

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Колопроктология» (I категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/koloproktolog/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Колопроктология» (2100 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/koloproktologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Эндоскопия» (2000 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/endoskopiya/>

Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет:

от 60 до 80 коек

от 20 до 30 коек

от 40 до 60 коек

от 30 до 40 коек

свыше 80 коек

Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается на

100 тыс населения

50 тыс. населения

150 тыс населения

200 тыс. населения

300 тыс. населения

Диспансерное наблюдение должно вестись за пациентами с:

анальной трещиной

геморроем

семейным аденоматозом толстой кишки

свищами прямой кишки

недостаточностью сфинктра

Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее

время составляет

0,45

0,35

0,4

0,5

0,62

Стандартом оснащения кабинета реабилитации стомированных больных является

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной, ректоскоп, лампа бактерицидная настенная

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной, anoscope, ректоскоп, лампа бактерицидная настенная, набор емкостей для стерилизации

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной, anoscope, ректоскоп

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной, набор емкостей для стерилизации

Прямая мышца живота

не фиксирована к обоим листкам влагалища

фиксирована только к переднему листку влагалища

фиксирована к переднему и заднему листкам влагалища

фиксирована только к заднему листку влагалища

не имеет фасциальной оболочки

Нижняя надчревная артерия (a. epigastrica inferior) отходит от

наружной подвздошной артерии

бедренной артерии

внутренней подвздошной артерии

пупочной артерии

запирательной артерии

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

спереди от артерии

позади артерии

слева

справа

оглаживает артерию в виде кольца

Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

печеночной артерии

брюшной аорты

желудочно-12перстной артерии

правой желудочно-сальниковой артерии

правой почечной артерии

Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки

семь

пять

десять

двенадцать

пятнадцать

Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты

Б. в среднеампулярном отделе

В. в нижеампулярном отделе

А. в вышеампулярном отделе

Г. в области запирающего аппарата прямой кишки

Д. в ректосигмоидном отделе

У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены

мочевой пузырь, предстательная железа и прямая кишка

мочевой пузырь

мочевой пузырь и прямая кишка

предстательная железа и прямая кишка

мочевой пузырь и предстательная железа

Основные фиксирующие элементы правого изгиба ободочной кишки это

пузырно-толстокишечная связка

правая половина большого сальника

печеночно-дуоденальная связка

диафрагмально-ободочная и желудочно-ободочная связки

малый сальник

Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями нерва

бедренного

запирающего

срамного

тазового

промежностного

В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль играет

подвздошно-копчиковая мышца

лонно-прямокишечная мышца

копчиковая мышца

мышца поднимающая задний проход

ано-копчиковая связка

Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной

порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется

ретроректальное
постанальное (ретроанальное)
ишиоректальное
пельвиоректальное
межмышечное

Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет

артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
нижней брыжеечной артерии
верхней брыжеечной артерии
печеночной артерии
верхней желудочной артерией

Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

правой ободочной и восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
нижней брыжеечной артерии
подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
ветвей, непосредственно отходящих от аорты
средней ободочной артерии

Основной артериальный ствол поперечной ободочной кишки-это

правая и левая ободочная артерии
правая ободочная артерия
средняя ободочная артерия
левая ободочная артерия
нижняя брыжеечная артерия

Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
левой и правой ветвей средней ободочной артерии
левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
восходящая ветвь правой ободочной артерии и правая ветвь средней ободочной артерии

Микроскопически геморрой характеризуется

варикозным расширением вен
гиперплазией кавернозных телец
ангиодисплазией
тромбофлебитом
склерозом гломусных анастомозов

При острой анальной трещине отсутствует

мышечная ткань на дне дефекта
щелевидная форма
анальный (сторожевой) бугорок
гладкие ровные края
фибрин на раневой поверхности

Основная макроскопическая особенность язвенного колита

воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
язвы, возникающие в прямой кишке, имеют щелевидную форму
сегментарное поражение слизистой оболочки
поражение слизистой прямой кишки является обязательным
обязательным является поражение слизистой желудка и толстой кишки

Основной микроскопический признак поражения толстой кишки при болезни Крона

тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
Поражение стенки кишки с чередованием пораженных и здоровых участков
наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются

слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой “сплошную” язву округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
щелевидными язвами, идущими в различных направлениях
поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
язвенным дефектом с плотными приподнятыми краями

Характерная особенность микроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона

образование злокачественных опухолей
выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
трансмуральное поражение толстой кишки
возникновение воспалительных полипов
образование дивертикулов

Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является

коленно-локтевое положение и в положении больного на спине в гинекологическом кресле
на правом или левом боку
на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу

на животе с приподнятым тазом, опущенными и разведенными в стороны ногами лёжа на спине в постели

При проведении осмотра колопроктологического больного решающее значение имеет

хорошая подготовка толстой кишки к обследованию
состояние кожи вокруг заднего прохода
глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже
наличие свищевых отверстий

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

общая слабость
кишечная непроходимость
боль в крестце
выделение крови при дефекации
анемия

Наиболее характерный признак для рака правой половины толстой кишки

боли в животе
кишечная непроходимость
анемия
боли в крестце
выделение сгустков крови из прямой кишки

Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило “циферблата часов”. При этом анокопчиковая область соответствует

всегда 6-ти часам по циферблату
6-ти часам только при положении пациента на спине
6-ти часам только в положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
9-ти часам при положении пациента на левом боку
9-ти часам при положении пациента на правом боку

Для хронического парапроктита наиболее характерно

наличие свищевого отверстия
гематурия
выделение алой крови в конце акта дефекации
боли внизу живота
диарея

Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии

подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки
травма прямой кишки
наличие анальной трещины
атрезия заднего прохода
кишечное кровотечение

Рефлексы с перианальной кожи следует определить

до всех видов исследования, включая пальцевое
после пальцевого исследования прямой кишки
после аноскопии
если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера
после пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии

Обязательный признак наружного свища прямой кишки

зуд в области заднего прохода
наличие свищевого отверстия
боль в прямой кишке пульсирующего характера
гноевидные выделения из заднего прохода
кровянистые выделения из кишки

Наиболее информативным для диагностики внутреннего пролапса прямой кишки является

сцинтидефекография
жалоба больного на выделения крови при дефекации
рентгенологическая или магнитно-резонансная дефекография
жалоба на чувство неполного опорожнения прямой кишки
исследование запирающего аппарата прямой кишки

Хирургическое лечение при криптите показано при

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

Папиллит – это

спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
тромбированные внутренние геморроидальные узлы
воспаление “сторожевого” бугорка при хронической трещине
кондиломатозные разрастания кожи промежности

Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием

перианальных кондилом
анальной трещины
злокачественного процесса
острого парапроктита
геморроя

Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается

на линии Хилтона
в морганиевой крипте
в нижнеампулярном отделе прямой кишки
в верхнеампулярном отделе прямой кишки
в среднеампулярном отделе прямой кишки

Обязательный признак для свищей прямой кишки

зуд в области промежности
наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности
боль в прямой кишке пульсирующего характера
кровотечение во время дефекации
наличие на коже промежности рубцов

Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению

клетчаточному пространству
к внутреннему сфинктеру
наружному сфинктеру заднего прохода
к морганиевой крипте
к лонному сочленению

Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки с

кистой параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
раком прямой кишки
эпителиальным копчиковым ходом
остеомиелитом копчика
свищевой формой пиодермии

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

разработки мер профилактики осложнений
выбора вида обезболивания
прогнозирования исходов лечения
дифференцированного подхода к выбору вида операции
для планирования сроков пребывания больного в стационаре

Самый достоверный способ отличить эндофитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы

провести морфологическое исследование
пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев,
при солитарной язве они ровные
ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия
грануляционного вала
установить отсутствие интраректальной инвагинации с помощью
видеодефекографии
оценить данные ультрасонографии

Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть

хирургическим у пациентов не старше 40 лет
хирургическим только при осложнениях
только хирургическим
консервативным при первой степени выпадения
консервативным у больных старше 50 лет

Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

через кожу
гематогенным путём
из прямой кишки
лимфогенным путём
из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

Большая часть анальных желез их расположена

внутри морганиевых крипт
в параректальной клетчатке
в подслизистом слое дистальной части прямой кишки
в толще внутреннего сфинктера
в толще наружного сфинктера

Выводные протоки анальных желёз открываются

в межсфинктерном пространстве
на дне морганиевых крипт
в параректальной клетчатке
на слизистой в области гребешка
в области анальных сосочков

Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

смешанная микрофлора
туберкулёзная палочка
стафилококк
кишечная палочка
протей

Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести

осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
осмотр и пальпацию перианальной области
осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию

Локализация гнойника при остром парапроктите устанавливается при пальцевом исследовании прямой кишки. Одним из основных ориентиров служит аноректальная линия. При подкожном парапроктите гнойник располагается
ниже аноректальной линии
выше аноректальной линии
на уровне аноректальной линии
зависит от величины абсцесса
зависит от расположения поражённой крипты

Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего

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

После вскрытия гнойника при остром парапроктите без рассечения гнойного хода и поражённой крипты наиболее вероятно

формирование свища прямой кишки
рецидивирование парапроктита
выздоровление
периодическое появление болей в промежности
послеоперационная недостаточность анального сфинктера

Пельвиоректальный парапроктит целесообразно вскрыть

радиальным разрезом кожи
через просвет прямой кишки, так как гнойник располагается рядом со стенкой кишки
полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении
полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку с соответствующей стороны и рассечением мышцы, поднимающей задний проход, в поперечном направлении
прямолинейным разрезом перпендикулярно линии между задним проходом и седалищным бугром

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия. В первую очередь следует исключить
псевдомембранозный колит
пельвиоректальный абсцесс
воспалительные заболевания верхних дыхательных путей
изменение микрофлоры раны
анаэробный парапроктит

Карантин в отделении

устанавливается при поступлении больного с неклостридиальной анаэробной инфекцией
устанавливается при поступлении больного с гангреной Фурнье
устанавливается, при поступлении больного с гнилостным парапроктитом
не объявляется ни при каком виде парапроктита
устанавливается при поступлении больного с клостридиальным процессом

