заболевания прямой кишки и анального канала

1. Криптитом называется воспаление

- 1) [-]в морганиевых синусах
- 2) [-]в анальных сосочках
- 3) [+]в морганиевых криптах
- 4) [-]перианальной кожи
- 5) [-]слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки

2. Хирургическое лечение при криптите показано при

- 1) [-]распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
- 2) [+]абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
- 3) [-]выделение фибрина из прямой кишки
- 4) [-]гиперемии крипты
- 5) [-]при болезненных ощущениях во время акта дефекации

3. Папиллит - это

- 1) [-]спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- 2) [-]тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- 3) [+]воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
- 4) [-]воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- 5) [-]кондилломатозные разрастания кожи промежности

4. Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием:
1. криптита 2. геморроя 3. острого парапроктита 4.

остроконечных перианальных кондилом 5. неполного внутреннего свища Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

5. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

6. Радикальным лечением папиллита может быть: 1. иссечение анального сосочка 2. электрокоагуляция анального сосочка 3. иссечение сосочка вместе с соседней криптой 4. ежедневное прижигание сосочка ляписом 5. микроклизмы с 0,3% раствором колларгола Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

7. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием

- 1) [-]злокачественного процесса
- 2) [-]перианальных кондилом
- 3) [+]острого парапроктита
- 4) [-]анальной трещины
- 5) [-]геморроя

8. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается

- 1) [+]в морганиевой крипте
- 2) [-]на линии Хилтона
- 3) [-]в нижнеампулярном отделе прямой кишки
- 4) [-]в верхнеампулярном отделе прямой кишки
- 5) [-]в среднеампулярном отделе прямой кишки

9. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является

- 1) [-]зуд в области промежности
- 2) [-]боль в прямой кишке пульсирующего характера
- 3) [-]кровотечение во время дефекации
- 4) [-]наличие на коже промежности рубцов
- 5) [+]наличие свищевого отверстия в анальном канале или на

промежности

10. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять

- 1) [-]наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- 2) [-]пальцевое исследование прямой кишки
- 3) [-]прокрашивание свищевого хода и зондирование
- 4) [+]колоноскопию
- 5) [-]ректороманоскопию

11. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению

- 1) [-]к внутреннему сфинктеру
- 2) [+]наружному сфинктеру заднего прохода
- 3) [-]к морганиевой крипте
- 4) [-]клетчаточному пространству
- 5) [-]к лонному сочленению

12. Причинами первичного анального зуда могут быть: 1. воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала 2. сахарный диабет 3. глистная инвазия 4. гепатит и пиелонефрит 5. несоблюдение гигиены Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

13. Течение хронического парапроктита может

осложниться: 1. возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия 2. распространением воспалительного процесса 3. озлокачествлением 4. развитием недостаточности анального сфинктера 5. пектенозом Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- 1) [-]посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- 2) [-]посев кала на дисбактериоз
- 3) [+]цитологическое или гистологическое исследование
- 4) [-]сфинктерометрию
- 5) [-]рентгенографию крестцового отдела позвоночника

15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- 1) [-]кишечная непроходимость
- 2) [-]кровотечение
- 3) [+]обострение воспаления
- 4) [-]малигнизация
- 5) [-]анальный зуд

16. Наиболее сложно дифференцировать свищ

прямой кишки и

- 1) [-]рак прямой кишки
- 2) [+]кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
- 3) [-]эпителиальный копчиковый ход
- 4) [-]остеомиелит копчика
- 5) [-]свищевую форму пиодермии

17. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что: 1. свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера 2. свищевой ход без затеков 3. отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища 4. свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы 5. есть воспалительные изменения в запирательном аппарате прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

18. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется: 1. широким внутренним отверстием в одной из крипт 2. Рубцовыми изменениями в стенке анального канала 3. Рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища 4. затеками в параректальной клетчатке 5. воспалительными изменениями в соседних криптах

Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

19. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется: 1. широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией 2. внутренним отверстием без рубцовой деформации 3. свищевым ходом без затеков и полостей 4. наличием затеков в клетчаточном пространстве 5. прямым свищевым ходом Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

20. Четвертая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что: 1. свищевой ход всегда прямой 2. свищевой ход идет экстрасфинктерно без затеков в параректальной клетчатке 3. внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации 4. внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затеки 5. всегда есть

инфильтрация стенки анального канала Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

21. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется: 1. два внутренних отверстия при одном наружном 2. два наружных отверстия при одном внутреннем 3. извилистые свищевые ходы с дополнительными затеками в одном параректальном клетчаточном пространстве 4. свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия 5. свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

22. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно: 1. наличие короткого свищевого хода 2. наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию 3. свободное прохождение зонда в просвет кишки 4. наличие гнойных полостей 5.

частое обнаружение гнойных затеков Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

23. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно: 1. иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом 2. рассечение свищевого хода без иссечения тканей 3. иссечение свища с низведением слизистой 4. иссечение свища в просвет прямой кишки 5.иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

24. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях: 1. полностью исключено 2. нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии 3. если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике 4. возможно при интрасфинктерном свище 5. целесообразно при неполных внутренних свищах Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

25. При чрессфинктерном свище прямой кишки лучше всего: 1. всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки 2. иссечение свища с ушиванием сфинктера 3. применять лигатурный метод с использованием шелка 4.в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций 5. провести латексную лигатуру Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) [+]дифференцированного подхода к выбору вида операции
- 2) [-]прогнозирования исходов лечения
- 3) [-]разработки мер профилактики осложнений
- 4) [-]выбора вида обезболивания
- 5) [-]для планирования сроков пребывания больного в стационаре

27. При первой степени сложности

экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно

- 1) [-]иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
- 2) [+]иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением елизистой
- 3) [-]иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краев раны ко дну
- 4) [-]иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием ее
- 5) [-]иссечение свища с проведением латексной лигатуры

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

- 1) [-]шелк
- 2) [+]викрил или полисорб
- 3) [-]лавсан
- 4) [-]кетгут хромированный
- 5) [-]кетгут простой

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

- 1) [-]иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
- 2) [+]иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затеков
- 3) [-]иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затеков

- 4) [-]иссечение свища с подшиванием краев раны ко дну
- 5) [-]иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затеков

30. Пересечение анокопчиковой связки

- 1) [-]производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
- 2) [-]выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
- 3) [+]целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
- 4) [-]при свищах прямой кишки никогда не производится
- 5) [-]не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера

31. Анокопчиковая связка пересекается с целью

- 1) [-]вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
- 2) [-]вскрытия межсфинктерного пространства
- 3) [+]вскрытия ретро - ректального клетчаточного пространства
- 4) [-]вскрытия ишиоректального клетчаточного пространства
- 5) [-]профилактики недостаточности анального сфинктера

32. Во время операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо: 1. иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки 2. вскрыть затеки 3. иссечь внутреннее свищевое отверстие 4. выскоблить внутрстеночную часть свищевого хода 5. иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

33. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой могут быть связаны с: 1. ретракцией лоскута слизистой 2. несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут 3. оставлением части свищевого хода или затека 4. наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки 5. несоблюдением постельного режима в течение 7 дней Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

34. Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно: 1. если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия 2. при боковых свищах 3. при передних свищах у женщин 4. при передних свищах у мужчин 5. при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране промежности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

35. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свиша с проведением лигатуры обязательно нужны: 1. ежедневные перевязки 2. затягивания лигатуры при ее ослаблении 3. своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой 4. бесшлаковая диета 5. препараты для ускорения заживления ран Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

36. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно: 1. не форсировать затягивание лигатуры 2. избегать длительной тампонады раны анального канала 3. следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно 4. весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе 5. ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

37. Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктер целесообразно: 1. применять Z-образные швы на мышцу 2. сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны 3. накладывать шелковые швы на периферическую часть раны 4. наложить дополнительные чрезкожные П-образные швы на сфинктер 5. не ушивать кожу промежностной раны Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

38. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие: 1. нагноения раны 2. раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией 3. прохождения твердых каловых комков при длительной задержке стула 4. наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер 5. низведения слизисто-мышечного лоскута Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

39. Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью: 1. солевого слабительного 2. приема внутрь касторового масла 3. приема внутрь вазелинового масла 4. очистительной клизмы 5. лаважа Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

40. Пальцевое исследование после операции по поводу свища прямой кишки с ушиванием сфинктера необходимо для: 1. определения тонуса сфинктера 2. определения волевых сокращений сфинктера 3. контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер 4. контроля затечением раневого процесса (наличие инфильтрата и др.) 5. предотвращения слипания краев слизистой оболочки Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

41. У больного через 3 месяца после операции по

поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как: 1. нормальное явление после операции 2. 2-ю степень недостаточности анального жома 3. временное явление 4. 1-ю степень недостаточности анального жома 5. рецидив свища прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

42. При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать: 1. хирургическое лечение 2. медикаментозную стимуляцию сфинктера 3. отказ от овощей и фруктов 4. лечебную физкультуру 5. ежедневную постановку очистительных клизм Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

43. Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно

- 1) [-]при 2 степени сложности свища

2) [-]при 1 степени сложности свища

3) [-]при 3 степени сложности свища

4) [-]при 4 степени сложности свища

5) [+]при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и, есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута

44. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой перед лигатурным методом является

1) [+]отсутствие повреждения анального сфинктера

2) [-]большая радикальность

3) [-]меньший процент нагноений раны

4) [-]меньшая травматичность операции

5) [-]уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

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

1) [-]перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища

2) [+]перфорация лоскута выше внутреннего отверстия

3) [-]выделение слизистой с внутренним сфинктером

4) [-]использование электрокоагуляции для гемостаза

5) [-]фиксация низведенного лоскута кетгутом

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

1) [-]необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера

2) [-]выполняется при иссечении свища в просвет кишки

3) [-]показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута

4) [-]выполняется при иссечении свища с проведением и затягиванием лигатуры

5) [+]не показана ни при одной из перечисленных операций

47. Затягивание лигатуры интраоперационно при операции по поводу свища прямой кишки: 1. необходимо всегда 2. целесообразно, если нет параректальных затеков 3. никогда не производится 4. не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, чем заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища 5. не выполняется у женщин Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

48. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано: 1. при 1 степени сложности свища 2. при 3 степени сложности свища 3. при 2 степени сложности свища 4. при 4 степени сложности свища 5. при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [+]если правильные ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

49. Под термином "ректоцеле" понимают: 1. выпадение прямой кишки 2. избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки 3. опущение передней стенки влагалища и матки 4. мешковидное выпячивание стенки прямой кишки 5. выпадение слизистой прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

50. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть: 1. разрывы промежности в родах 2. упорные запоры 3. ослабление мышц тазового дна 4. многократные роды 5. возрастные изменения тканей промежности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

51. Ректоцеле следует дифференцировать с: 1. кистой ректовагинальной перегородки 2. выпадением

слизистой прямой кишки 3. промежностной грыжей 4. выпадением стенок влагалища 5. внутренним выпадением прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

52. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является: 1. чувство неполного опорожнения прямой кишки 2. недержание газов 3. частые позывы на дефекацию 4. выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище 5. трудности при опорожнении прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

53. Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны: 1. у нерожавших женщин 2. только при I степени 3. при II и III степени 4. при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны 5. у женщин старше 50 лет Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

54. При переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера можно выполнить: 1. леваторопластику только перинеальным доступом 2. леваторопластику только вагинальным доступом 3. выбор доступа зависит от возраста пациентки 4. выбор доступа зависит от размеров ректоцеле 5. выбор доступа зависит от степени чистоты влагалища Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

55. Остроконечные кондиломы могут локализоваться: 1. на перианальной коже 2. на коже половых органов 3. в анальном канале 4. на слизистой оболочке прямой кишки 5. только на коже вокруг заднего прохода Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

56. Остроконечные перианальные кондиломы вызываются: 1. бледной спирохетой 2. клостридией 3. актиномицетами 4. вирусом 5. этиология не установлена Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

57. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является: 1. аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки 2. саркома промежности 3. плоскоклеточный неороговевающий рак 4. опухоль Бушке - Левенштейна 5. анальный рак Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

58. Предрасполагающими причинами выпадения прямой кишки являются: 1. наследственный фактор 2. особенности конституции организма 3. особенности строения прямой кишки 4. дегенеративные изменения в мышцах запирающего аппарата прямой кишки 5. глубокий тазовый карман брюшины Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

59. Основными причинами, приводящими к выпадению прямой кишки, являются: 1. истощение 2. тяжелый физический труд 3. желудочно-кишечные заболевания 4. тупые травмы живота 5. тяжелые роды Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

60. К анатомо-конституциональным особенностям, являющимися предрасполагающими условиями для выпадения прямой кишки, относятся: 1. уплощение крестцово-копчиковой кривизны 2. цилиндрическая форма прямой кишки 3. олихосигма 4. чрезмерная подвижность сигмовидной и прямой кишок 5. врожденная слабость связочного аппарата Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

61. Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются: 1. по типу скользящей грыжи 2. из-за недостаточности наружного сфинктера заднего прохода 3. по типу кишечной инвагинации 4. по типу висцероптоза 5. из-за опущения матки и стенок влагалища Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [+]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

62. Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но при физической нагрузке, то это: 1. пятая степень выпадения 2. четвертая степень выпадения 3. третья степень выпадения 4. вторая степень выпадения 5. первая степень выпадения Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

63. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует: 1. выпадение кишки при каждом акте дефекации 2. выпадение кишки при дефекации и

физической нагрузке 3. недержание газов 4. необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки 5. недержание газов и жидкого кала
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

64. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интраректальная инвагинация) является: 1. обильные выделения крови при дефекации 2. тупые боли внизу живота при дефекации 3. чувство неполного опорожнения прямой кишки 4. развитие солитарной язвы 5. многомоментная дефекация Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

65. Подтверждением слабости соединительно-тканых структур, что встречается при выпадении прямой кишки, является: 1. конституциональный тип больного 2. наличие грыжевых выпячиваний 3. наличие плоскостопия 4. варикозное расширение вен нижних конечностей 5. опущение органов брюшной полости Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

66. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить: 1. в коленно-локтевом положении 2. в положении как для камнесечения 3. лежа на животе 4. в положении больного на корточках и с натуживанием 5. в вертикальном положении Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

67. На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает: 1. яйцевидная форма выпадающей кишки 2. конусовидная форма выпадающей кишки 3. длина выпавшего участка кишки более 15см 4. наличие на выпавшей кишке зубчатой линии 5. отек и гиперемия слизистой оболочки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

68. К необязательным методам обследования у больных с выпадением прямой кишки относится: 1. наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки 2. ректороманоскопия 3. рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта 4. ультразвуковое исследование полости малого таза 5. исследования функции запирающего аппарата прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

69. Шаровидная или яйцевидная форма выпадающей прямой кишки отмечается при: 1. при выраженной потере тонуса кишечной стенки 2. недостаточности анального сфинктера 3. наличие петель тонкой кишки между стенками прямой кишки 4. наличие петли сигмовидной кишки между стенками прямой 5. длине выпадающей части более 20 см Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [+]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

70. Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15 см свидетельствует о: 1. потере тонуса кишечной стенки 2. недостаточности сфинктера заднего прохода 3. наличие петель тонкой кишки между стенками прямой кишки 4. вовлечение в патологический процесс сигмовидной кишки 5.декомпенсации мышц тазового дна Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

71. Основным отличительным признаком выпадения геморроидальных узлов от выпадения прямой кишки является: 1. длина выпадающей части 2. цвет слизистой оболочки 3. алый цвет крови 4. дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки 5. отсутствие боли в заднем проходе Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

72. Дифференцировать выпадение прямой кишки отэндодифитных опухолей прямой кишки приходится при: 1. ущемление выпавшего отрезка кишки из-за инфильтрации ее стенки 2. наличие ворсинчатых

опухолей прямой кишки 3. крупных выпадающих анальных сосочках 4. наличие внутреннего выпадения и солитарной язвы 5. выделение при дефекации темной крови Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) [-]пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные
- 2) [-]ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала
- 3) [-]установить отсутствие интраректальной инвагинации с помощью видеодефекографии
- 4) [+]провести морфологическое исследование
- 5) [-]оценить данные ультрасонографии

74. Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть

- 1) [+]только хирургическим
- 2) [-]хирургическим только при осложнениях
- 3) [-]консервативным при первой степени выпадения
- 4) [-]хирургическим у пациентов не старше 40 лет
- 5) [-]консервативным у больных старше 50 лет

75. Операция Делорма заключается в

- 1) [-]так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
- 2) [-]циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
- 3) [+]циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика
- 4) [-]использование при операции по Тиршу тефлоновой нити
- 5) [-]использование при операции по Тиршу тефлоновой сетки

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

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

78. В патогенезе геморроя ведущими являются: 1. сосудистый фактор 2. характер питания 3. механический фактор 4. фактор хронических запоров 5. у женщин фактор беременности и родов Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

79. При первой стадии геморроя внутренние узлы: 1. выпадают, но вправляются самостоятельно 2. выпадают и самостоятельно не вправляются 3. кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно 4. кровоточат, но не выпадают из анального канала 5. не кровоточат и не выпадают Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

80. Растяжение и дистрофия мышцы и связочного

аппарата, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале, может развиться из-за: 1. натуживаний при затрудненной дефекации 2. беременности и родов 3. злоупотребления алкоголем и острой пищей 4. подъема тяжестей 5. длительного вынужденного положения на работе Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

82. В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на: слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение

последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки

- 1) [-]миома матки
- 2) [+]кровотоочащий геморрой
- 3) [-]полип желудка
- 4) [-]полипы прямой кишки
- 5) [-]опухоль прямой кишки

83. Этой пациентке целесообразно

- 1) [-]начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами
- 2) [-]амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов
- 3) [-]направить под наблюдение гинеколога
- 4) [-]госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя
- 5) [+]амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении

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

- 1) [-]срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции
- 2) [+]провести амбулаторное обследование, включающее

исследование толстой кишки

- 3) [-]назначить больному диету, свечи
- 4) [-]посоветовать применять свечи и наладить стул
- 5) [-]провести обследование в стационаре

85. Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя: 1. кровотечения 2. боли после дефекации 3. выпадение узлов 4. анальный зуд 5. кишечный дискомфорт Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

86. При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются: 1. кровотечение 2. выпадение узлов 3. боли в заднем проходе 4. кишечный дискомфорт 5. анальный зуд Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

87. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются: 1. темным цветом крови 2. алым цветом крови 3. наличием

сгустков 4. периодичностью 5. постоянством Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

88. 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 кровотечений Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

89. Основные принципы действия препарата "Детралекс": 1. повышение венозного тонуса 2. купирование воспаления 3. стимуляция венозного кровотока 4. улучшение лимфодренажа 5. устранение микроциркуляторных расстройств Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

90. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся: 1. инфракрасная коагуляция 2. электрокоагуляция 3. склеротерапия 4. лигирование узлов латексными кольцами 5. шовное лигирование геморроидальных сосудов Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

91. Основные принципы применения малоинвазивных методик лечения геморроя: 1. они применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов 2. не применяются при выраженном наружном геморрое 3. не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности 4. все манипуляции выполняются с применением обезболивания 5. все оборудование должно быть от известных фирм-производителей Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

92. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

93. Противопоказанием к проведению склеротерапии является: 1. тромбоз геморроидальных узлов 2. парапроктит острый 3. парапроктит хронический 4. анальная трещина 5. криптит Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

94. 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 по циферблату
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

95. Основной причиной сильных болей после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами служит: 1. одновременное лигирование более двух узлов 2. втяжение гребешковой зоны в латексное кольцо 3. тромбоз соседних узлов 4. несоблюдение строгой диеты 5. несоблюдение постельного режима
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

96. Основными причинами кровотечения в ранние сроки после лигирования латексными кольцами являются: 1. соскальзывание лигатуры после лигирования небольшого узла, когда масса его недостаточна для удерживания кольца 2. разрыв латексного кольца из-за большой массы узла 3. дефекация в первый день после лигирования 4.

несоблюдение строгого постельного режима 5. прием пищи в день проведения лигирования Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

97. Недостаточность анального сфинктера маловероятна после операции по поводу: 1. парапроктита острого 2. свища прямой кишки 3. геморроя 4. анального полипа 5. анальной трещины со сфинктеротомией Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

98. Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвет прямой кишки может развиваться вследствие: 1. неправильной оценки локализации свищевого хода 2. повреждения глубокой порции наружного жома 3. широкого рубца в анальном канале 4. введения в задний проход во время операции ректального зеркала 5. применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

99. Развитие недостаточности анального сфинктера после операции иссечения свища прямой кишки с ушиванием сфинктера вероятнее всего из-за: 1. применения электрокоагуляции для гемостаза в ране 2. недостаточности швов на сфинктере 3. локализации свищевого хода в глубокой порции наружного жома 4. нагноения и расхождения швов 5. использования ректального зеркала во время операции Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

100. Недостаточность анального жома после операции по поводу свища прямой кишки с использованием лигатурного метода чаще всего развивается вследствие: 1. слишком быстрого прорезывания лигатуры 2. использования в качестве лигатуры шелка 3. образования обширного рубца на сфинктере 4. применения лигатуры при переднем свище прямой кишки 5. использования в качестве лигатуры латекса Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

101. Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за: 1. оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища 2. недостаточного дренирования межсфинктерного пространства 3. проведения лигатуры по ложному ходу 4. рубцовых изменений в сфинктере 5. использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

102. Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие: 1. разрывов шейки матки 2. повреждения стенки влагалища 3. разрыва предверия влагалища 4. растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода 5. перерастяжения в родах кожи передней промежности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

103. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера показано при: 1. функциональной недостаточности 2. посттравматической 2 степени 3. посттравматической 1 степени 4. посттравматической у больных старше 60 лет 5. посттравматической 2 степени при повреждении сфинктера в боковых сегментах протяженностью менее $\frac{1}{3}$ окружности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

104. Самой частой причиной развития посттравматической недостаточности анального сфинктера является: 1. использование клизм для очищения прямой кишки в течение длительного времени 2. инородные тела прямой кишки 3. разрывы и растяжения сфинктера в родах 4. операционная травма сфинктера 5. бытовая травма сфинктера Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

105. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при:

1. функциональной недостаточности 2 степени	2. органической недостаточности 2 степени
3. органической недостаточности 1 степени	4. органической недостаточности 3 степени

5. при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

106. У больных с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода II степени с дефектом жома протяженностью до j окружности может быть выполнена операция:

1. только сфинктеропластика	2. сфинктероглютеопластика	3. только сфинктеролеваторопластика
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------

4. в зависимости от состояния мышцы и локализации поражения сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика 5. по Тиршу Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

107. При недостаточности II-III степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция: 1. сфинктеропластика 2. сфинктеролеваторопластика 3. в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика 4. сфинктероглютеопластика 5. лейомиопластика
Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

108. При наличии дефекта сфинктера более S окружности выполняются операции: 1. создания жома из длинных лоскутов ягодичных мышц 2. формирования запирающего аппарата из нежной мышцы бедра 3. формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра 4. сфинктеролеваторопластика 5. сфинктеропластика
Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

109. Показанием к операции сфинктеропластики является:

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

Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

110. Сфинктероглютеопластика показана при:

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

Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

111. Глютеопластика нецелесообразна при: 1. травматическом повреждении ягодичных мышц 2. органической недостаточности сфинктера 1 степени 3. атрофии ягодичных мышц 4. наличие дефекта сфинктера более S окружности 5. полном отсутствие сфинктера Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

112. При операции сфинктероглютеопластики используется: 1. длинный лоскут большой ягодичной мышцы 2. длинный лоскут малой ягодичной мышцы 3. длинный лоскут средней ягодичной мышцы 4. короткий лоскут большой ягодичной мышцы 5. короткий лоскут малой ягодичной мышцы Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

113. При дефекте сфинктера более S окружности

используются: 1. длинные лоскуты малой ягодичной мышцы 2. короткие лоскуты большой ягодичной мышцы 3. длинный лоскут средней ягодичной мышцы 4. длинные лоскуты большой ягодичной мышцы 5. короткий лоскут средней ягодичной мышцы Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

114. Сфинктеролеваторопластику у больных выпадением прямой кишки выполняют: 1. как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки 2. выполняют при недостаточности 2-3 степени 3. выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения 4. после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 ст. 5. только у больных не старше 40 лет Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

115. Выберите ведущий патофизиологический процесс, вызываемый препаратами из группы детергентов, используемых для лечения геморроя

- 1) [+]вызывают коагуляцию белков эндотелия сосудов
- 2) [-]образуют тромбы в сосудах
- 3) [-]повреждают форменные элементы крови
- 4) [-]вызывают некроз слизистой анального канала
- 5) [-]вызывают деструкцию подслизистого и мышечного слоев прямой кишки

116. Назовите препарат, относящийся к группе детергентов эндотелия сосудов, применяемых для склерозирования геморроидальных узлов

- 1) [-]раствор фенола
- 2) [-]варикоцид
- 3) [-]вистарин
- 4) [-]20% раствор хлорида натрия
- 5) [+]этоксисклерол

воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки

1. Причиной неспецифического язвенного колита является

- 1) [-]психическая травма
- 2) [-]физическая травма
- 3) [-]перенесенная кишечная инфекция
- 4) [-]микробное начало
- 5) [+]причина неизвестна

2. В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор

- 1) [+]этиология
- 2) [-]локализация процесса
- 3) [-]тяжестьзаболевания
- 4) [-]острота болезни
- 5) [-]длительность заболевания

3. Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются: 1. понос 2. кровь в стуле 3. боли в животе 4. тошнота и рвота 5. головные боли Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

4. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с: 1. бактериальной дизентерией 2. амёбной дизентерией 3. болезнью Крона 4. опухолями толстой кишки 5. недифференцированными колитами
Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

5. Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является

1) [-]копрология

2) [-]посев кала на микрофлору

3) [+]колоноскопия

4) [-]рентгенологическое исследование тонкой кишки

5) [-]гастроскопия

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

1) [+]склонность к запорам

2) [-]частота стула в сутки

3) [-]примесь крови в стуле

4) [-]температура тела

5) [-]изменение лабораторных показателей

7. В консервативном лечении неспецифического

язвенного колита применяют: 1. сульфаниламидные препараты 2. стероидные гормоны 3. антибактериальные препараты 4. слабительные средства 5. промывания кишечника Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

8. Целесообразным хирургическим вмешательством при неспецифическом язвенном колите является: 1. двуствольная илеостомия 2. субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы 3. колпроктэктомия 4. колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки 5. резекция левых отделов ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

9. Показанием к экстренной операции у больных неспецифическим язвенным колитом служит: 1. неэффективность консервативной терапии 2. перфорация кишки 3. нарастающая общая слабость,

**потеря в весе 4. токсическая дилатация толстой кишки
5. ежедневные выделения крови с калом Выберите
правильный ответ по схеме:**

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) [-]кишечное кровотечение
- 2) [-]токсическая дилатация толстой кишки
- 3) [+]отсутствие эффекта от консервативной терапии
- 4) [-]перфорация толстой кишки
- 5) [-]учащение стула до 5-6 раз в сутки

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

- 1) [+]введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики
- 2) [-]очистительная клизма, антибиотики, наркотики
- 3) [-]очистительная клизма, гормональные препараты, наркотики
- 4) [-]кишечный лаваж
- 5) [-]15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут

12. Нежелательным элементом в процессе

предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита, осложненного кровотечением, является

- 1) [-]локальная гипотермия
- 2) [-]применение гемостатиков, препаратов крови
- 3) [-]применение противошоковых инфузионных сред
- 4) [+]назначение антикоагулянтов
- 5) [-]назначение стероидных препаратов

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

- 1) [-]закрытие двустольной илеостомы после операции отключения
- 2) [-]колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
- 3) [-]закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
- 4) [+]илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
- 5) [-]илеотрансверзоанастомоз

14. Ведение послеоперационного периода у больных неспецифическим язвенным колитом предусматривает

- 1) [-]в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену их сразу же после операции
- 2) [+]постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель

- 3) [-]длительное продолжение гормональной терапии
- 4) [-]увеличение дозы гормональных препаратов
- 5) [-]снижение дозы гормонов в два раза через день после операции

15. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает

- 1) [-]формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
- 2) [-]ушивания "окна" между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
- 3) [-]подшивания серозной оболочки кишки к коже
- 4) [-]подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
- 5) [+]подшивания париетальной брюшины к коже

16. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является

- 1) [-]J-образный
- 2) [-]S-образный
- 3) [+]О-образный
- 4) [-]W-образны и
- 5) [-]Г-образный

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

- 1) [-]инвалидами I группы
- 2) [-]инвалидами II группы с запрещением работы
- 3) [+]инвалидами II группы с правом работы в специально

созданных условиях

4) [-]больные могут быть допущены ко всем видам труда

5) [-]пациенты должны выполнять работу без физических и психических нагрузок

18. Причиной развития болезни Крона является

1) [-]инфекционное начало

2) [-]эмоциональные стрессы

3) [-]травма живота

4) [-]перенесенные операции

5) [+]причина неизвестна

19. Классификация болезни Крона не предусматривает

1) [-]локализации поражения

2) [-]протяженности поражения

3) [-]тяжести течения болезни

4) [-]наличия осложнений

5) [+]степени сложности

20. Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона являются

1) [-]запоры, вздутие живота, повышение температуры

2) [-]понос, боли в суставах

3) [-]постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура

4) [-]боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале

5) [+]наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов

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

- 1) [-]наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки
- 2) [+]множественные выпячивания стенки толстой кишки
- 3) [-]наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
- 4) [-]наличие спикул по контуру кишки
- 5) [-]наличие внутренних и наружных кишечных свищей

22. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

23. Для консервативного лечения болезни Крона применяются: 1. иммуннорегуляторы 2.сульфаниламиды 3. гормоны 4. опиаты 5. транквилизаторы Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

24. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

25. Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и перианальных осложнений при болезни Крона включает: 1. применение очистительных клизм 2. проведение кишечного лаважа 3. пенообразующие микроклизмы 4. бесшлаковую диету, вазелиновое масло 5. внутрь касторовое масло и очистительные клизмы Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

26. При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной подготовки

применяется: 1. гормональная терапия 2. коррекция белковых нарушений 3. энтеральное питание 4. санация гнойно-септических очагов 5. лечение сопутствующих заболеваний Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

27. При болезни Крона толстой кишки не применяется: 1. сегментарная резекция толстой кишки 2. резекция илеоцекального отдела 3. гемиколэктомия 4. серозомиотомия 5. стриктуропластика Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

28. Наиболее рациональный объем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона: 1. тотальное удаление толстой кишки 2. илеостомия в качестве операции отключения 3. резекция кишки с наложением анастомоза 4. резекция кишки с наложением отдельной стомы 5. стриктуропластика Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

29. К особенностям применения гормональных препаратов после радикальных операций у пациентов с болезнью Крона относятся: 1. отмена гормональных препаратов сразу после операции 2. постепенная отмена гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель 3. увеличение дозы гормонов 4. длительное применение гормональных препаратов 5. применение гормонов только в первые три дня после операции Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

30. Особенности перианальных поражений при болезни Крона являются: 1. сочетание свищей и язв-трещин 2. склонность к рецидивированию 3. самопроизвольное заживление язв и свищей при ремиссии болезни Крона 4. внутреннее отверстие свища всегда располагается в анальной крипте 5. свищевой ход, как правило, является экстрасфинктерным Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

31. По характеру болезни синдром раздраженной толстой кишки наиболее соответствует название: 1. хронический колит 2. спастический колит 3. хронический энтероколит 4. кишечная диспепсия 5. колостаз Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

32. Этиопатогенетическим механизмом развития синдрома раздраженной кишки является: 1. инфекционный 2. паразитарный 3. психический стресс 4. нарушение моторики толстой кишки 5. аллергический Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

33. При синдроме раздраженной кишки имеют место: 1. изменение иммунного статуса 2. изменения

биоценоза толстой кишки 3. глубокие нарушения обмена веществ 4. нарушения секреции толстой кишки 5. глубокие психические отклонения Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

34. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся

- 1) [-]постоянный жидкий стул
- 2) [-]постоянные запоры
- 3) [-]постоянная примесь крови в кале
- 4) [-]затрудненное опорожнение прямой кишки
- 5) [+]неустойчивый стул, чередование запоров и поносов

35. При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь

- 1) [-]алой крови
- 2) [-]гноя
- 3) [+]слизи
- 4) [-]прожилок крови
- 5) [-]сукровицы