Объективный признак воспаления при остром тромбозе геморроидальных узлов

появление перианального отёка, отсутствие дифференцировки узлов
усиление болей в области заднего прохода
повышение температуры тела
затруднённое мочеиспускание
затруднённый акт дефекации

В амбулаторных условиях при тромбозе наружных геморроидальных узлов с наличием перианального отёка и некроза целесообразнее всего

для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома
после наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала
поставить показания к госпитализации в проктологическое отделение
после пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию
ограничиться наружным осмотром области заднего прохода

Обязательный признак эпителиального копчикового хода

обильный волосяной покров у пациента
наличие свищей крестцово-копчиковой области
наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке
рецидивирующее воспаление в области крестца
болезненность при пальпации копчика

Одно из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода

остеомиелит копчика
развитие кокцигодии
воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
озлокачествление хода

свищи прямой кишки

Острая трещина заднего прохода – это

дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
криптит
воспаление параректальной клетчатки
линейный дефект анодермы
пектеноз

Острая анальная трещина чаще всего локализуется

на передней стенке анального канала
на задней стенке анального канала
на 3-х часах по циферблату
на 9 часах по циферблату
на 11 часах по циферблату

В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит

спазму внутреннего сфинктера
ректальным кровотечениям
травма анодермы при дефекации
затруднённый венозный отток
спазму наружного сфинктера

Характерные боли для острой анальной трещины

постоянные
во время и после дефекации
после дефекации
до дефекации
ночные

Если у больного, страдающего запорами, появились сильные боли во время дефекации, скудные выделения алой крови, в первую очередь следует предположить наличие

острой анальной трещины
геморроя
свища прямой кишки
рака прямой кишки
кокцигодинии

Показанием для безотлагательного обследования всей толстой кишки при наличии острой анальной трещины служит

выделения крови и слизи из заднего прохода
острое начало заболевания
дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
жалобы на периодический метеоризм

пожилой возраст больного

Для консервативного лечения острой анальной трещины наиболее целесообразно применять

ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней
лекарственные средства, способствующие заживлению ран
свечи со спазмолитиками
инъекции гидрокортизона “под трещину”
лечебные микроклизмы

Повреждение стенки прямой кишки в родах

возникает при разрыве промежности I степени
возникает при разрыве промежности III степени
возникает при разрыве промежности II степени
неизбежно при эпизиотомии
возникает во время перинеотомии

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

осмотр промежности, влагалищное исследование
влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки,
ректороманоскопию
осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки
осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища,
шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки
осмотр промежности с оценкой глубины раны, пальцевое исследование влагалища
и прямой кишки, ректороманоскопию, сфинктерометрию

При обильном выделении крови из заднего прохода, появившемся у больного внезапно, целесообразнее руководствоваться принципом

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

При проведении колоноскопии по поводу кровотечения труднее всего диагностировать

приобретённую ангиодисплазию
рак толстой кишки
дивертикулёз толстой кишки

язвенный колит
врожденную ангиодисплазию

Достоверно известной причиной язвенного колита является

психическая травма
не одна из названных
физическая травма
перенесённая кишечная инфекция
микробное начало

Показание к плановому хирургическому вмешательству по поводу язвенного колита

токсическая дилатация толстой кишки
перфорация толстой кишки
кишечное кровотечение
отсутствие эффекта от консервативной терапии
учащение стула до 5-6 раз в сутки

Элементы предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу язвенного колита

очистительная клизма, назначение антибактериальных и наркотических препаратов
введение газоотводной трубки, назначение антибактериальных препаратов
очистительная клизма, назначение гормональных препаратов, наркотиков
кишечный лаваж
15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут

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

применение противошоковых инфузионных сред
локальная гипотермия
назначение антикоагулянтов
применение гемостатиков, препаратов крови
назначение стероидных препаратов

Основной вид современных реконструктивно-восстановительных операций, применяемых у больных язвенным колитом

тонкокишечный резервуар
закрытие двустольной илеостомы после операции отключения
колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
илео-трансверзоанастомоз

Ведение послеоперационного периода у больных язвенным колитом предусматривает

в случае лечения больного до операции стероидными гормонами, отмену их сразу же после операции
постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней или недель
длительное продолжение гормональной терапии
увеличение дозы гормональных препаратов
снижение дозы гормонов в два раза через день после операции

Техника формирования илеостомы по Бруку предусматривает всё, кроме
ушивания «окна» между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
подшивания серозной оболочки кишки к коже
формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
крестообразного рассечения апоневроза

Наиболее распространённым среди формируемых тонкокишечных резервуаров в настоящее время является

- О-образный
- W-образный
- S-образный
- J-образный
- Г – образный

Больные после радикальных операций по поводу язвенного колита

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

Наиболее патогномичные клинические признаки болезни Крона

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

Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является

- Б. наличие множественных грибовидных выпячиваний стенки толстой кишки
- А. наличие сужений и стриктур по ходу поражённых участков кишки
- В. локализация очагов поражения как в толстой, так и в тонкой кишке
- Г. наличие спикул по контуру кишки
- Д. наличие внутренних и наружных кишечных свищей