36. Наиболее типичный характер болей при синдроме раздраженной кишки

- 1) [-]боли постоянного характера
- 2) [-]боли, возникающие после еды
- 3) [+]боли, стихающие после дефекации
- 4) [-]боли при ходьбе и физической нагрузке
- 5) [-]ночные боли

37. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется

- 1) [-]сбор анамнеза
- 2) [-]рентгенологическое обследование
- 3) [-]колоноскопия
- 4) [-]бактериологическое исследование кала
- 5) [+]ангиография

38. При синдроме раздраженной кишки эндоскопическое исследование выявляет: 1. гиперемию и отек слизистой оболочки 2. смазанность сосудистого рисунка 3. частые спазмы стенки кишки 4. резкую болезненность при осмотре 5. контактную кровоточивость слизистой оболочки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

39. Важными диагностическими критериями, позволяющими отличить синдром раздраженной кишки от заболеваний органической природы (критерии

Маннинга), заключаются в том, что: 1. боль в животе стихает после дефекации 2. стул сопровождается болью 3. отмечается вздутие живота 4. определяется слизь в кале, бывают ложные позывы с выделением слизи 5. бывает ощущение неполного опорожнения
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

40. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать

- 1) [-]механически и термически обработанные продукты
- 2) [-]ограничение углеводов
- 3) [-]полное исключение мясных продуктов
- 4) [+]пищу с повышенным содержанием клетчатки
- 5) [-]продукты с пониженным содержанием соли

41. Ишемический колит обусловлен

- 1) [-]сердечной недостаточностью
- 2) [-]длительным применением пероральных контрацептивов
- 3) [+]нарушением кровообращения в нижней брыжеечной артерии
- 4) [-]применением вазопрессоров
- 5) [-]травмой передней брюшной стенки

42. Выберите наиболее характерную зону поражения кишки при НЯК

- 1) [+]прямая кишка
- 2) [-]терминальный отдел подвздошной кишки
- 3) [-]любой отдел толстой кишки сегментарного характера
- 4) [-]вся толстая кишка
- 5) [-]анальная и перианальная зона

43. Выберите наиболее характерный морфологический признак при эндоскопическом исследовании для болезни Крона

- 1) [+]язвы щелевидные, образующие «булыжную» мостовую
- 2) [-]усиление сосудистого рисунка слизистой
- 3) [-]множественные полипы
- 4) [-]налет фибрина
- 5) [-]гиперемия и отек слизистой

44. При каком заболевании наиболее часто образуются кишечные стриктуры

- 1) [-]НЯК
- 2) [+]болезнь Крона
- 3) [-]дивертикулез
- 4) [-]ишемический колит
- 5) [-]болезнь Гиршпрунга

45. Укажите заболевание, при котором воспалительный процесс локализуется преимущественно в слизистой оболочке

- 1) [-]ишемический колит
- 2) [-]болезнь Крона

- 3) [-]дивертикулез
 - 4) [+]НЯК
 - 5) [-]болезнь Гиршпрунга
-

46. Какому заболеванию свойственна лимфоидная гиперплазия во всех слоях толстой кишки

- 1) [+]ишемический колит
 - 2) [-]болезнь Крона
 - 3) [-]дивертикулез
 - 4) [-]НЯК
 - 5) [-]болезнь Гиршпрунга
-

47. Какому заболеванию больше соответствует эндоскопически определяемое сужение ободочной кишки с неровными, подрытыми краями

- 1) [-]НЯК
 - 2) [-]болезнь Крона
 - 3) [+]рак ободочной кишки
 - 4) [-]дивертикулит
 - 5) [-]ишемический колит
-

48. Что не входит в схему патогенетической терапии ишемического колита

- 1) [-]сосудорасширяющие средства
- 2) [-]антиагреганты
- 3) [+]кортикостероиды
- 4) [-]физиотерапевтическое лечение
- 5) [-]гипербарическая оксигенация

49. Симптомами развития дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются

- 1) [+]**внезапное урежение стула на фоне диареи**
- 2) [-]вздутие живота
- 3) [-]боли в животе
- 4) [-]учащение стула до 15-20 раз в сутки
- 5) [-]увеличение примеси крови и слизи в кишечном содержимом

50. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]**если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

51. 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

Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

52. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

53. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится: 1. дивертикулит 2. паракишечный инфильтрат 3. паракишечный абсцесс 4. озлокачествление 5. кишечное кровотечение Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

54. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

55. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

56. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

57. О степени адаптации выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как: 1. сроки приживления кишки 2. состояние слизистой оболочки кишки 3. объем кишечных выделений 4. отсутствие параилеостомического дерматита 5. появление аппетита у больного Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

58. После операции с наложением илеостомы при гладком течении: 1. заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней 2. заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней 3. максимальный суточный объем выделений из илеостомы 800-900 мл 4. суточный объем выделений из илеостомы более 1 литра 5. стабилизация функции илеостомы наступает

не раньше полугода Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

59. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде: 1. воспалительные 2. кишечная непроходимость 3. некроз илеостомы 4. параилеостомическая грыжа 5. выпадение илеостомы Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

60. К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся: 1. стеноз илеостомы 2. выпадение илеостомы 3. свищ илеостомы 4. параилеостомическая грыжа 5. перисхомальный дерматит Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

61. Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной: 1. выпадения кишки через илеостому 2. свища илеостомы 3. ретракции илеостомы 4. стеноза илеостомы на уровне кожи 5. стеноза илеостомы на уровне апоневроза Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

62. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием: 1. параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде 2. развития параилеостомической грыжи 3. свища илеостомы 4. недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы 5. перистомального дерматита Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

63. По прошествии 2-х месяцев после наложения концевой илеостомы (по Бруку) суточный объем выделений из кишки должен составлять: 1. 300мл 2. от

300 до 500 мл 3. от 500 до 600 мл 4. от 600 до 700 мл 5. не менее 1 литра Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

64. Через 2 месяца после операции с наложением двуствольной илеостомы (по Торнболу) суточный объем выделений из кишки должен составлять: 1. 300мл 2. от 300 до 500 мл 3. от 500 до 600 мл 4. от 600 до 700 мл 5. не менее 1 литра Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

65. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5 .

врожденные заболевания толстой кишки

1. Тератоидные образования параректальной клетчатки

- 1) [+]имеют эмбриональное происхождение
- 2) [-]являются истинными опухолями
- 3) [-]представляют собой ретенционные кисты
- 4) [-]являются следствием хронического парапроктита
- 5) [-]представляют собой грыжи спинномозгового канала

2. Для тератоидных образований параректальной клетчатки наиболее характерными клиническими симптомами являются

- 1) [-]опухолевидные образования на промежности, обнаруживаемые уже при наружном осмотре
- 2) [+]боли в крестцово-копчиковой области и промежности и воспалительные процессы с образованием свищей
- 3) [-]нарушение мочеиспускания
- 4) [-]запоры
- 5) [-]диарея

3. Наиболее частым клиническим симптомом пресакральных тератоидных образований являются

- 1) [+]боли в крестцово-копчиковой области и заднем проходе
- 2) [-]гематурия
- 3) [-]боли в нижних отделах живота
- 4) [-]частый жидкий стул
- 5) [-]примесь крови и слизи в кале

4. Для тератоидных образований не характерно

- 1) [-]образование свищей
- 2) [-]кишечная непроходимость
- 3) [-]нагноение клетчатки, окружающей тератому
- 4) [-]озлокачествление
- 5) [+]кровотечение.

5. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

6. Эндоскопическая картина при каудальных тератомах чаще всего характеризуется: 1. изъязвлением слизистой оболочки прямой кишки над образованием 2. наличием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование 3. отсутствием смещаемости слизистой оболочки над тератомой 4. сдавлением из вне стенки кишки, сужением ее просвета и смещением прямой кишки при неизменной слизистой оболочке 5. контактной кровоточивостью слизистой оболочки прямой кишки Выберите

правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

7. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

8. Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом

- 1) [-]лучевая терапия
- 2) [+]хирургическое лечение с удалением эмбриомы и свищей
- 3) [-]введение склерозирующих растворов в полость кисты
- 4) [-]марсупиализация
- 5) [-]удаление опухоли и свищей единым блоком с прямой кишкой

9. Хирургическое лечение тератоидных образований необходимо

- 1) [+]во всех случаях при установленном диагнозе
- 2) [-]только при озлокачествлении образования
- 3) [-]только в случаях нагноения тератомы
- 4) [-]при сдавлении тератомой просвета прямой кишки
- 5) [-]при появлении неврологических нарушений

10. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является

- 1) [-]неполное удаление тератомы
- 2) [-]кровотечение
- 3) [-]перфорация стенки прямой кишки
- 4) [-]вскрытие тазовой брюшины
- 5) [+]ранение мочеточника

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

- 1) [-]крестцовых венозных сплетений
- 2) [-]срединной крестцовой артерии
- 3) [+]маточной артерии
- 4) [-]развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях
- 5) [-]верхней прямокишечной артерии

12. После удаления тератомы в ближайшем послеоперационном периоде труднее всего ожидать

- 1) [-]образования свищей прямой кишки
 - 2) [-]нагноения послеоперационной раны
 - 3) [-]кровотечения
 - 4) [+]рецидива тератомы
 - 5) [-]недостаточности анального сфинктера
-

13. Наименее вероятным в отдаленные сроки после удаления каудальных тератом является

- 1) [-]рецидив тератоидного образования
 - 2) [-]остаточные гнойные полости
 - 3) [-]свищи прямой кишки
 - 4) [+]недостаточность анального сфинктера
 - 5) [-]боли в крестцово-копчиковой области и промежности
-

14. Самая вероятная причина рецидивов тератоидных образований связана

- 1) [+]с неполным удалением оболочек кисты или оставлением незамеченной дочерней кисты малых размеров
 - 2) [-]с оставлением рубцовых тканей, окружающих тератому
 - 3) [-]с открытым ведением послеоперационной раны
 - 4) [-]с закрытым ведением послеоперационной раны
 - 5) [-]с видом дренажа
-

15. Важнейшим отличительным признаком крестцово-копчиковых хордом от пресакральных тератом являются

- 1) [-]боли в крестцово-копчиковой области
- 2) [-]наличие тугоэластической опухоли на передней поверхности крестца

3) [-]парестезии в крестцово-копчиковой области

4) [+]наличие разрушения костной ткани, обнаруживаемого при рентгенологическом исследовании крестца и копчика

5) [-]малоподвижность слизистой оболочки прямой кишки над образованием

16. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет

1) [-]пальцевое исследование прямой кишки

2) [-]ректороманоскопия

3) [-]проктография

4) [+]гистологическое исследование пункционного биоптата

5) [-]рентгенография крестца и копчика

17. Для переднегоакрального 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

18. 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
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

19. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) [-]зондирование свищевого хода
- 2) [+]пальцевое исследование прямой кишки и параректальных

клетчаточных пространств

- 3) [-]эндоскопические методы исследования
- 4) [-]рентгенологическое исследование костей таза
- 5) [-]пункционная биопсия

21. Неизменный воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой

- 1) [-]дермоидную кисту
- 2) [-]эпидермоидную кисту
- 3) [+]подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика
- 4) [-]эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос
- 5) [-]эмбриому

22. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен

- 1) [-]постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области
- 2) [-]неправильной закладкой зародышевых листков
- 3) [-]врастанием в кожу волос
- 4) [+]врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области
- 5) [-]ношением узкой одежды

23. Клиническими проявлениями неосложненного копчикового хода могут быть

- 1) [-]периодические ноющие боли в области крестца
- 2) [-]нарушение опорожнения прямой кишки
- 3) [-]гнойные выделения из первичных ходов копчикового хода
- 4) [-]болезненные инфильтраты в клетчатке крестцово-копчиковой

области

5) [+]наличие первичных отверстий хода

24. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

25. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

26. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является

- 1) [-]наличие первичных отверстий хода в межягодичной складке
- 2) [-]появление гнойных свищей крестцово-копчиковой области
- 3) [-]рецидив воспаления в области крестца
- 4) [-]болезненность при пальпации копчика
- 5) [-]травма копчика в анамнезе

27. Эпителиальный копчиковый ход

- 1) [+]связан с крестцом
- 2) [-]связан с копчиком
- 3) [-]оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области
- 4) [-]расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
- 5) [-]расположен под крестцовой фасцией

28. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

29. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

30. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода: 1. общее состояние больного страдает мало 2. гнойное отделяемое из отверстий хода скудное 3. по ходу вторичных свищей могут быть рубцы 4. гной выделяется, в основном, из прямой кишки 5.отмечается отек и гиперемия кожи в области крестца Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

31. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при

- 1) [-]наличие первичных отверстий хода в межягодичной складке
- 2) [-]гиперемии и отеке задней стенки кишки на уровне копчика
- 3) [-]отсутствии патологических образований в пресакральном пространстве
- 4) [+]рецидивирующих воспалениях крестцово-копчиковой области
- 5) [-]выделениях гноя из заднего прохода

32. После иссечения неосложненного эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области после операционной раны, есть небольшая инфильтрация краев раны. Больному необходимо

- 1) [+]не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники
- 2) [-]снять сразу все швы
- 3) [-]назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать
- 4) [-]снять несколько швов, при ревизии раны установить распространенность воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы
- 5) [-]провести курс гипербарической оксигенации

33. Через несколько месяцев после операции по поводу неосложненного эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное

отверстие ниже рубца в межягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является

- 1) оставление первичного отверстия
- 2) несоблюдение гигиенических мероприятий
- 3) употребление острой пищи, солений, алкоголя
- 4) глухой шов раны после иссечения хода
- 5) применение дренажа

34. Причиной развития мегаколон у взрослых может быть: 1. врожденная аномалия интрамурального нервного аппарата толстой кишки 2. механическое препятствие в толстой кишке или в анальном канале 3. заболевание ЦНС, эндокринной системы 4. токсическое воздействие различных веществ 5. инфекция Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) если правильные ответы 1 и 3
- 3) если правильные ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

35. Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является: 1. длительное употребление слабительных 2. врожденное недоразвитие внутреннего сфинктера прямой кишки 3. врожденное недоразвитие наружного сфинктера прямой кишки 4. врожденное недоразвитие интрамуральной нервной системы толстой кишки 5. длительное применение очистительных клизм Выберите правильный ответ по

схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

36. При болезни Гиршпрунга может быть: 1. отсутствие ганглиев мышечно-кишечного сплетения 2. уменьшение числа и размеров ганглиев межмышечного сплетения 3. дистрофия ганглиев в расширенных отделах толстой кишки 4. наличие ганглиев без нервных клеток в них 5. пучки безмякотных нервных волокон Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

37. Характерным для болезни Гиршпрунга является: 1. отсутствие самостоятельного стула 2. постоянное вздутие живота 3. отставание в физическом развитии 4. длительное бессимптомное течение 5. хороший эффект от приема слабительных средств Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

38. Вздутие живота при болезни Гиршпрунга отмечается: 1. в тех случаях, когда в течение недели не было стула 2. только после сифонных клизм 3. после приема слабительных в больших дозах 4. постоянно 5. при употреблении в пищу растительной клетчатки Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

39. Выраженные изменения внешнего вида пациента чаще всего бывают: 1. при психогенном мегаколоне 2. при идиопатическом мегаколоне 3. при привычных запорах 4. при болезни Гиршпрунга 5. при токсическом мегаколоне Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

40. При болезни Гиршпрунга у взрослых отмечается: 1. бочкообразная грудная клетка 2. увеличение объема живота 3. бледность кожных покровов 4. расхождение прямых мышц живота 5. видимая через переднюю стенку живота кишечная перистальтика Выберите

правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

41. Ведущими симптомами болезни Гиршпрунга у взрослых являются: 1. боли в животе 2. отсутствие самостоятельного стула 3. общая слабость 4. метеоризм 5. тошнота, отсутствие аппетита Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

42. Течение болезни Гиршпрунга зависит от: 1. протяженности аганглионарной зоны 2. степени компенсации вышележащих отделов кишечника 3. времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения 4. возраста пациента 5. пола пациента Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

43. Выделяют анатомические формы аганглиоза толстой кишки, к ним относятся: 1. супраанальная форма 2. ректальная форма 3. ректосигмоидальная 4. субтотальная форма 5. тотальная форма аганглиоза Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

44. Супраанальная форма болезни Гиршпрунга - это: 1. аганглиоз внутреннего сфинктера 2. аганглиоз на уровне верхнего геморроидального сплетения 3. гипоганглионарный вариант болезни всей прямой кишки 4. недоразвитие нервного аппарата нижеампулярного отдела прямой кишки 5. сегментарное поражение на уровне аноректальной линии Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

45. Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить: 1. при обструктивном мегаколоне 2. при болезни Гиршпрунга 3. при мегаколоне

неясной этиологии 4. у всех больных 5. при наличии жалоб на упорные запоры Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

46. Основное значение в диагностике болезни Гиршпрунга имеет: 1. обзорная рентгенография органов брюшной полости 2. ирригоскопия 3. исследование прохождения бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту 4. полнослойная биопсия прямой кишки 5. колоноскопия Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

47. Ирригоскопия и ирригография при наличии мегаколон должна определить: 1. наличие или отсутствие аганглионарной зоны и ее протяженность 2. протяженность и степень расширения толстой кишки 3. сократительную способность стенки толстой кишки 4. наличие или отсутствие других изменений (стриктура, опухоль) 5. наличие и протяженность неизмененных отделов кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

48. Аганглиоз наиболее часто бывает: 1. в слепой кишке 2. в месте перехода нисходящей кишки в сигмовидную 3.в поперечной ободочной кишке 4. в прямой кишке 5. в сигмовидной кишке Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

49. При морфологическом исследовании стенки прямой кишки в зоне аганглиоза при болезни Гиршпрунга может быть обнаружено: 1. отсутствие ганглиев в межмышечном и подслизистом нервных сплетениях 2. уменьшение числа ганглиев интрамурального нервного аппарата прямой кишки 3. гиперплазия ганглиев без увеличения их числа 4. нормальное развитие интрамурального нервного аппарата 5. приобретенные дистрофические изменения нервных клеток Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

50. При физиологическом исследовании замыкательного аппарата прямой кишки для болезни Гиршпрунга патогномично: 1. снижение сократительной способности наружного сфинктера 2. увеличение тонуса внутреннего сфинктера 3. отсутствие рефлекса с наружного сфинктера 4. отсутствие реакции внутреннего сфинктера в ответ на его раздражение 5. снижение адаптационной способности прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

51. Полнослойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет: 1. установить степень атипии клеток слизистой оболочки 2. выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы 3. позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза 4. определить состояние интрамурального нервного аппарата 5. установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

52. Правильным методом лечения болезни Гиршпрунга является: 1. только консервативный 2. хирургический при безуспешности консервативного 3.консервативный при протяженности аганглионарной зоны 3-4 см 4. только хирургический 5. хирургический, если зона аганглиоза более 4 см. Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

53. Главной целью оперативного лечения при болезни Гиршпрунга является: 1. резекция расширенной части толстой кишки 2. ликвидация спазма внутреннего сфинктера 3. сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки 4. "выключение" из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны 5. ликвидация спазма аганглионарной зоны Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

54. Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует: 1. на восходящую ободочную кишку 2. на сигмовидную кишку 3. на поперечную ободочную кишку 4. на границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки 5. на подвздошную кишку Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

55. Уровень наложения двустольной колостомы при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга определяется: 1. целью колостомии 2. состоянием всех отделов толстой кишки 3. локализацией зоны аганглиоза 4. протяженностью зоны аганглиоза 5. характером планируемой в дальнейшем радикальной операции Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

56. При многоэтапном лечении болезни Гишпрунга целью первого этапа является: 1. ликвидация кишечной непроходимости 2. налаживание эвакуации кишечного содержимого у ослабленных больных 3.

сохранение части толстой кишки при тотальном мегаколоне 4. только резекция расширенной части кишки 5. при наличии калового камня - удаление его путем колотомии Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

57. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется: 1. длиной аганглионарной зоны 2. протяженностью декомпенсированных расширенных отделов кишечника 3. общим состоянием больных 4. возрастом больных 5. негативным отношением больных к наложению колостомы Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

58. Применение многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга показано: 1. при декомпенсированном состоянии больного 2. при наличии калового камня 3. при тотальном мегаколоне 4. у всех больных старше 20 лет 5. у всех больных старше 30 лет Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

59. Операция Соаве – это: 1. резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец" 2. левосторонняя гемиколэктомия с отсроченным анастомозом 3. низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидации шпоры 4. низведение компенсированной части толстой кишки после резекции измененных ее отделов через демукозизированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза 5. формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

60. Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием

эвагинационного анастомоза "конец в конец" – это: 1. операция Соаве 2. операция Дюамеля 3. операция Ребейна 4. операция Свенсона 5. модифицированная операция Дюамеля Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

61. Операция Дюамеля – это: 1. резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец" 2. низведение компенсированной части толстой кишки после резекции измененных ее отделов через демукозирванный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза 3. левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком 4. низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры 5. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

62. Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых диаметров – это: 1. операция Соаве 2. операция Дюамеля 3. операция Свенсона 4. операция Ребейна 5. модифицированная операция Свенсона Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

63. Основной причиной отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью Гиршпрунга явилось: 1. нерадикальность операции 2. трудности мобилизации ободочной кишки для низведения 3. трудности мобилизации прямой кишки у взрослых пациентов 4. трудности выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза 5. трудности наложения анастомоза из-за разных диаметров кишок Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

64. Мобилизацию зоны аганглиоза, особенно прямой кишки, при болезни Гиршпрунга проводят как можно ближе к кишке для: 1. уменьшения кровопотери 2. уменьшения травматизации нервных путей в малом тазу 3. профилактики повреждения внутреннего сфинктера 4. профилактики мочеполовых расстройств 5. уменьшения повреждения наружного сфинктера Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [+]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

65. К преимуществам модифицированной операции Дюамеля относятся: 1. максимальное удаление аганглионарной зоны без излишней травматизации тазовых органов 2. отсутствие повреждения внутреннего сфинктера прямой кишки 3. безопасный и асептический колоанальный анастомоз 4. профилактика несостоятельности анастомоза 5. предотвращение образования слепого мешка в прямой кишке Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

2) [-]если правильные ответы 1 и 3

3) [-]если правильные ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

66. При субтотальном и тотальном мегаколоне у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции: 1. Ребейна 2. Дюамеля 3. Свенсона 4. Соаве 5. без формирования первичного анастомоза Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

67. Нехарактерными осложнениями операции Дюамеля являются: 1. недостаточность швов колоректального анастомоза 2. несостоятельность культи прямой кишки 3. мочеполовые расстройства 4. развитие пресакрального абсцесса 5. образование "шпоры" колоректального анастомоза Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

68. Чаще всего противопоказанием к наложению "первичного" анастомоза по Дюамелю у больных с болезнью Гиршпрунга является: 1. тяжесть общего состояния больного 2. травматичность самого

оперативного вмешательства 3. особенности кровоснабжения низводимых органов 4. невозможность тщательной очистки толстой кишки перед операцией 5. возраст больных старше 50 лет
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

69. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при: 1. рецидиве мегаколон 2. различных осложнениях в области сформированного анастомоза 3. недостаточности анального сфинктера 4. воспалительных осложнениях в параректальной клетчатке 5. многоэтапном лечение Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

70. Основным методом лечения психогенного мегаколон является: 1. консервативное, направленное на нормализацию функции толстой кишки 2. только хирургическое 3. хирургическое при неэффективности консервативного 4. консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию функции

толстой кишки 5. только лечение основного заболевания Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

71. Появление неудержимого поноса (так называемого парадоксального поноса) на фоне длительного отсутствия стула при болезни Гиршпрунга обусловлено: 1. развитием воспалительного процесса в кишке 2. образованием в кишке стеркоральных язв 3. выраженным дисбактериозом 4. реакцией на клизмы 5. реакцией на прием слабительных средств Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

72. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является

- 1) [+]бессвищевая форма атрезии
- 2) [-]свищ в мочевого пузыря
- 3) [-]уретральный свищ
- 4) [-]узкий и длинный промежностями свищ

5) [-]все перечисленное

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

1) [-]операция Дюамеля

2) [-]операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы

3) [-]операция Соаве

4) [+]двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом по Дюамелю

5) [-]илеостомия, в последующем операция Соаве

74. Для врожденной ангиодисплазии характерно все, кроме

1) [-]кишечные кровотечения начинаются с раннего детства.

2) [-]характерная рентгенологическая картина при исследовании с контрастной клизмой

3) [-]в местах локализации процесса через слизистую оболочку просвечивают сине-багровые мягкие узлы

4) [+]поражение на слизистой в виде телеангиоэктазии

75. Для врожденной ангиодисплазии характерно

1) [-]поражение локализуется в дистальных отделах толстой кишки

2) [-]изменение сосудов кишки могут сочетаться с поражением сосудов других органов малого таза

3) [-]большая протяженность поражения

4) [+]все перечисленное

76. Для наследственной ангиодисплазии нехарактерно

1) [+]сосудистые поражения могут быть также на промежности и нижних конечностях

2) [-]носовые кровотечения

3) [-]на коже лица плоские непальсирующие пятна красного или фиолетового цвета

77. Для приобретенной дисплазии характерно все кроме

1) [-]поражение не заметно при осмотре со стороны серозы

2) [+]через слизистую в местах поражения просвечивают синеватые мягкие узлы

3) [-]поражение на слизистой в виде телеангиоэктазий

4) [-]признаки заболевания появляются в возрасте старше 50 лет

78. Для приобретенной дисплазии нехарактерно

1) [-]поражение локализуется чаще всего в правой половине ободочной кишки

2) [-]ирригоскопия, как метод диагностики малоинформативна

3) [+]большая протяженность поражения

79. Для наследственной ангиодисплазии характерно все, кроме

1) [-]заболевание передается по наследству

2) [-]носовые кровотечения

3) [+]ведущим симптомом являются кишечные кровотечения

4) [-]на коже лица могут быть широкие непальсирующие пятна красного или фиолетового цвета

неотложная колопроктология

1. Острым парапроктитом называется

- 1) [-]любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
- 2) [+]острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
- 3) [-]острое воспаление в области морганиевых крипт
- 4) [-]острое воспаление слизистой прямой кишки
- 5) [-]изъязвление слизистой в области морганиевых крипт

2. Острый парапроктит является

- 1) [-]крайне редким заболеванием
- 2) [-]достаточно редким заболеванием
- 3) [-]самым частым заболеванием человека
- 4) [-]самым частым проктологическим заболеванием
- 5) [+]распространенным заболеванием, стоящим на четвертом месте к после геморроя, анальных трещин и колитов

3. Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

- 1) [-]гематогенным путем
- 2) [-]лимфогенным путем
- 3) [-]через кожу
- 4) [+]из прямой кишки
- 5) [-]из соседних органов, пораженных воспалительным процессом

4. Известно, что главную роль в развитии парапроктита играют анальные железы. Большая часть

их расположена

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

5. Выводные протоки анальных желез открываются

- 1) [+]на дне морганиевых крипт
- 2) [-]в межсфинктерном пространстве
- 3) [-]в параректальной клетчатке
- 4) [-]на слизистой в области гребешка
- 5) [-]в области анальных сосочков

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

- 1) [-]из крипты гематогенным путем
- 2) [-]из крипты по межфасциальным промежуткам
- 3) [-]через поврежденную слизистую прямой кишки выше аноректальной линии
- 4) [+]из крипты через протоки анальных желез
- 5) [-]через дефект слизистой анального канала

7. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

- 1) [-]туберкулезная палочка
- 2) [-]стафилококк
- 3) [-]кишечная палочка

4) [-]протей

5) [+]смешанная микрофлора

8. Специфический парапроктит вызывается: 1. туберкулезной палочкой 2. актиномицетами 3. бледной спирохетой 4. неспорообразующим анаэробом в ассоциации с кишечной палочкой и протеем 5. гемолитическим стрептококком Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]если правильны ответы 1,2,и 3

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

9. При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить: 1. локализацию пораженной крипты 2. характер микробной флоры 3. расположение гнойного хода по отношению к сфинктеру 4. распространенность гнойного процесса 5. давность заболевания Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [+]если правильны ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

10. К поверхностным формам острого парапроктита относят: 1. ишиоректальные 2. пельвиоректальные 3. межмышечные 4. подкожные и подслизистые 5.

ретроректальные Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

11. К глубоким формам острого парапроктита относят:
1. пельвиоректальные 2. подкожные 3. ишиоректальные 4. подковообразные подкожные 5. подслизистые Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [+]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

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

- 1) [-]только у больных диабетом
- 2) [-]у пациентов старше 50 лет
- 3) [+]у всех больных
- 4) [-]при распространенном гнойном процессе
- 5) [-]при анаэробном парапроктите

13. Самой частой формой острого парапроктита является

- 1) [-]подслизистый парапроктит
 - 2) [+]подкожный парапроктит
 - 3) [-]ишиоректальный
 - 4) [-]пельвиоректальный
 - 5) [-]ретроректальный
-

14. Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести

- 1) [-]осмотр и пальпацию перианальной области
 - 2) [+]осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
 - 3) [-]осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
 - 4) [-]осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
 - 5) [-]пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию
-

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

- 1) [-]выше аноректальной линии
 - 2) [-]на уровне аноректальной линии
 - 3) [+]ниже аноректальной линии
 - 4) [-]зависит от величины абсцесса
 - 5) [-]зависит от расположения пораженной крипты
-

16. При ишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии

- 1) [-]ниже
- 2) [-]на уровне
- 3) [+]выше
- 4) [-]зависит от расположения пораженной крипты
- 5) [-]зависит от конституции больного

17. В начале заболевания особенно трудна диагностика

- 1) [-]подкожного парапроктита
- 2) [-]подслизистого парапроктита
- 3) [-]ишиоректального парапроктита
- 4) [+]пельвиоректального парапроктита
- 5) [-]межмышечного парапроктита

18. При подкожном парапроктите гнойный ход чаще располагается

- 1) [-]кнутри от сфинктера
- 2) [-]транссфинктерно
- 3) [-]экстрасфинктерно
- 4) [-]в глубокой порции наружного сфинктера
- 5) [+]в подкожной порции наружного сфинктера

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

- 1) [-]только транссфинктерно
- 2) [-]только экстрасфинктерно
- 3) [-]всегда кнутри от сфинктера

4) [-]транссфинктерно и экстрасфинктерно

5) [+]чаще всего транссфинктерно

20. При ишиоректальном парапроктите пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить

1) [-]только нижнюю границу гнойника

2) [+]нижнюю и верхнюю границы

3) [-]верхнюю границу

4) [-]верхняя граница достижима только при небольших размерах гнойника

5) [-]верхняя граница недостижима у высоких и тучных мужчин

21. Вовлечение в воспалительный процесс тазовой брюшины вероятнее всего: 1. при межмышечном парапроктите 2. при ишиоректальном парапроктите 3. при подслизистом парапроктите 4. при пельвиоректальном парапроктите 5. при всех видах парапроктита Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

22. При наличии клинических признаков воспаления и обнаружении инфильтрата в параректальном пространстве следует исключить: 1. прорыв гноя из дугласова пространства 2. острое воспаление эпителиального копчикового хода 3. нагноившуюся кисту параректальной клетчатки 4. подкожный парапроктит 5. ишиоректальный парапроктит Выберите

правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

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

- 1) [+]госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- 2) [-]вскрыть гнойник в поликлинике
- 3) [-]назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- 4) [-]назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- 5) [-]амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке

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

- 1) [-]госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать
- 2) [-]сделать в приемном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать
- 3) [+]госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке

4) [-]назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой

5) [-]госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния

25. После вскрытия гнойника при остром парапроктите без иссечения гнойного хода и пораженной крипты наименее вероятно

1) [-]формирование свища прямой кишки

2) [-]рецидивирование парапроктита

3) [+]выздоровление

4) [-]периодическое появление болей в промежности

5) [-]послеоперационная недостаточность анального сфинктера

26. Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите

1) [-]формирование свища прямой кишки

2) [-]рецидивирующий парапроктит

3) [+]выздоровление

4) [-]недостаточность анального сфинктера

5) [-]выздоровление в 50% наблюдений

27. Пельвиоректальный парапроктит лучше всего вскрыть

1) [-]через просвет прямой кишки, так как гнойник располагается рядом со стенкой кишки

2) [-]полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку с соответствующей стороны и рассечением мышцы, поднимающей задний проход, в поперечном направлении

3) [+]полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и

расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении

4) [-]радиальным разрезом кожи

5) [-]прямолинейным разрезом перпендикулярно линии между задним проходом и седалищным бугром