Наиболее характерные нарушения стула при синдроме раздраженной кишки

- А. постоянный жидкий стул
- Д. чередование запоров и поносов
- Б. постоянные запоры
- В. постоянная примесь крови в кале
- Г. затрудненное опорожнение прямой кишки

При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь

- А. алой крови
- В. слизи
- Б. гноя
- Г. прожилков крови
- Д. сукровицы

Наиболее типичный характер болей при синдроме раздражённой кишки

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

Ишемический колит чаще всего обусловлен

- В. нарушением кровообращения в нижней брыжеечной артерии
- А. сердечной недостаточностью
- Б. длительным применением пероральных контрацептивов
- Г. применением вазопрессоров
- Д. травмой передней брюшной стенки

Частота выявления полипов толстой кишки с использованием только ректороманоскопии среди взрослого населения составляет

- Б. 2,5% -7,5%
- Г. 31% -35%
- А. 2%
- В. 10%- 15%
- Д. 45% - 50%

Наиболее часто подвергаются озлокачествлению

- А. аденоматозные полипы
- Б. ворсинчатые полипы
- В. подслизистые фибромы
- Г. анальные полипы
- Д. железисто-ворсинчатые полипы

Озлокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в

- Б. 10-15%
- А. 2-4%
- В. 30-50%
- Г. 60-80%
- Д. 100%

Облигатным предраком является

- Д. семейный аденоматоз
- А. дивертикулез
- Б. болезнь Крона
- В. неспецифический язвенный колит
- Г. гиперпластический полип толстой кишки

Наиболее распространенный гистологический тип полипа толстой кишки

- Г. гамартомный
- Б. полип, образовавшийся в результате воспаления
- А. аденоматозный
- В. ювенильный
- Д. псевдополип

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

- Г. установить динамическое наблюдение
- А. срочно проконсультироваться с патоморфологом
- В. дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа
- Б. сразу удалить полип через ректоскоп
- Д. назначить повторную ректоскопию через 2 недели

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

- Г. колоноскопию с биопсией
- А. копрологическое исследование
- Б. цистоскопию
- В. экскреторную урографию
- Д. рентгенологическое исследование толстой кишки с пероральным приемом бария

При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 10 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3 х 2 см. На основании проведённых исследований установлено, что ворсинчатый полип имеет доброкачественную структуру. В этом случае следует

- В. госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа

- А. рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев
- Б. экстренно госпитализировать больного в стационар
- Г. направить к специалисту онкологу
- Д. назначить лечебные микроклизмы

Для одиночных полипов толстой кишки размерами до 1,0 см наиболее характерно

- Б. выделение слизи из заднего прохода
- В. затруднение со стулом
- А. выделение крови из заднего прохода
- Г. отсутствие симптомов
- Д. боли в животе

Наиболее эффективный метод диагностики одиночных полипов прямой кишки

- А. ректороманоскопия
- Б. пальцевое исследование
- В. ирригоскопия
- Г. колоноскопия
- Д. ультразвуковое исследование

Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

- Г. более 5 см
- А. до 0,5 см
- Б. более 0,5 см
- В. более 2 см
- Д. любых размеров

После удаления одиночных полипов прямой кишки необходимо проводить профилактический осмотр

- В. 2 раза в год
- А. 1 раз в два года
- Б. 1 раз в год
- Г. ежемесячно
- Д. 1 раз в два месяца

Характерный клинический признак ворсинчатой опухоли толстой кишки

- В. затруднённый стул
- Г. тошнота
- А. боли в животе
- Б. выделение слизи и крови из заднего прохода
- Д. общая слабость, недомогание

Важнейший признак семейного аденоматоза толстой кишки

- В. поражение полипами желудка
- А. множественное поражение полипами толстой кишки
- Г. наследственный характер заболевания

- Б. поражение полипами тонкой кишки
- Д. раннее возникновение глубоких метаболических расстройств

Причина возникновения семейного аденоматоза толстой кишки

- Б. нарушение развития в эмбриогенезе
- В. вирусное поражение
- А. хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- Д. генетическая мутация APC-гена, приводящая к нарушению апоптоза
- Г. бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта

При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены

- А. железистыми
- Б. ювенильными
- В. гамартомами
- Г. псевдополипами
- Д. воспалительными образованиями

Внекишечные проявления синдрома Пейтца-Егерса

- Г. множественные кисты слюнных желёз
- А. атрофия ногтей, алопеция
- Б. меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
- В. опухоли мозга
- Д. экстракишечные доброкачественные опухоли

Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в

- В. лечение клизмами с соком травы чистотела
- А. симптоматическое лечение
- Д. удаление толстой кишки
- Б. лучевая терапия, химиотерапия
- Г. удаление полипов через эндоскоп

Распространённость опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как II-а стадия в том случае, когда опухоль занимает

- В. 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет
- А. 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет
- Б. 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака
- Г. 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено
- Д. более 1/3, но менее 1/2 окружности стенки кишки, прорастает до мышечного слоя, в лимфатических узлах единичный метастаз рака

Распространённость опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как I

стадия в том случае, когда опухоль занимает

- А. 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет
- Г. 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено
- Б. 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака
- В. 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет
- Д. более 1/3, но менее 1/2 окружности стенки кишки, прорастает до мышечного слоя, в лимфатических узлах единичный метастаз рака

Наиболее часто подвергаются озлокачествлению

- А. аденоматозные полипы
- Б. ворсинчатые полипы
- В. подслизистые фибромы
- Г. анальные полипы
- Д. железисто-ворсинчатые полипы

Облигатным предраком является

- Б. болезнь Крона
- В. неспецифический язвенный колит
- А. дивертикулез
- Д. семейный аденоматоз
- Г. гиперпластический полип толстой кишки

Отток лимфы от прямой кишки в лимфатические узлы первого порядка осуществляется по лимфатическим сосудам, проходящим вместе с

- Б. верхними брыжеечными сосудами
- В. средними толстокишечными сосудами
- А. левыми толстокишечными сосудами
- Д. верхними прямокишечными сосудами
- Г. средними крестцовыми сосудами

Невозможность выполнения радикальной операции по поводу рака прямой кишки объясняется

- В. множественными отдалёнными метастазами рака
- А. толстокишечной непроходимостью
- Б. возрастом больного
- Г. солитарным отдалённым метастазом рака
- Д. большим размером опухоли

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

4см

- 1см
- 2см
- 3см
- 5см

К злокачественным опухолям прямой кишки относится

- Б. ювенильный полип
- А. аденокарцинома
- В. ворсинчатая опухоль
- Г. аденома
- Д. липома

Клинические признаки рака ректосигмоидного отдела

- Б. потерей аппетита
- Г. анемия
- А. развитием общей слабости
- В. кровотечения и явления кишечной непроходимости
- Д. увеличение геморроидальных узлов из-за сдавления сосудов опухолью

Термин T2 (классификация TNM 7 издание) обозначает

- опухоль прорастает все слои кишечной стенки
- опухоль прорастает серозный покров
- опухоль инфильтрирует стенку кишки до подслизистого слоя
- опухоль распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки
- опухоль непосредственно распространяется на соседние органы и структуры

Термин N1c (классификация TNM 7 издание) обозначает

- метастазы в 2-3 лимфатических узлах
- метастазы в 4-6 лимфатических узлах
- метастазы в 1 лимфатическом узле
- диссеминаты в брыжейке без поражения регионарных лимфатических узлов
- метастазы в 7 и более лимфатических узлах

Рак слепой кишки часто дает метастазы в лимфатические узлы, расположенные по ходу

- А. подвздошно-ободочной артерии
- Б. левой ободочной артерии
- В. средней ободочной артерии
- Г. нижнебрыжеечной артерии
- Д. правой ободочной артерии

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

- Г. развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях
- Б. срединной крестцовой артерии

- А. крестцовых венозных сплетений
- В. маточной артерии
- Д. верхней прямокишечной артерии

Эпителиальный копчиковый ход обусловлен

неправильной закладкой зародышевых листков
врастанием в кожу волос
постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области
врождённой аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области
ношением узкой одежды

Клинические проявления неосложнённого копчикового хода

- Б. нарушение опорожнения прямой кишки
- В. гнойные выделения из первичных ходов копчикового хода
- А. периодические ноющие боли в области крестца
- Д. наличие первичных отверстий хода
- Г. болезненные инфильтраты в клетчатке крестцово-копчиковой области

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

оставление первичного отверстия
несоблюдение гигиенических мероприятий
употребление острой пищи, солений, алкоголя
глухой шов раны после иссечения хода
применение дренажа

Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является

- Г. двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом - по Дюамелю
- А. операция Дюамеля
- Б. операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы
- В. операция Соаве
- Д. илеостомия, в последующем операция Соаве

У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Оптимальным методом операции следует считать иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков свища с подшиванием краёв раны ко дну свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца вскрытие и дренирование затёков, проведение латексной лигатуры

внутреннего отверстия свища, вскрытие затеков

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

меньшая травматичность операции

большая радикальность

минимальное повреждение анального сфинктера

меньший процент нагноений раны

уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

Операция Делорма заключается в

В. циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика

А. так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки

Б. циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки

Г. использовании при операции по Тиршу тефлоновой нити

Д. использовании при операции по Тиршу тефлоновой сетки

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 отёчны, обрывки мышц тёмные, рана с серым налётом. Больному необходимо

Больному необходимо

после хирургической обработки раны без её ушивания назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибактериальные препараты, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем

произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер

провести хирургическую обработку раны без ушивания сфинктера, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании

воспалительного процесса

промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому

промыть рану, антибактериальные препараты назначить

В результате обследования установлено, что рана прямой кишки располагается ниже тазовой брюшины, но выше леваторов, слизистая повреждена на участке 3x4 см, на дне раны видна мышечная ткань. В этом случае целесообразнее всего

Б. задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, установить наблюдение, при распространении воспаления на параректальную клетчатку