28. Катетеризация мочевого пузыря чаще бывает, необходима при операции по поводу

1) [-]подкожного парапроктита

2) [-]ишиоректального парапроктита

3) [-]подслизистого парапроктита

4) [+]пельвиоректального парапроктита

5) [-]межмышечного парапроктита

29. При наличии интрасфинктерного гнойного хода лучше всего

1) [-]рассечь гнойный ход в просвет кишки без иссечения его

2) [+]иссечь ход в просвет кишки

3) [-]провести лигатуру

4) [-]иссечь гнойный ход и ушить рану

5) [-]иссечь ход, сделать сфинктеротомию

30. При наличии трансфинктерного гнойного хода возможно

1) [-]только проведение лигатуры

2) [-]выполнение нерадикальной операции

3) [-]только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера

4) [-]иссечение в просвет кишки, независимо от глубины расположения хода

5) [+]в зависимости от расположения и глубины хода возможны различные варианты от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры

31. Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого парапроктита, если: 1. обеспечена адекватная анестезия 2. выявлена пораженная крипта 3. достаточен опыт оперирующего 4. пациент страдает сахарным диабетом 5. выявлено расположение гнойного хода Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

32. Если во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита не выявлена пораженная 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3

- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

33. При остром подкожном переднем парапростите с интрасфинктерным гнойным ходом у женщины лучше всего выполнить: 1. вскрытие абсцесса, иссечение пораженной крипты 2. вскрытие абсцесса, иссечение пораженной крипты и заднюю дозированную сфинктеротомию 3. только вскрытие абсцесса 4. вскрытие абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки 5. вскрытие абсцесса и заднюю дозированную сфинктеротомию Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

34. 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 пораженную крипту, провести лигатуру 3. вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию 4. вскрыть гнойник, иссечь пораженную крипту и гнойный ход в просвет прямой кишки 5. вскрыть гнойник и иссечь пораженную крипту Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

35. 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 распространенным гнойным процессом, лихорадкой, интоксикацией, независимо от вида операции 5. только при гнилостной инфекции Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

36. К осложненным формам острого парапроктита относятся: 1. самопроизвольно вскрывшийся на кожу промежности 2. самопроизвольно вскрывшийся в просвет прямой кишки 3. подковообразный 4. инфильтративный 5. ишиоректальный с вовлечением в процесс межсфинктерного пространства Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

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

1) [-]вскрыть гнойник и иссечь пораженную переднюю крипту

2) [+]вскрыть гнойник, иссечь пораженную крипту и гнойный ход в просвет кишки

3) [-]вскрыть гнойник, иссечь крипту, провести лигатуру

4) [-]вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию

5) [-]ограничиться вскрытием и дренированием гнойника

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

1) [-]попытаться ввести дренаж через просвет кишки

2) [+]срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности

3) [-]ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки

4) [-]назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния

5) [-]наложить сигмостому

39. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

40. Газовую гангрену вызывают только: 1. фузобактерии 2. кишечная палочка и протей 3. бактероиды 4. клостридии 5. ассоциация аэробов с бактероидами Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

41. Возбудителями неклостридиального анаэробного парапроктита являются: 1. только бактероиды 2. клостридии 3. ассоциация аэробов с бактероидами 4. бактероиды, фузобактерии, пептококки и другие анаэробы 5. эшерихии и протейная палочка Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

42. 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
Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

43. При клостридиальном парапроктите не бывает: 1. сильной боли 2. отека тканей и распада мышцы 3. газообразования (крепитация) 4. большого количества гноя 5. классических признаков воспаления
Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [+]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

44. Возбудители неклостридиальной инфекции могут вызвать: 1. целлюлит 2. миозит 3. фасциит 4. только целлюлит 5. только миозит
Выберите правильный

ответ по схеме:

- 1) [+]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

45. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

46. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

47. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

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

- 1) [-]вскрыть гнойник, иссечь пораженную крипту, провести лигатуру
- 2) [-]вскрыть гнойник, сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- 3) [+]вскрыть гнойник, радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища

4) [-]вскрыть гнойник, иссечь пораженную крипту и гнойный ход в просвет кишки

5) [-]вскрыть гнойник, иссечь пораженную крипту и рубцы

49. На операции у 36-летней пациентки обнаружен ретроректальный абсцесс, рубцовые изменения в задней крипте, через которую прошел краситель, введенный в полость гнойника. Гнойный ход располагается кнаружи от сфинктера, по ходу его есть рубцы. Целесообразнее всего

1) [-]вскрыть гнойник полулунными разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки

2) [-]вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь пораженную крипту и рубцы вокруг гнойного хода

3) [-]только вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки

4) [-]вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию

5) [+]**вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь пораженную крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру**

50. При клостридиальном парапроктите: 1. больной беспокоен 2. температура тела часто нормальная 3. быстро нарастает тахикардия, падает артериальное давление 4. всегда высокая температура тела 5. в области промежности кожа резко гиперемирована Выберите правильный ответ по схеме:

1) [+]**если правильны ответы 1,2,и 3**

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

51. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

52. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

53. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

54. При операции по поводу анаэробного парапроктита выявление и иссечение пораженной крипты и хода: 1. всегда обязательно 2. показано при ограниченном процессе 3.показано при относительно удовлетворительном состоянии больного 4. нецелесообразно 5. противопоказано только при тяжелом состоянии пациента Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

55. При гнилостных и анаэробных парапроктитах: 1. достаточно сделать широкие разрезы тканей 2. необходимо рассечь и иссечь нежизнеспособные ткани 3. достаточно сделать широкие разрезы и промыть раствором перекиси водорода 4. раны дренировать и наладить орошение их растворами перекиси водорода, антисептиков, антибиотиков 5. достаточно сделать широкие разрезы и назначить антибиотики Выберите

правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

56. Включение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации показано: 1. при кластридиальном парапроктите 2. при некластридиальном анаэробном парапроктите 3. при гнилостном парапроктите 4. только при кластридиальном парапроктите 5. при пельвиоректальных парапроктитах Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

57. Лечение в барокамере может заменить хирургическое вмешательство

- 1) [-]при гнилостном парапроктите
- 2) [-]при некластридиальном анаэробном парапроктите
- 3) [-]при кластридиальном ограниченном парапроктите
- 4) [-]при локализованном гнойном процессе
- 5) [+]не может заменить операции ни при одном из видов

инфекции

58. Карантин в отделении

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

59. При остром геморрое первичным является к

- 1) [+]тромбоз
 - 2) [-]воспаление
 - 3) [-]только при кровоточащем геморрое – тромбоз
 - 4) [-]при геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление
 - 5) [-]единого мнения не существует
-

60. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать

- 1) [-]сфинктерит
 - 2) [-]анусит
 - 3) [-]воспаление геморроидальных узлов
 - 4) [+]острый тромбоз геморроидальных узлов
 - 5) [-]тромбофлебит геморроидальных узлов
-

61. При остром тромбозе геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается

- 1) [-]в морганиевых криптах

- 2) [+]в кавернозных тельцах
 - 3) [-]в венах подслизистого слоя
 - 4) [-]в сосудах слизистой оболочки прямой кишки
 - 5) [-]четкой закономерности нет
-

62. Присоединение инфекции при остром тромбозе геморроидальных узлов всегда приводит

- 1) [-]к развитию парапроктита
 - 2) [-]к образованию свищей прямой кишки
 - 3) [-]к восходящему тромбозу сосудов прямой кишки
 - 4) [-]к улучшению микроциркуляции в слизистой оболочке дистальной части прямой кишки за счет усиления притока крови к очагам воспаления
 - 5) [+]к нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки
-

63. Объективным признаком присоединения воспаления при остром тромбозе геморроидальных узлов является

- 1) [-]усиление болей в области заднего прохода
 - 2) [-]повышение температуры тела
 - 3) [+]появление перианального отека, отсутствие дифференцировки узлов
 - 4) [-]затрудненное мочеиспускание
 - 5) [-]затрудненный акт дефекации
-

64. В амбулаторных условиях при тромбозе наружных геморроидальных узлов с наличием перианального отека и некроза целесообразнее всего

- 1) [-]после наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала

2) [-]после пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию

3) [-]для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома

4) [+]после наружного осмотра максимально щадяще сделать пальцевое исследование прямой кишки

5) [-]ограничиться наружным осмотром области заднего прохода

65. При остром тромбозе геморроидальных узлов с перианальным отеком срочная операция

1) [-]показана во всех случаях

2) [-]всегда противопоказана

3) [-]показана при сильных болях

4) [-]показана у молодых пациентов, если тромбоз не в первый раз

5) [+]показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)

66. Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана

1) [-]при наличии некроза слизистой

2) [-]при наличии перианального отека, чтобы уменьшить боль

3) [+]при тромбозе наружного узла

4) [-]при нарастании перианального отека

5) [-]желанием больного

67. При тромбозе с перианальным отеком нужно отсрочить операцию из-за

1) [-]опасности тромбоэмболии

2) [-]выраженных болей в области заднего прохода

3) [+]отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения

и развития воспалительных осложнений

4) [-]невозможности ушить раны наглухо

5) [-]возможности повредить наружный сфинктер заднего прохода

68. Больной лечится по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов амбулаторно. Лучше всего

1) [-]назначить прием солевых слабительных

2) [-]сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы

3) [-]лигировать узлы латексными кольцами

4) [+]назначить анальгетики, на первые два-три дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином и пр., диету

5) [-]применить склерозирующую терапию

69. Операцию по поводу тромбоза наружного геморроидального узла правильнее всего назвать

1) [-]геморроидэктомия

2) [-]экономная геморроидэктомия

3) [+]тромбэктомия

4) [-]иссечение геморроидальной бахромки

5) [-]частичная геморроидэктомия

70. Радикальную операцию по поводу геморроя, осложнившегося острым тромбозом узлов и перианальным отеком, можно выполнить

1) [-]только через 1 месяц после тромбоза

2) [-]только через 2 месяца после тромбоза

3) [-]только через год после тромбоза

4) [+]после ликвидации перианального отека

5) [-]после рассасывания всех тромбов

71. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является

- 1) [-]наличие свищей крестцово-копчиковой области
 - 2) [-]рецидивирующее воспаление в области крестца
 - 3) [-]обильный волосяной покров у пациента
 - 4) [-]болезненность при пальпации копчика
 - 5) [+]наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке
-

72. При остром воспалении эпителиального копчикового хода абсцесс располагается, как правило

- 1) [-]в пресакральном пространстве
 - 2) [-]в ишиоректальном клетчаточном пространстве
 - 3) [-]воспаление локализуется всегда только в самом ходе
 - 4) [+]под кожей крестцово-копчиковой области
 - 5) [-]в перианальной области
-

73. Одним из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода является

- 1) [-]развитие кокцигодинии
 - 2) [-]озлокачествление хода
 - 3) [+]воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
 - 4) [-]остеомиелит копчика
 - 5) [-]свищи прямой кишки
-

74. При остром воспалении эпителиального копчикового хода: 1. появляются боли в крестцово-копчиковой области 2. повышается температура тела 3.

в области межгодичной складки появляется болезненный инфильтрат 4. из первичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения 5. общее состояние больного в первые дни болезни страдает незначительно Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

75. Обязательными методами исследования при остром воспалении эпителиального копчикового хода являются: 1. рентгенография крестца и копчика 2. пальцевое исследование прямой кишки 3. абсцессография 4. ректороманоскопия 5. введение метиленового синего в первичные отверстия хода Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

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

- 1) [+]не ушивать рану
 - 2) [-]ушить рану наглухо швами по Донати
 - 3) [-]послойно ушить рану наглухо
 - 4) [-]проточное промывание через перфорированный дренаж при глухом шве кожи
 - 5) [-]подшить края раны ко дну
-

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

- 1) [-]послойным ушиванием раны наглухо
 - 2) [+]подшиванием краев раны ко дну
 - 3) [-]ушиванием раны по Донати
 - 4) [-]ушиванием раны с оставлением перфорированного дренажа для проточного промывания
-

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

- 1) [-]ревизовать рану, не снимая швов
 - 2) [-]швы не снимать, назначить антибиотики, физиотерапию
 - 3) [+]снять несколько швов, при ревизии раны установить распространенность воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы
 - 4) [-]сразу снять все швы
-

79. После операции с подшиванием краев раны ко дну по поводу эпителиального копчикового хода

замедлить заживление раны можно

- 1) [-]учитывая фазу раневого процесса
- 2) [-]применяя физиотерапию
- 3) [+]ежедневным выскабливанием дна раны острой ложкой
- 4) [-]используя водные процедуры
- 5) [-]не допуская инфицирования раны

80. После радикальной операции по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну прошло 6 дней. Рана с серым налетом, края инфильтрированы. По вечерам у больного субфебрильная температура. Целесообразно

- 1) [-]считать, что это обычное течение раневого процесса, ничего не предпринимать
 - 2) [-]не снимая швов, применить ферменты
 - 3) [-]не снимая швов, назначить антибиотики внутримышечно
 - 4) [-]снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором
 - 5) [+]снять швы, применить ферменты, мази на водорастворимой основе, теплые ванны, в последующие дни физиотерапию 08.81
- Острая трещина заднего прохода - это
- 6) [-]воспаление параректальной клетчатки
 - 7) [-]дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
 - 8) [-]криптит
 - 9) [-]пектеноз
 - 10) [+]дефект слизистой анального канала, часто с повреждением мышечной оболочки

81. Острая анальная трещина чаще всего локализуется

- 1) [+]на задней стенке анального канала
 - 2) [-]на передней стенке анального канала
 - 3) [-]на 3-х часах по циферблату
 - 4) [-]на 9 часах по циферблату
 - 5) [-]одинаково часто на задней и передней стенках
-

82. В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит

- 1) [-]ректальным кровотечениям
 - 2) [-]затрудненному венозному оттоку
 - 3) [+]спазму внутреннего сфинктера
 - 4) [-]спазму наружного сфинктера
 - 5) [-]анальному зуду и мацерации
-

83. Для острой анальной трещины нехарактерно

- 1) [-]боли в заднем проходе
 - 2) [-]спазма сфинктера
 - 3) [-]скудных выделений крови
 - 4) [+]выделений гноя
 - 5) [-]"стулобоязни"
-

84. Для острой анальной трещины более характерны боли

- 1) [-]постоянные
- 2) [-]после дефекации
- 3) [+]во время дефекации
- 4) [-]до дефекации
- 5) [-]ночные

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

- 1) [-]геморроя
- 2) [-]свища прямой кишки
- 3) [-]рака прямой кишки
- 4) [+]острой анальной трещины
- 5) [-]кокцигодинии

86. Для того, чтобы увидеть острую анальную трещину достаточно

- 1) [-]пальцевого исследования
- 2) [+]наружного осмотра с разведением перианальных складок
- 3) [-]осмотра с помощью аноскопа
- 4) [-]осмотра с помощью ректального зеркала
- 5) [-]осмотра с помощью ректоскопа

87. При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует

- 1) [-]обязательно выполнить уже при первичном осмотре
- 2) [+]отсрочить до купирования болей и эпителизации дефекта
- 3) [-]ректороманоскопия не показана вообще
- 4) [-]выполнить после дивульсии заднего прохода
- 5) [-]обязательно выполнить с применением обезболивания

88. Показанием для безотлагательного обследования всей толстой кишки при наличии острой анальной трещины служит

- 1) [-]острое начало заболевания
- 2) [-]дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- 3) [-]жалобы на периодический метеоризм
- 4) [-]пожилой возраст больного
- 5) [+]выделения крови и слизи из заднего прохода

89. Чаще всего глубокая анальная трещина заставляет исключать

- 1) [-]дивертикулез толстой кишки
- 2) [-]неспецифический язвенный колит
- 3) [+]болезнь Крона
- 4) [-]полипоз толстой кишки
- 5) [-]внутреннее выпадение прямой кишки

90. Консервативная терапия острой анальной трещины

- 1) [+]дает положительный эффект у большинства пациентов
- 2) [-]дает эффект, если трещина появилась у женщины после родов
- 3) [-]не дает эффекта никогда
- 4) [-]эффективна только на 2-3 недели
- 5) [-]помогает очень редко

91. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано

- 1) [-]сразу после установления диагноза
- 2) [-]через две недели курса консервативной терапии
- 3) [-]через два месяца после начала заболевания

4) [-]только в случае выраженного спазма сфинктера

5) [+]при безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краев, "сторожевой бугорок"

92. Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять

1) [-]ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней

2) [-]свечи со спазмолитиками

3) [+]инъекции гидрокортизона "под трещину"

4) [-]лекарственные средства, способствующие заживлению ран

5) [-]лечебные микроклизмы

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

1) [-]иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия

2) [-]иссечение трещины

3) [+]иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия

4) [-]иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия только при передней трещине, при задней трещине всегда задняя сфинктеротомия

5) [-]иссечение трещины, ушивание раны

94. Повреждение стенки прямой кишки в родах

1) [-]возникает при разрыве промежности I степени

2) [-]возникает при разрыве промежности II степени

3) [+]возникает при разрыве промежности III степени

4) [-]неизбежно при эпизиотомии

5) [-]возникает во время перинеотомии

95. В первые часы после травмы прямой кишки обычно не наблюдается

- 1) [-]болей
 - 2) [-]кровотечения
 - 3) [-]выделения кала из раны
 - 4) [+]парапроктита
 - 5) [-]тенезмов
-

96. Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется

- 1) [-]парапроктитом
 - 2) [+]перитонитом
 - 3) [-]развитием стриктуры
 - 4) [-]недостаточностью анального сфинктера
 - 5) [-]кровотечением из параректальной клетчатки
-

97. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

98. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

2) [-]если правильны ответы 1 и 3

3) [+]если правильны ответы 2 и 4

4) [-]если правильный ответ 4

5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

99. 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 брыжейке кровоизлияния. В этой ситуации целесообразнее всего: 1. иссечь неровные края раны, ушить стенку кишки, дренировать брюшную полость 2. выполнить резекцию поврежденного участка, наложить анастомоз 3. выполнить резекцию поврежденного 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

100. 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 j 4. сочетанное повреждение прямой кишки, костей таза и мочевыводящих путей 5. любое проникающее ранение прямой кишки в сочетании с обширным повреждением промежности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

101. Для отключения поврежденной прямой кишки лучше всего:

1. сформировать илеостому - можно ожидать меньше осложнений при ее ликвидации 2. наложить цекостому 3. наложить трансверзостому 4. сформировать сигмостому 5. уровень наложения стомы не имеет значения Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3

- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

102. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

103. Повреждена внебрюшная часть прямой кишки выше леватора, не исключена вероятность повреждения и внутрибрюшного отдела кишки. Необходима ревизия органов брюшной полости и наложение колостомы. Лучше всего: 1. косым переменным разрезом слева войти в брюшную полость, после ревизии в разрез вывести сигмовидную кишку, сформировать сигмостому 2. выполнить нижнюю срединную лапаротомию, после ревизии вывести сигмовидную кишку в виде стомы в нижний угол раны 3. доступ не имеет значения 4. выполнить срединную лапаротомию, после ревизии и установления объема вмешательства вывести петлю сигмовидной кишки для формирования колостомы в

отдельный разрез, срединную рану ушить наглухо 5. применить для ревизии и наложения колостомы лапароскопическую технику Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

104. При травме заднего прохода глубокая порция наружного сфинктера: 1. повреждается всегда 2. никогда не повреждается 3. повреждается только при нанесении повреждения со стороны параректального клетчаточного пространства 4. повреждается при полном разрыве промежности 5. повреждается только при травме по задней полуокружности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

105. 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 исследования брюшной полости 5. при необходимости эндоскопическое исследование кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильны ответы 1,2,и 3
- 2) [-]если правильны ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильны ответы 2 и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.

106. Рентгенологическое исследование костей таза следует обязательно произвести при

- 1) [-]малейших признаках повреждения прямой кишки
- 2) [-]разрыве промежности в родах
- 3) [-]повреждение анального канала
- 4) [+]обширном повреждение промежности
- 5) [-]наличие сукровичных выделений после удаления из прямой кишки инородного тела

107. 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

- 1) [-]пальцевое исследование
- 2) [-]только ректороманоскопию
- 3) [-]обзорную рентгенографию брюшной полости
- 4) [-]пальцевое исследование и проктографию с контрастной

клизмой

5) [+]пальцевое исследование, ректоскопию, в зависимости от ситуации дополнительно применить другие методы

108. Во время родов произошел разрыв промежности. Для установления степени повреждения и состояния стенки прямой кишки необходимо провести

- 1) [-]осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки
- 2) [-]осмотр промежности, влагалищное исследование
- 3) [-]влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию
- 4) [+]осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища, шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки
- 5) [-]осмотр промежности с оценкой глубины раны, пальцевое исследование влагалища и прямой кишки, ректороманоскопию, сфинктерометрию

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

- 1) [-]наложить колостому для отключения прямой кишки
- 2) [+]провести первичную хирургическую обработку раны с ушиванием сфинктера, при повреждении сфинктера более чем на 1/3 окружности наложить колостому
- 3) [-]провести первичную хирургическую обработку раны, послойно ушить наглухо внутренний сфинктер, наружный сфинктер, клетчатку
- 4) [-]провести первичную хирургическую обработку раны без ее ушивания
- 5) [-]ушить рану, назначить антибиотики

110. После получения травмы анального канала прошло около суток. Имеется повреждение наружного жома по левой боковой стенке (от 1 до 5 часов по циферблату). Края раны отечны, обрывки мышц темные, рана с серым налетом. Больному необходимо

- 1) [-]произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер
- 2) [+]промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому
- 3) [-]провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса
- 4) [-]после хирургической обработки раны без ее ушивания, назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем
- 5) [-]промыть рану, назначить антибиотики

111. В результате 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

- 1) [-]избегать введения в кишку каких-либо антисептиков, назначить пристальное динамическое наблюдение за больным
- 2) [-]задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, установить наблюдение, При распространении воспаления на параректальную клетчатку дренировать ее, установить проточное орошение
- 3) [+]задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, при появлении воспаления в параректальной клетчатке наложить колостому, дренировать параректальную клетчатку

4) [-]сразу наложить колостому

5) [-]сразу наложить илеостому

112. Произошло внебрюшинное повреждение всех слоев стенки прямой кишки выше леватора. Со времени травмы прошло 2 часа. Рана прямой кишки более 2см в диаметре, но поступления кишечного содержимого нет. Рана чистая, края не инфицированы. Целесообразнее всего

1) [-]со стороны промежности произвести хирургическую обработку раны и послойно ушить двумя рядами швов стенку кишки, параректальную клетчатку, кожу. Медикаментозными средствами задержать стул на 5-6 дней

2) [-]произвести хирургическую обработку раны, ушить стенку кишки, дренировать параректальную клетчатку, задержать стул

3) [-]без хирургической обработки раны наложить сигмостому

4) [+]после хирургической обработки раны без ушивания стенки кишки наложить сигмостому

5) [-]после хирургической обработки раны без ушивания ее наложить илеостому

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

1) [+]лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию

2) [-]обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки

3) [-]обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и

резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана

4) [-]резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману

5) [-]резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой

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

1) [-]выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана

2) [+]наложить два ряда швов на стенку кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку

3) [-]наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому

4) [-]сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза

5) [-]сделать сегментарную резекцию прямой кишки

115. 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 кровоподтеках. В такой ситуации необходимо выполнить

1) [+]резекцию поврежденной кишки по типу операции Гартмана

2) [-]ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии

3) [-]ушивание стенки кишки, наложение колостомы

4) [-]резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции

5) [-]сегментарную резекцию прямой кишки

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

1) [-]обязательную постановку очистительных клизм

2) [-]солевое слабительное

3) [-]лаваж

4) [+]клизмы и промывания противопоказаны

5) [-]касторовое масло внутрь

117. При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной раны промежности назначение антибактериальной терапии обязательно

1) [+]в любом случае

2) [-]если с момента травмы прошло более 6 часов

3) [-]если много некротизированных тканей

4) [-]если есть загрязнение раны кишечным содержимым

5) [-]если не наложена колостома выше места повреждения

118. Для избежания инфицирования раны промежности при повреждении прямой кишки наиболее эффективно

1) [-]назначение средств, задерживающих стул - имодиум, норсульфазол, левомицетин

2) [-]применение настойки опия

3) [-]назначение кодеина

4) [+]наложение колостомы

5) [-]наложение илеостомы

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

1) [-]санация брюшной полости, резекция поврежденной кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции

2) [+]наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения

3) [-]резекция поврежденной кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости

4) [-]наложение колостомы и эпицистостомы

5) [-]наложение илеостомы

120. Самое частое осложнение внебрюшинного ранения прямой кишки

1) [-]недостаточность анального сфинктера

2) [-]перитонит

- 3) [+]нагноение параректальной клетчатки
- 4) [-]кровотечение из вен крестцового сплетения
- 5) [-]стриктуры

121. Произведена хирургическая обработка раны нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, на стенку кишки и сфинктер заднего прохода наложены узловыe кетгутовые швы. Рана нагноилась, отмечается недержание газов и кала. В этом случае целесообразнее всего

- 1) [+]срочно наложить колостому
- 2) [-]ежедневно ставить высокие очистительные клизмы, дать препараты, задерживающие стул, колостому не накладывать ни в коем случае
- 3) [-]в течение нескольких дней ставить высокие клизмы, задержать стул, при положительной динамике (очищение раны, тенденция к заживлению) наложить колостому для сохранения функции сфинктера
- 4) [-]при отсутствии положительной динамики от высоких клизм и задержки стула наложить колостому
- 5) [-]наложить илеостому

122. Для профилактики воспалительных осложнений при травме прямой кишки назначение антибиотиков

- 1) [+]обязательно
- 2) [-]необязательно
- 3) [-]целесообразно лишь при сильном загрязнении раны
- 4) [-]целесообразно при обработке раны в поздние сроки после травмы
- 5) [-]необходимо только при сочетанных повреждениях

123. При обильном выделении крови из заднего прохода, появившемся у больного внезапно, лучше всего руководствоваться принципом

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

124. При проведении колоноскопии по поводу кровотечения труднее всего диагностировать

- 1) [-]рак толстой кишки
- 2) [-]дивертикулез толстой кишки
- 3) [-]неспецифический язвенный колит
- 4) [+]приобретенную ангиодисплазию
- 5) [-]врожденную ангиодисплазию

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

- 1) [-]дивертикулез толстой кишки
- 2) [-]рак толстой кишки
- 3) [-]неспецифический язвенный колит

4) [-]врожденную ангиодисплазию

5) [+]приобретенную ангиодисплазию

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

1) [-]опухолях толстой кишки

2) [-]неспецифическом язвенном колите

3) [+]дивертикулезе толстой кишки

4) [-]врожденной ангиодисплазии

5) [-]болезни Крона

127. У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевого катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная. Вмешательство целесообразнее всего закончить

1) [-]формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости

2) [-]формированием анастомоза и наложением трансверзостомы

3) [-]формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы

4) [-]ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы

5) [+]ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы

128. 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:

1) [-]формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости

2) [-]формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы

3) [-]ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы

4) [+]ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы

5) [-]формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы

онкоколопроктология

1. Частота выявления полипов толстой кишки с использованием только ректороманоскопии среди взрослого населения составляет

- 1) [-]2%
- 2) [+]2,5%-7,5%
- 3) [-]10%-30%
- 4) [-]31%-35%
- 5) [-]45% и более

2. Чаще всего могут превращаться в злокачественные опухоли

- 1) [-]полипы на ножке
- 2) [-]ювенильные полипы
- 3) [-]псевдополипы
- 4) [+]полипы на широком основании
- 5) [-]гамартомные полипы

3. Чаще всего подвергаются озлокачествлению

- 1) [-]аденоматозные полипы
- 2) [+]ворсинчатые полипы
- 3) [-]подслизистые фибромы
- 4) [-]анальные полипы
- 5) [-]железисто-ворсинчатые полипы

4. Озлокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в

- 1) [+]2 - 4% наблюдений
 - 2) [-]10 - 15% наблюдений
 - 3) [-]30 - 50% наблюдений
 - 4) [-]60 - 80% наблюдений
 - 5) [-]100% наблюдений
-

5. Обязательным предраком является

- 1) [-]аденоматозный полип
 - 2) [-]ювенильный полип
 - 3) [-]гиперпластический полип
 - 4) [-]ворсинчатая опухоль
 - 5) [+]семейный аденоматоз
-

6. Доброкачественные опухоли прямой кишки не могут

- 1) [-]вызывать кишечное кровотечение
 - 2) [-]приводить к злокачественному перерождению
 - 3) [-]вызывать запоры
 - 4) [+]нарушать перевариваемость пищи
 - 5) [-]приводить к истощению
-

7. Наиболее частый гистологический тип полипа толстой кишки

- 1) [+]аденоматозный
- 2) [-]полип, образовавшийся в результате воспаления
- 3) [-]ювенильный
- 4) [-]гамартомный
- 5) [-]псевдополип

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

- 1) [-]срочно проконсультироваться с патоморфологом
- 2) [-]сразу удалить полип через ректоскоп
- 3) [+]**дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа**
- 4) [-]установить динамическое наблюдение
- 5) [-]назначить повторную ректоскопию через 2 недели

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

- 1) [-]копрологическое исследование
- 2) [-]цистоскопию
- 3) [-]экскреторную урографию
- 4) [+]**колоноскопию с биопсией**
- 5) [-]рентгенологическое исследование толстой кишки с пероральным приемом бария

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

- 1) [-]рекомендовать повторную явку на прием через 6 месяцев

2) [-]экстренно госпитализировать больного в стационар

3) [+]госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа

4) [-]направить к специалисту онкологу

5) [-]назначить лечебные микроклизмы

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

1) [-]выделение крови из заднего прохода

2) [-]выделение слизи из заднего прохода

3) [-]затруднение со стулом

4) [+]отсутствие симптомов

5) [-]боли в животе

12. Из перечисленных ниже признаков наиболее типичным для доброкачественных образований прямой кишки является

1) [-]толстокишечная непроходимость

2) [-]температурная реакция

3) [+]отсутствие симптомов

4) [-]диарея

5) [-]появление слизи и крови при дефекации

13. Наиболее эффективным методом диагностики одиночных полипов прямой кишки является

1) [+]ректороманоскопия

2) [-]пальцевое исследование

3) [-]ирригоскопия

- 4) [-]колоноскопия
- 5) [-]ультразвуковое исследование

14. При обнаружении полипа прямой кишки размером 1 см необходимо

- 1) [-]удалить полип через ректоскоп
- 2) [-]направить больного к онкологу
- 3) [+]произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип
- 4) [-]направить больного на ирригоскопию
- 5) [-]направить больного на госпитализацию

15. Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

- 1) [-]до 0,5 см
- 2) [+]от 0,5 см и более
- 3) [-]более 2 см
- 4) [-]более 5 см
- 5) [-]любых размеров

16. Отдаленные результаты лечения доброкачественных эпителиальных образований зависят

- 1) [+]от способа удаления
- 2) [-]от способа очистки кишечника
- 3) [-]закономерности не установлено
- 4) [-]от пола и возраста больных
- 5) [-]от локализации образования

17. Наиболее эффективным из перечисленных

способов лечения полипов прямой кишки является

- 1) [-]лучевая терапия
- 2) [-]клизмы с соком чистотела
- 3) [-]клизмы с ромашкой
- 4) [-]диета
- 5) [+]электроэксцизия полипов

18. Для лечения аденом прямой кишки лучше всего применять

- 1) [-]рентгенотерапию
- 2) [-]трансанальную резекцию прямой кишки
- 3) [-]брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 4) [+]электрокоагуляцию
- 5) [-]местное медикаментозное лечение

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

- 1) [-]анемии
- 2) [+]кровотечения и перфорации кишки
- 3) [-]непроходимости
- 4) [-]интоксикации
- 5) [-]недостаточности анального сфинктера

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

- 1) [-]выполнить операцию - электрокоагуляцию полипа

- 2) [-]провести курс лечения чистотелом
 - 3) [-]провести курс химиотерапии
 - 4) [+]выполнить радикальную операцию
 - 5) [-]провести курс лучевой терапии
-

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

- 1) [-]2 раза в год
 - 2) [+]1 раз в год
 - 3) [-]ежемесячно
 - 4) [-]1 раз в два месяца
 - 5) [-]1 раз в два года
-

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

- 1) [+]повторный осмотр места расположения полипа и взятие материала из ложа удаленного полипа для гистологического исследования
 - 2) [-]выписать больного домой под диспансерное наблюдение
 - 3) [-]подготовить больного к радикальной операции
 - 4) [-]выполнить ирригоскопию
 - 5) [-]направить на лучевое лечение
-