дренировать её, установить проточное орошение

Г. сразу наложить колостому

А. избегать введения в кишку каких-либо антисептиков, назначить пристальное динамическое наблюдение за больным

В. задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, при появлении воспаления в параректальной клетчатке наложить колостому,

дренировать параректальную клетчатку

Д. сразу наложить илеостому

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

Больному необходимо произвести

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

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

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

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

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

При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной раны промежности назначение антибактериальной терапии обязательно

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

Наиболее эффективный способ лечения полипов прямой кишки

- Б. клизмы с соком чистотела
- В. клизмы с ромашкой
- А. лучевая терапия
- Д. электроэксцизия полипов
- Г. резекция прямой кишки

При эндоскопическом удалении доброкачественных образований прямой кишки путем электрокоагуляции возможно возникновение

- В. непроходимости
- Г. интоксикации
- А. анемии
- Б. кровотечения и перфорации кишки
- Д. недостаточности анального сфинктера

Ворсинчатую опухоль прямой кишки размерами до 2 см следует лечить путём выполнения

- Б. эндоскопического удаления
- А. резекции кишки с опухолью
- В. лучевой терапии
- Г. клизм с чистотелом
- Д. химиотерапии

Наиболее эффективным способом хирургического лечения при циркулярной ворсинчатой опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки протяженностью не более 5 см является

- трансанальное иссечение
- брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- электрокоагуляция
- трансанальная эндомикрохирургическая резекция
- задняя проктотомия

В хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки предпочтительнее выполнять

- Д. колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тазового тонкокишечного резервуара
- А. колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- Б. субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом
- В. колпроктэктомию
- Г. субтотальную резекцию толстой кишки с илео- и сигмостомами

При семейном аденоматозе толстой кишки и наличии рака не выше 6 см от края ануса необходимо выполнить

- В. колпроктэктомию
- А. колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

- Б. брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- Г. брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
- Д. колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тазового тонкокишечного резервуара

Комбинированной операцией по поводу рака толстой кишки считается такое оперативное вмешательство, когда наряду с удалением опухоли

- В. удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания
- А. удаляется желчный пузырь с камнями
- Г. удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или производится резекция печени по поводу метастазов рака
- Б. выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- Д. удаляется матка из-за наличия крупных миом

Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в

- В. лечении клизмами с соком травы чистотел
- А. симптоматическом лечении
- Д. удалении толстой кишки
- Б. лучевой терапии, химиотерапии
- Г. удалении полипов через эндоскоп

Протяжённость внутрстеночного распространения рака ободочной кишки в проксимальном и дистальном направлениях, как правило, составляет

- 0,5 см
- не больше 2,0 см
- 1 см
- 3,0-4,0 см
- 5,0 см

Рак слепой кишки часто дает метастазы в лимфатические узлы, расположенные по ходу

- В. средней ободочной артерии
- Г. нижнебрыжеечной артерии
- Б. левой ободочной артерии
- А. подвздошно-ободочной артерии
- Д. правой ободочной артерии

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

- Г. резекции печени по поводу метастазов
- Б. удаление части соседнего органа
- А. аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- В. удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания
- Д. удаление соседних органов и тканей, вовлеченных в опухолевый процесс

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

- резекция какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли
- низведение вышележащих отделов ободочной кишки
- аортоподвздошно-тазовая лимфаденэктомия
- удаление другого органа по поводу другого заболевания
- резекция печени по поводу метастазов

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

- Г. операцию Гартмана
- А. брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- Б. наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки
- В. переднюю резекцию прямой кишки
- Д. брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

Формирование внутрибрюшной одноствольной колостомы при радикальной операции по поводу рака прямой кишки используется

- А. у пожилых больных
- В. при инфицировании брюшной полости
- Б. при короткой брыжейке сигмовидной кишки
- Г. при перифокальном воспалении
- Д. при местнораспространённой раковой опухоли

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

- А. передняя резекция прямой кишки
- В. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Б. брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- Г. задняя проктотомия
- Д. ампутация прямой кишки

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

- Б. оставляется задний проход и мышца, его поднимающая
- А. производится пересечение и перевязка леваторов
- В. формируется колостома
- Г. не удаляются подвздошные и тазовые лимфатические узлы
- Д. не производится низведение сигмовидной кишки

При расположении опухоли на 7 см от края заднего прохода при плановой операции показана

- А. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

- Г. брюшно-анальная резекция прямой кишки
- Б. операция Гартмана
- В. передняя резекция прямой кишки
- Д. трансанальное иссечение

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

- Г. абластики
- А. большего радикализма
- Б. сохранения функции держания анального сфинктера
- В. более удобного доступа для выделения кишки
- Д. сохранения мышцы, поднимающей задний проход

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

- В. передняя резекция прямой кишки
- Г. брюшно-анальная резекция прямой кишки
- А. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Б. операция Гартмана
- Д. брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом

Противопоказание для выполнения передней резекции прямой кишки

- Б. возраст больного
- В. избыточный вес больного
- А. расположение опухоли выше 14 см от края заднего прохода
- Г. толстокишечная непроходимость
- Д. наличие сопутствующих заболеваний