23. Наиболее частый исход оперативного лечения одиночных полипов прямой кишки

- 1) [-]язвенный проктит
- 2) [+]выздоровление
- 3) [-]появление рака прямой кишки

- 4) [-]рецидив полипа прямой кишки
 - 5) [-]потеря позыва на дефекацию
-

24. Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно

- 1) [+]выделение крови и слизи из прямой кишки
 - 2) [-]запоры
 - 3) [-]боли в животе
 - 4) [-]бессимптомное течение заболевания
 - 5) [-]поносы
-

25. Озлокачествление множественных полипов происходит

- 1) [-]в 2 - 4% наблюдений
 - 2) [+]в 15 - 20% наблюдений
 - 3) [-]в 30% наблюдений
 - 4) [-]в 50% наблюдений
 - 5) [-]в 100% наблюдений
-

26. Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются

- 1) [-]боли в животе
 - 2) [+]выделение слизи и крови из заднего прохода
 - 3) [-]затрудненный стул
 - 4) [-]тошнота
 - 5) [-]общая слабость, недомогание
-

27. Эффективным методом диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки является

- 1) [-]пальцевое исследование прямой кишки
 - 2) [-]ректороманоскопия
 - 3) [+]колоноскопия
 - 4) [-]ультразвуковое исследование
 - 5) [-]обзорная рентгенография брюшной полости
-

28. Наиболее вероятные отдаленные результаты хирургического лечения ворсинчатой опухоли прямой кишки - это

- 1) [-]всегда только выздоровление
 - 2) [+]выздоровление, если не будет рецидива ворсинчатой опухоли
 - 3) [-]злокачественное перерождение
 - 4) [-]стриктура прямой кишки
 - 5) [-]появление новых полипов прямой кишки
-

29. Ворсинчатую опухоль прямой кишки размерами до 2см следует лечить путем выполнения

- 1) [-]резекции кишки с опухолью
 - 2) [+]эндоскопического удаления
 - 3) [-]лучевой терапии
 - 4) [-]клизм с чистотелом
 - 5) [-]химиотерапии
-

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

- 1) [-]электрокоагуляция
- 2) [-]трансанальное иссечение

- 3) [+]трансанальная резекция прямой кишки
- 4) [-]брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- 5) [-]задняя проктотомия

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

- 1) [-]брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 2) [-]проктотомию
- 3) [+]повторное иссечение рецидива опухоли или электрокоагуляцию, если не произошло злокачественного перерождения
- 4) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки
- 5) [-]направить больного на лучевую терапию

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

- 1) [+]1 раз в год
- 2) [-]2 раза в год
- 3) [-]ежемесячно
- 4) [-]1 раз в три месяца
- 5) [-]1 раз в два года

33. Важнейшим отличительным признаком семейного аденоматоза толстой кишки является

- 1) [-]множественное поражение полипами толстой кишки
- 2) [-]поражение полипами тонкой кишки
- 3) [-]поражение полипами желудка
- 4) [+]наследственный характер заболевания
- 5) [-]раннее возникновение глубоких метаболических расстройств

34. Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является

- 1) [-]хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- 2) [-]нарушение развития в эмбриогенезе
- 3) [-]вирусное поражение
- 4) [-]бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта
- 5) [+]**супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки**

35. При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены

- 1) [+]**аденомами**
- 2) [-]ювенильными
- 3) [-]гамартомами
- 4) [-]псевдополипами
- 5) [-]воспалительными образованиями

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

- 1) [-]боль в животе
- 2) [-]общая слабость
- 3) [+]**примесь крови и слизи в кале**
- 4) [-]тошнота, рвота
- 5) [-]выпадение прямой кишки

37. К характерным внекишечным проявлениям семейного аденоматоза толстой кишки относятся

- 1) [-]пигментация слизистой губ, кожи лица, ладоней

- 2) [-]изменения ногтевых фаланг в виде "барабанных палочек"
 - 3) [-]изменение ногтевых пластин в виде "часовых стекол"
 - 4) [+]липомы,остеомы, десмоиды
 - 5) [-]множественные кисты сальных желез
-

38. Для синдрома Пейтца - Егерса характерными внекишечными проявлениями являются

- 1) [-]атрофия ногтей, алопеция
 - 2) [+]меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
 - 3) [-]опухоли мозга
 - 4) [-]множественные кисты сальных желез
 - 5) [-]экстракишечные доброкачественные опухоли
-

39. К группе лиц, у которых семейный аденоматоз толстой кишки наиболее вероятен, относятся: 1. дети больных семейным аденоматозом 2. близкие родственники больных 3. больные, у которых при обследовании обнаружены полипы желудка и двенадцатиперстной кишки 4. пациенты с множественными внекишечными доброкачественными опухолями 5. лица, с молодого возраста отмечающие учащенный стул с примесью крови Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [-]если правильные ответы 2и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

40. В диагностике семейного аденоматоза толстой

кишки ведущее значение имеют: 1. ректороманоскопия
2. ирригоскопия 3. колоноскопия 4.
эзофагогастродуоденоскопия 5. ультрасонография
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

41. 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 желудка-кишечного тракта
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

42. Рак толстой кишки при семейном аденоматозе наиболее часто развивается: 1. в слепой и восходящей кишке 2. в прямой кишке 3. в нисходящей кишке 4. в сигмовидной кишке 5. в поперечной ободочной кишке
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

43. При ювенильной форме полипоза толстой кишки наиболее редко поражается: 1. слепая и восходящая кишка 2. сигмовидная ободочная кишка 3. нисходящая ободочная кишка 4. поперечная ободочная кишка 5. прямая кишка Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

44. При гамартномном полипозе желудочно-кишечного тракта полипами наиболее часто поражается: 1. пищевод 2. желудок 3. ободочная кишка 4. тонкая кишка 5. прямая кишка Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [+]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

45. 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. дивертикулезом Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [+]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

46. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

47. Индекс малигнизации полипов при семейном аденоматозе толстой кишки составляет

- 1) [-]10%
- 2) [-]25%
- 3) [-]50%
- 4) [-]75%

5) [+]100%

48. Основным видом лечения диффузного полипоза толстой кишки является

- 1) [-]симптоматическое лечение
- 2) [-]лучевая терапия, химиотерапия
- 3) [-]лечение клизмами с соком травы чистотела
- 4) [-]удаление полипов через эндоскоп
- 5) [+]удаление толстой кишки, пораженной полипами

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

- 1) [-]колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 2) [-]брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 3) [+]колпроктэктомию
- 4) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
- 5) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой

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

- 1) [-]колпроктэктомию
- 2) [+]колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 3) [-]брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 4) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
- 5) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой

51. При диффузном полипозе толстой кишки, когда свободными от полипов остаются только слепая и восходящая кишки и в прямой кишке на 7-8 см от края заднего прохода располагается злокачественная опухоль, целесообразно выполнить

1) [-]колпроктэктомия

2) [-]колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

3) [+]субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки с низведением правых отделов в анальный канал

4) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой

5) [-]брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки

52. В случае тотального поражения полипами ободочной кишки и отсутствия полипов в прямой кишке целесообразно выполнять

1) [-]колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

2) [+]субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом

3) [-]колпроктэктомия

4) [-]субтотальную резекцию толстой кишки с илео - и сигмостомами

5) [-]субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректальным анастомозом

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

1) [-]субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным

анастомозом

- 2) [-]колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 3) [-]колпроктэктомию
- 4) [+]субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректоанастомозом
- 5) [-]субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой и низведением правых отделов в анальный канал

54. В отдаленные сроки после радикальных операций по поводу диффузного полипоза толстой кишки возможны: 1. злокачественная трансформация полипов в оставшихся отделах толстой кишки 2. образование десмоидных фибром брюшной полости 3. образование свищей илеостомы 4. полное выздоровление пациента 5. заворот сигмовидной кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

55. 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, сохраненных 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
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

56. Для характеристики распространенности опухолевого процесса в Международной классификации злокачественных опухолей прямой кишки (рака) не применяются символы: 1. M 0 2. T1-4 3. N 0, N1, 2.3 4. стадия 1,2,3,4M 0 5. M+ Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

57. Распространенность опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как I I-а стадия в том случае, когда

- 1) [-]опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет
- 2) [-]опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака
- 3) [+]опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет

4) [-]опухоль занимает 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено

5) [-]опухоль занимает более 1/3, но менее 1/2 окружности стенки кишки, прорастает до мышечного слоя, в лимфатических узлах единичный метастаз рака

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

1) [-]наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями

2) [-]наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия

3) [-]наряду с опухолью удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания

4) [-]наряду с опухолью удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или, производится резекция печени по поводу метастазов рака.

5) [-]одновременно удаляется матка из-за наличия крупных миом

59. Заболеваемость раком толстой кишки в настоящее время

1) [+]увеличивается

2) [-]снижается

3) [-]существенного изменения частоты не отмечается

4) [-]увеличивается только среди курящих женщин

5) [-]увеличивается только среди мужчин

60. Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте

1) [-]20 - 29 лет

- 2) [-]30 - 39 лет
 - 3) [-]40 - 49 лет
 - 4) [+]50 - 59 лет
 - 5) [-]60 лет и старше 09.61 .Наиболее часто злокачественному перерождению подвергаются
 - 6) [-]единичные полипы
 - 7) [-]множественные полипы
 - 8) [+]ворсинчатые опухоли
 - 9) [-]язвы при неспецифическом язвенном колите
 - 10) [-]длительно существующий свищ прямой кишки
-

61. Заболеваемость раком прямой кишки коррелирует с такими факторами, как: 1. условия жизни и характер питания 2. условия работы 3. наличие воспалительного заболевания толстой кишки 4. сезонность заболевания 5. пол больного Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [-]если правильные ответы 2и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

62. Пол человека на заболеваемость раком прямой кишки: 1. оказывает существенное влияние 2. имеет значение, но с учетом условий труда 3. оказывает, но с учетом качества пищи 4. не оказывает влияния 5. влияет в зависимости от среды обитания Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3

- 2) [+]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [-]если правильные ответы 2и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

63. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [-]если правильные ответы 2и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

64. Крайним симптомам рака прямой кишки не относится: 1. избыток слизи в стуле 2. небольшое количество крови в стуле 3. неустойчивый стул 4. боли в крестце 5. тенезмы Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [-]если правильные ответы 2и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

65. Симптомы характерные для рака прямой кишки: 1. кровь в стуле 2. запор 3. тенезмы 4. гнойные

выделения из кишки 5. обильные выделения слизи
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
 - 3) [+]если правильные ответы 2и 4
 - 4) [-]если правильный ответ 4
 - 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

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

- 1) [-]пальцевого исследования
 - 2) [-]ректороманоскопии
 - 3) [+]ирригоскопии
 - 4) [-]наружного осмотра области ануса
 - 5) [-]аноскопии
-

67. Дифференциальный диагноз между раком анального канала и трещиной заднего прохода может быть проведен на основании

- 1) [-]пальцевого исследования
 - 2) [-]ректороманоскопии
 - 3) [-]ирригоскопии
 - 4) [+]цитологического исследования
 - 5) [-]осмотра перианальной области
-

68. Наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки является

- 1) [-]лучевая терапия

- 2) [-]химиотерапия
- 3) [+]хирургический
- 4) [-]клизмы с чистотелом
- 5) [-]прием больших доз облепихового масла

69. Дренирование лимфатических узлов прямой кишки первого порядка осуществляется по лимфатическим сосудам, проходящим шесте с

- 1) [-]левыми толстокишечными сосудами
- 2) [-]верхними брыжеечными сосудами
- 3) [-]средними толстокишечными сосудами
- 4) [-]средними крестцовыми сосудами
- 5) [+]верхними прямокишечными сосудами

70. Анатомическая граница между анальным каналом и прямой кишкой проходит

- 1) [-]по латеральной геморроидальной борозде
- 2) [-]по внутренней геморроидальной борозде
- 3) [+]по аноректальной линии
- 4) [-]по анальной границе
- 5) [-]по линии Хилтона

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

- 1) [+]аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- 2) [-]части соседнего органа
- 3) [-]другого органа по поводу другого заболевания

4) [-]резекции печени по поводу метастазов

5) [-]удаление соседних органов и тканей, вовлеченных в опухолевый процесс

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

1) [+]удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания

2) [-]аортосудорожная лимфаденэктомия

3) [-]резекция какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли

4) [-]низведение вышележащих отделов ободочной кишки

5) [-]резекция печени по поводу метастазов

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

1) [-]толстокишечной непроходимостью

2) [-]возрастом больного

3) [+]множественными отдаленными метастазами рака

4) [-]солитарным отдаленным метастазом рака

5) [-]большим размером опухоли

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

1) [+]1 см

2) [-]2 см

3) [-]3 см

4) [-]4 см

5) [-]5 см

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

- 1) [-]брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- 2) [-]наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки
- 3) [-]переднюю резекцию прямой кишки
- 4) [+]операцию Гартмана
- 5) [-]брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

76. Формирование внутрибрюшной одноствольной колостомы при радикальной операции по поводу рака прямой кишки используется

- 1) [-]у пожилых больных
- 2) [-]при короткой брыжейке сигмовидной кишки
- 3) [+]при инфицировании брюшной полости
- 4) [-]при перифокальном воспалении
- 5) [-]при местнораспространенной раковой опухоли

77. Кровоснабжение сигмовидной кишки осуществляется за счет

- 1) [-]верхнебрыжеечной артерии
- 2) [+]нижнебрыжеечной артерии
- 3) [-]средней прямокишечной артерии
- 4) [-]средней ободочной артерии
- 5) [-]подвздошноободочной артерии

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

- 1) [-]имеет тенденцию распространяться вверх по анальному каналу под слоем слизистой
- 2) [+]дает метастазы в паховые лимфатические узлы
- 3) [-]дает метастазы в кости
- 4) [-]особенно опасен для женщин, когда локализован по передней полуокружности заднего прохода
- 5) [-]дает метастазы в легкие

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

- 1) [-]передняя резекция прямой кишки
- 2) [-]брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- 3) [+]брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- 4) [-]задняя проктотомия
- 5) [-]ампутация прямой кишки

80. Основной причиной выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением с избытком по поводу рака прямой кишки является

- 1) [-]большие размеры опухоли
- 2) [-]возраст больного
- 3) [+]толстокишечная непроходимость
- 4) [-]наличие у больного тяжелых сопутствующих заболеваний
- 5) [-]недостаточность анального сфинктера

81. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колостомы отличается от экстирпации

прямой кишки тем, что

- 1) [-]производится пересечение и перевязка леваторов
- 2) [+]оставляется задний проход и мышца, его поднимающая
- 3) [-]формируется колостома
- 4) [-]не удаляются подвздошные и тазовые лимфатические узлы
- 5) [-]не производится низведение сигмовидной кишки

82. При расположении опухоли на 7 см от края заднего прохода при плановой операции показана

- 1) [-]брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- 2) [-]операция Гартмана
- 3) [-]передняя резекция прямой кишки
- 4) [+]брюшно-анальная резекция прямой кишки
- 5) [-]трансанальное иссечение

83. Циркулярный разрез стенки прямой кишки при брюшноанальной резекции необходимо производить на 1см выше аноректальной линии с целью

- 1) [-]большого радикализма
- 2) [+]сохранения функции держания анального сфинктера
- 3) [-]более удобного доступа для выделения кишки
- 4) [-]абластики
- 5) [-]сохранения мышцы, поднимающей задний проход

84. При раке верхнеампулярного отдела прямой кишки, осложненного толстокишечной непроходимостью, показана

- 1) [-]брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

- 2) [+]операция Гартмана
- 3) [-]передняя резекция прямой кишки
- 4) [-]брюшно-анальная резекция прямой кишки
- 5) [-]брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом

85. Противопоказанием для выполнения передней резекции прямой кишки является

- 1) [-]расположение опухоли выше 14 см от края заднего прохода
- 2) [-]возраст больного
- 3) [-]избыточный вес больного
- 4) [+]толстокишечная непроходимость
- 5) [-]наличие сопутствующих заболеваний

86. Паллиативную резекцию прямой кишки не следует выполнять, когда

- 1) [-]имеются неудалимые отдаленные метастазы рака
- 2) [-]опухоль больших размеров
- 3) [+]есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- 4) [-]имеются множественные метастазы рака в печени
- 5) [-]опухоль небольших размеров