Паллиативную резекцию прямой кишки не следует выполнять, когда

- Б. опухоль больших размеров
- Г. имеются множественные метастазы рака в печени
- А. имеются неудалимые отдалённые метастазы рака
- В. есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- Д. опухоль небольших размеров

Наиболее часто причина механической толстокишечной непроходимости это

- Б. сужение кишечника после рентгенотерапии
- В. заворот кишки
- А. спаечный процесс
- Г. опухоль
- Д. инвагинация

Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет

антибиотикотерапия и орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде
дренировании забрюшинного пространства
дренировании полости малого таза дренажными трубками
применении отсоса для дренирования полости малого таза
применения антибактериальных препаратов

Паралитическую кишечную непроходимость вызывает

- Г. заворот
- А. безоар
- В. перитонит
- Б. круглая поджелудочная железа
- Д. инвагинация

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

- использование двухканальных дренажей
- орошение прямой кишки раствором гипохлорита натрия
- антибактериальная терапия и орошение полости малого таза растворами антисептиков
- предоперационная антибиотикотерапия
- применение гипербарической оксигенации

При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать

- А. подвздошно-ободочную, правую ободочную и правую ветвь средней ободочной артерии
- Б. правые и средние ободочные сосуды
- В. правые ободочные сосуды и аппендикулярные сосуды
- Г. подвздошно-ободочные, средние ободочные с правой и левой ветвями средней ободочной артерии
- Д. нижнебрыжеечные сосуды

Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является

- В. сигмоидэктомия
- Г. дистальная резекция сигмовидной кишки
- А. сегментарная резекция сигмовидной кишки с сигмо-сигмоидным анастомозом
- Б. левосторонняя гемиколэктомия
- Д. расширенная передняя резекция

Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит в

- правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом
- правосторонней гемиколэктомии с формированием илео- и трансверзостомы
- правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой
- проксимальной илеостомии без резекции кишки

наложении двуствольной трансверзостомы

При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция

операция Микулича

операция Гартмана

операция Лахея

правосторонняя гемиколэктомия с илеотрасверзоанастомозом

резекция илеоцекального угла

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

А. только двуствольная колостомия

Б. операция Гартмана

В. левосторонняя гемиколэктомия

Г. резекция по типу операции Микулича

Д. передняя резекция

При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана

Г. операция Гартмана

А. левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом

В. левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича

Б. резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза

Д. клиновидная резекция стенки кишки

При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана

А. колэктомия с илео-ректальным анастомозом

Г. правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

Б. правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией

В. колэктомия без первичного анастомоза

Д. операция типа операции Гартмана

При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана

операция Гартмана

левосторонняя гемиколэктомия

операция Лахея

резекция левого изгиба ободочной кишки

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

левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича

левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом

сигмоидэктомия

дистальная резекция сигмовидной кишки

операция Гартмана

Из перечисленных паллиативных операций при раке ободочной кишки следует отдавать предпочтение

- А. наложению проксимальной стомы
- В. паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью
- Б. формированию обходного анастомоза
- Г. лапаротомии
- Д. клиновидной резекции стенки кишки

Наиболее часто причина развития послеоперационного перитонита это

- А. распространение инфекции из какого-либо очага воспаления
- В. несостоятельность швов межкишечного соустья
- Б. вскрытие просвета кишки во время операции
- Г. ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- Д. дисбактериоз

Установите соответствие между типом склерозирующего препарата, применяемого для лечения геморроя: А) Детергенты эндотелия сосудов, Б) Осмотические растворы окружающего геморроидальный узел В) Коррозийные крови и характеристикой препарата . 1. Вызывают коагуляцию белка. 2. Не образуют тромбов в сосудах. 3. Не повреждают форменные элементы 4. Вызывают денатурацию и гибель клеток эндотелия. 5. Могут вызывать деструкцию подслизистого и мышечного слоев прямой кишки

- В. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.
- Г. 1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б,В; 5-Б,В.
- Б. 1-А; 2-А; 3-А; 4-В; 5-В.
- А. 1-А; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.
- Д. 1-А; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-А.

Установите соответствие между заболеванием: А) При первой стадии геморроя внутренние узлы, Б) При третьей стадии геморроя внутренние узлы, и тактикой лечения 1) Выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно. 2) Кровоточат, но не выпадают из анального канала. 3) Не кровоточат и не выпадают 4) Выпадают, для вправления необходимо ручное пособие 5) Постоянно выпадают и не вправляются.

- В. А-2. Б-5.,
- А. А-1. Б-3.
- Д. А-2. Б-4.
- Б. А-2. Б-3.
- Г. А-3. Б-4.

Установите соответствие между тактикой лечения: А) Склеротерапия, Б) Лигирование узлов латексными кольцами, и противопоказаниями: 1) Тромбоз геморроидальных узлов 2) Воспалительные заболевания анального канала. 3) Анальная трещина 4) Комбинированный

**геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами 5)
Крипит.**

- Г. А-2,3. Б-4,5.
- А. А-1,3. Б-1,4.
- В. А-1,3,5. Б-1,2,4.
- Б. А-3,5. Б-2,4.
- Д. А-1,5. Б-2,4.