87. Операцию двустволенной колостомии в качестве симптоматической операции следует выполнять при: 1. наличие множественных метастазов в печени 2. выраженной кишечной непроходимости 3. наличие перитонита вследствие перфорации опухоли 4. невозможности удаления опухоли из-за ее местного распространения 5. невозможности наложения обходного анастомоза Выберите правильный ответ по

схеме:

- 1) [-]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [+]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

88. 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 Выберите правильный ответ по схеме:

- 1) [+]если правильные ответы 1,2 и 3
- 2) [-]если правильные ответы 1 и 3
- 3) [-]если правильные ответы 2и 4
- 4) [-]если правильный ответ 4
- 5) [-]если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

89. Основным отягощающим фактором при опухолевой толстокишечной непроходимости, нередко способствующим летальному исходу, является

- 1) [-]возраст больного
- 2) [-]истощение больного
- 3) [-]длительность заболевания
- 4) [+]перфорация опухоли

5) [-]локализация опухоли

90. Наиболее эффективным способом подготовки кишки к операции при частичной толстокишечной частичной непроходимости является

1) [+]прием слабого раствора солевого слабительного (15% раствора магнезии) и вазелинового масла

2) [-]очистительные клизмы

3) [-]прием касторового масла

4) [-]голодание

5) [-]лаваж

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

1) [-]ввести зонд Миллера-Эббота

2) [+]выполнить неотложное хирургическое вмешательство

3) [-]прикладывать грелки к животу

4) [-]поставить очистительную клизму

5) [-]назначить лечение антибиотиками

92. Наиболее частой причиной механической толстокишечной непроходимости является

1) [-]спаечный процесс

2) [-]сужение кишечника после рентгенотерапии

3) [-]заворот кишки

4) [+]опухоль

5) [-]инвагинация

93. Наилучшим способом очистки кишечника для плановой операции является

- 1) [-]диета
 - 2) [-]клизма
 - 3) [-]слабительное
 - 4) [+]лаваж (ортоградное промывание желудочно-кишечного тракт
 - 5) [+]
 - 6) [-]голодание
-

94. Уменьшить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет

- 1) [+]дренирования забрюшинного пространства
 - 2) [-]дренирования полости малого таза дренажными трубками
 - 3) [-]применения отсоса для дренирования полости малого таза
 - 4) [-]орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде
 - 5) [-]применения антибиотиков
-

95. Паралитическую кишечную непроходимость вызывает

- 1) [-]безоар
 - 2) [-]круглая поджелудочная железа
 - 3) [+]перитонит
 - 4) [-]заворот
 - 5) [-]инвагинация
-

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

- 1) [-]эвентрация

- 2) [-]перитонит
 - 3) [+]некроз низведенной кишки
 - 4) [-]пресакральный абсцесс
 - 5) [-]нагноение раны передней брюшной стенки
-

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

- 1) [-]орошение прямой кишки раствором гипохлорита натрия
 - 2) [-]предоперационная антибиотикотерапия
 - 3) [+]орошение полости малого таза растворами антисептиков
 - 4) [-]использование двухканальных дренажей
 - 5) [-]применение гипербарической оксигенации
-

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

- 1) [-]каждые полгода
 - 2) [+]каждые три месяца
 - 3) [-]один раз в год
 - 4) [-]достаточно одного раза в два года
 - 5) [-]каждый месяц
-

99. Неизменная кровь в стуле может быть обнаружена

- 1) [-]при катаральном проктосигмоидите
- 2) [-]при парапроктите
- 3) [-]при раке слепой кишки

- 4) [-]при раке желудка
- 5) [+]при раке прямой кишки

100. Рак прямой кишки чаще всего имеет морфологическую форму

- 1) [-]базалиомы
- 2) [-]папилломы
- 3) [-]фибромиомы
- 4) [-]лейомиомы
- 5) [+]аденокарциномы

101. К злокачественным опухолям прямой кишки относится

- 1) [+]аденокарцинома
- 2) [-]ювенильный полип
- 3) [-]ворсинчатая опухоль
- 4) [-]аденома
- 5) [-]липома

102. Под понятием "колоректальный рак" обычно подразумевают

- 1) [-]злокачественную меланому
- 2) [-]ворсинчатую опухоль
- 3) [+]аденокарциному
- 4) [-]саркому
- 5) [-]лейомиому

103. Рак анального канала обычно состоит из клеток типа

- 1) [-]аденокарциномы
- 2) [-]базалиомы
- 3) [-]меланомы
- 4) [+]плоскоклеточного рака
- 5) [-]лейомиомы

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

- 1) [-]базалиомы
- 2) [+]аденокарциномы
- 3) [-]плоскоклеточного рака
- 4) [-]лейомиосаркомы
- 5) [-]меланомы

105. Рак ректосигмоидного отдела обычно проявляет себя

- 1) [-]развитием общей слабости
- 2) [-]потерей аппетита
- 3) [+]кровотечений и явлений кишечной непроходимости
- 4) [-]анемией
- 5) [-]увеличением геморроидальных узлов из-за сдавления сосудов опухолью

106. Правильный диагноз рака прямой кишки устанавливается на основании

- 1) [-]клинического анализа крови и мочи, ирригоскопии
- 2) [-]цистоскопии, цистографии и колоноскопии
- 3) [+]пальцевого исследования прямой кишки, ректоскопии, колоноскопии, биопсии

4) [-]ирригоскопии и ультрасонографии

5) [-]обзорной рентгенографии брюшной полости, ультрасонографии

107. Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки до операции следует произвести

1) [-]пальцевое исследование прямой кишки

2) [-]ректороманоскопию

3) [-]рентгеноскопию грудной клетки

4) [-]колоноскопию

5) [+]ультразвуковое исследование и рентгеноскопию органов грудной клетки

108. 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

1) [-]назначить повторный осмотр через две-три недели

2) [-]направить на рентгенологическое исследование – ирригоскопию

3) [+]сделать ректороманоскопию

4) [-]направить на госпитализацию в хирургическое отделение для обследования

5) [-]назначить анализы крови и мочи

109. На основании обследования в условиях поликлиники установлен диагноз рака прямой кишки. В этом случае необходимо

1) [-]экстренно госпитализировать больного в хирургический стационар

2) [+]направить больного на госпитализацию в онкологическое или в колопроктологическое отделение

3) [-]рассказать в деталях о предстоящей операции

4) [-]направить больного на лучевое лечение

5) [-]направить больного на химиотерапию

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

1) [-]отказать ему в приеме, если операция была паллиативной

2) [+]принять, осмотреть, дать рекомендации и назначить срок повторного осмотра

3) [-]без осмотра сразу направить к онкологу

4) [-]дать совет постоянно наблюдаться только у специалистов, которые выполняли операцию

5) [-]назначить прием обезболивающих и гомеопатических средств

111. Частота рецидива рака прямой кишки после радикальной операции

1) [-]до 5%

2) [-]10 - 15%

3) [+]20 - 30%

4) [-]35 - 40%

5) [-]более 50%

112. Наиболее эффективным методом лечения рецидива рака прямой кишки является

- 1) [+]хирургический
 - 2) [-]лучевой
 - 3) [-]химиотерапия
 - 4) [-]лечение чистотелом
 - 5) [-]криодеструкция
-

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

- 1) [-]20 - 30%
 - 2) [-]35 - 40%
 - 3) [+]40 - 60%
 - 4) [-]70 - 80%
 - 5) [-]более 80%
-

114. Для раковой опухоли ободочной кишки характерным является

- 1) [-]быстрый рост и выход за пределы кишечной стенки
 - 2) [-]раннее метастазирование
 - 3) [+]медленный рост и позднее метастазирование
 - 4) [-]ранняя клиническая симптоматика
 - 5) [-]анемия даже при небольших опухолях
-

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

- 1) [-]не более полуокружности стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
- 2) [-]более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки, метастазов в лимфоузлах нет

3) [+]более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах

4) [-]не более полуокружности кишечной стенки без регионарных метастазов

5) [-]циркулярная опухоль без регионарных метастазов

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

1) [-]занимающая более полуокружности кишки

2) [+]занимающая не более полуокружности стенки кишки и не выходящая за ее пределы, без регионарных метастазов

3) [-]любого размера опухоль при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах

4) [-]циркулярная опухоль без метастазов в лимфоузлах

5) [-]любого размера опухоль без метастазов в лимфоузлах

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

1) [-]центрального или краевого дефекта наполнения

2) [-]сужения кишки, неровности контуров

3) [-]сужения просвета кишки с ригидностью стенок

4) [-]расширения кишки выше сужения

5) [+]заполнения контрастом подвздошной кишки

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

1) [-]узловая

2) [-]полиповидная

- 3) [+]ворсиноподобная
 - 4) [-]эндофитная и инфильтративная
 - 5) [-]бляшковидная
-

119. Наиболее эффективным методом лечения рака ободочной кишки является

- 1) [-]лучевой
 - 2) [-]химиотерапевтический
 - 3) [-]хирургический
 - 4) [+]комбинированный
 - 5) [-]симптоматический
-

120. При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать

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

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

- 1) [-]сегментарная резекция сигмовидной кишки с сигмо-сигмоидным анастомозом
- 2) [+]левосторонняя гемиколэктомия
- 3) [-]сигмоидэктомия
- 4) [-]дистальная резекция сигмовидной кишки

5) [-]расширенная передняя резекция

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

1) [-]в правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом

2) [-]в правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой

3) [+]в правосторонней гемиколэктомии с илео - и трансверзостомой

4) [-]в проксимальной илеостомии без резекции кишки

5) [-]в наложении двуствольной трансверзостомы

123. При раке восходящей кишки с перифокальным абсцессом показана операция

1) [-]по типу операции Гартмана

2) [+]правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

3) [-]по типу операции Микулича

4) [-]правосторонняя гемиколэктомия и илео - итрасверзостомией

5) [-]резекция илеоцекального угла

124. При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонко кишечной непроходимости показана операция

1) [-]типа операции Гартмана

2) [-]правосторонняя гемиколэктомия с илеотрасверзоанастомозом

3) [-]типа операции Микулича

4) [+]правосторонняя гемиколэктомия с илео - и трасверзостомией

5) [-]резекция илеоцекального угла

125. При раке дистального отдела сигмовидной кишки, осложненном кишечной непроходимостью и перифокальным воспалением, показана операция

- 1) [-]только двухствольная колостомия
- 2) [+]операция Гартмана
- 3) [-]левосторонняя гемиколэктомия
- 4) [-]резекция по типу операции Микулича
- 5) [-]передняя резекция

126. При раке проксимального отдела сигмовидной кишки, осложненном перифокальным воспалением, показана операция

- 1) [-]Гартмана
- 2) [-]сигмоидэктомия
- 3) [-]Микулича
- 4) [+]левосторонняя гемиколэктомия
- 5) [-]передняя резекция

127. При раке нисходящей кишки, осложненном кишечной непроходимостью, показана

- 1) [-]левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом
- 2) [-]резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза
- 3) [+]левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- 4) [-]операция Гартмана
- 5) [-]клиновидная резекция стенки кишки

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

- 1) [-]колэктомия с илео-ректальным анастомозом
 - 2) [-]правосторонняя гемиколэктомия с илео - и трансверзостомией
 - 3) [-]колэктомия без первичного анастомоза
 - 4) [+]правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
 - 5) [-]операция типа операции Гартмана
-

129. При раке левого изгиба, осложненном перифокальным воспалением, показана

- 1) [+]левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
 - 2) [-]операция Гартмана
 - 3) [-]левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
 - 4) [-]операция Лахейя
 - 5) [-]резекция левого изгиба ободочной кишки
-

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

- 1) [-]левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
 - 2) [+]сигмоидэктомия
 - 3) [-]дистальная резекция сигмовидной кишки
 - 4) [-]левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
 - 5) [-]операция Гартмана
-

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

- 1) [-]наложению проксимальной стомы
- 2) [-]формированию обходного анастомоза
- 3) [+]паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью

- 4) [-]лапаротомии
 - 5) [-]клиновидной резекции стенки кишки
-

132. Наиболее удобна в уходе

- 1) [-]двуствольная колостома
 - 2) [-]одноствольная колостома "столбиком"
 - 3) [-]илеостома
 - 4) [-]цекостома
 - 5) [+]одноствольная плоская колостома с возвышающимся "бортиком"
-

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

- 1) [-]в дистальном отделе сигмовидной кишки
 - 2) [-]в проксимальном отделе сигмовидной кишки
 - 3) [-]в нисходящей кишке
 - 4) [-]в поперечной ободочной кишке
 - 5) [+]в слепой и восходящей кишке
-

134. Наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита является

- 1) [-]распространение инфекции из какого-либо очага воспаления
- 2) [-]вскрытие просвета кишки во время операции
- 3) [+]несостоятельность швов межкишечного соустья
- 4) [-]ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- 5) [-]дисбактериоз

135. Для предупреждения несостоятельности швов кишечного анастомоза не рекомендуется

- 1) [-]избегать натяжения анастомозируемых концов кишки
- 2) [-]предупреждать образование гематом в стенке кишки
- 3) [-]не повреждать сосуды, питающие ткани анастомозируемых концов кишки
- 4) [-]использовать атравматические иглы
- 5) [+]накладывать слишком частые швы

136. Протяженность внутривентрикулярного распространения рака ободочной кишки в проксимальном и дистальном направлениях, как правило, не превышает

- 1) [-]0,5 см
- 2) [-]1 см
- 3) [+]1,5-2,0 см
- 4) [-]3,0 - 4,0 см
- 5) [-]5,0 см

137. Рак слепой кишки чаще дает метастазы в лимфатические узлы

- 1) [+]по ходу подвздошно-ободочной артерии
- 2) [-]по ходу левой ободочной артерии
- 3) [-]по ходу средней ободочной артерии
- 4) [-]по ходу нижнебрыжеечной артерии
- 5) [-]по ходу правой ободочной артерии

138. Диагноз карциноида прямой кишки, как правило, устанавливается

- 1) [-]при пальцевом исследовании
- 2) [-]ректороманоскопии
- 3) [-]ирригоскопии
- 4) [+]после эндоскопического удаления и морфологического исследования
- 5) [-]колоноскопии

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

- 1) [-]после полной мобилизации прямой кишки
- 2) [-]после мобилизации и удаления кишки
- 3) [-]до начала мобилизации кишки, сразу после ее пересечения
- 4) [+]до начала мобилизации и пересечения кишки
- 5) [-]после удаления кишки и промывания полости малого таза раствором антисептика

140. Основной фактор, влияющий на непосредственные результаты резектостомы

- 1) [-]способ формирования колостомы
- 2) [-]сопутствующие заболевания (диабет)
- 3) [-]уровень квалификации хирурга и анестезиолога
- 4) [+]все перечисленное

141. Второстепенный фактор, влияющий на непосредственные результаты резектостомы

- 1) [-]длительность операции

2) [-]расширение объема операции

3) [+]все перечисленное

142. К внекишечным проявлениям полипоза толстой кишки, характерным для синдрома Гарднера относятся

1) [+]остеомы костей черепа, десмоидные фибромы

2) [-]меланиновая пигментация слизистой губ и щек

3) [-]облысение, ломкость ногтей

143. К внекишечным проявлениям полипоза толстой кишки, характерным для синдрома Олфилда относится

1) [+]кисты сальных желез

2) [-]остеомы костей черепа, десмоидные фибромы

3) [-]меланиновая пигментация слизистой губ и щек

144. К внекишечным проявлениям полипоза толстой кишки, характерным для синдрома Пейтца-Егерса относится

1) [-]кисты сальных желез

2) [-]остеомы костей черепа, десмоидные фибромы

3) [+]меланиновая пигментация слизистой губ и щек

145. Какой из предложенных вариантов дает клиническую характеристику лейомиосаркомы

1) [-]размер образования до 5 см в диам., консистенция плотноэластическая, четкие границы образования, опухоль подвижна

2) [+]размер образования 15-20 см, границы образования плохо дифференцируются, на слизистой оболочке возможны изъязвления

146. Какой из предложенных вариантов дает

клиническую характеристику лейомиомы

1) [-]размер образования до 5 см в диам, консистенция плотноэластическая, четкие границы образования, опухоль подвижна

2) [-]консистенция плотноэластическая

3) [-]четкие границы образования

4) [-]опухоль подвижна

5) [+]**все перечисленное**