Установите соответствие между типом склерозирующего препарата:А) Детергенты, Б) Осмотические растворы, В) Коррозийные и названием препарата: 1. Раствор фенола 2. Тромбовар 3. Варикоцид 4. Фибровейн 5. 20% раствор хлорида натрия 6. Вистарин 7. Этоксисклерол

- Б. 1-Б; 2-Б; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.
- А. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.
- В. 1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.
- Г. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-Б; 5-Б; 6-В; 7-А.
- Д. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-А; 6-В; 7-А.

Установите соответствие между заболеванием: А) Язвенный колит, Б) Ишемический колит, В) Болезнь Крона. и признаками заболевания:

1. Острое начало 2. Возраст больного – старше 50 лет 3. Кровотечения из прямой кишки при дефекации. 4. Характерно формирование кишечных стриктур 5. Характерно наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний 6 . Всегда легкое течение болезни

- 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Б.
- 1-А,Б; 2-Б; 3-А; 4-Б,В
- 1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-В; 5-Б.
- 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б.
- 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-А

Установите соответствие между заболеванием: А) Язвенный колит, Б) Ишемический колит, В) Болезнь Крона.

и характерными признаками заболевания: 1. Прямая кишка поражена всегда 2. Часты анальные поражения и перианальные поражения 3. Нехарактерно сегментарное поражение

4. Процесс, как правило, локализуется в левой половине ободочной кишки 5. Характерен терминальный илеит 6. При гистологическом исследовании обнаруживаются крипт-абсцессы 7. На рентгенограммах в местах поражения изменения по типу «пальцевых вдавлений»

- 1-Б; 2-В; 3-А; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-Б.
- 1-А; 2-В; 3-А,В; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-Б.
- 1-А; 2-В; 3-Б; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-Б.
- 1-А; 2-В; 3-А; 4-А; 5-В; 6-А; 7-Б.
- 1-А; 2-В; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А; 7-Б.

Установите соответствие между заболеванием: А) Язвенный колит, Б) Болезнь Крона.

и макроскопической картиной заболевания: 1. Прямая кишка поражена всегда 2. Анальные поражения в 75% наблюдений. 3. Язвы щелевидные, образуют «булыжную мостовую» 4. Стриктуры кишки довольно редки 5. Часто встречаются воспалительные полипы.

6. Характерно образование кишечных свищей.

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б; 5-А; 6-Б.

Установите соответствие между заболеванием: А) Язвенный колит, Б) Болезнь Крона.

и микроскопическими изменениями в стенке толстой кишки: 1. Воспалительная инфильтрация преимущественно в слизистой оболочке. 2. Трансмуральная воспалительная инфильтрация. 3. Часто встречаются крипт-абсцессы. 4. Обнаруживаются саркоидные гранулемы. 5. Лимфоидная гиперплазия во всех слоях. 6. Очаговая лимфоидная гиперплазия в слизистой оболочке

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-Б 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б; 6-А.

Установите соответствие между заболеванием: А) Ишемический колит, Б) Болезнь Крона.

и патогенетическим лечением: 1. Сосудорасширяющие средства 2. Антиагреганты. 3. Кортикостероиды. 4. Гипербарическая оксигенация. 5. Антибактериальные средства

1-А; 2-А; 3-А; 4-А; 5-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б; 5-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А.

Установите соответствие между заболеванием: А) Болезнь Крона, Б) Рак ободочной кишки, В) Дивертикулит.

и признаками заболевания: 1. Стриктура с четкими границами в зоне локализации дивертикулов 2. Диарея с примесью крови и слизи. 3. Супрастенотическое расширение кишки. 4. Наличие язв-трещин. 5. Сужение с неровными, подрытыми краями. 6. Перианальные поражения 7. Воспалительные изменения слизистой оболочки дистальнее сужения.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-Б,В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-Б; 4-Б; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-А; 7-А.

Установите соответствие между заболеванием: А) Врожденные ангиодисплазия, Б) Приобретенная ангиодисплазия

и признаками заболевания: 1. Поражение незаметно при осмотре серозного покрова кишки.

2. Поражение на слизистой в виде телеангиоэктазий. 3. Кишечные кровотечения начинаются с раннего детства. 4. Признаки заболевания проявляются в возрасте старше 50 лет. 5. Характерная рентгенологическая картина при исследовании с контрастной клизмой. 6. В местах локализации процесса через слизистую оболочку кишки просвечивают сине-багровые мягкие узлы.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

Установите соответствие между заболеванием: А) Врожденные ангиодисплазия, Б) Приобретенная ангиодисплазия

и признаками заболевания: 1. Поражение локализуется чаще всего в правых отделах ободочной кишки. 2. Поражение локализуется дистальных отделах толстой кишки. 3. Ирригоскопия, как метод диагностики малоинформативна. 4. Изменения сосудов кишки могут сочетаться с поражением сосудов других органов малого таза.

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А,Б

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-Б

1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-Б

Установите соответствие между заболеванием: А) Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота:

Б) Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота:

и распространением процесса: 1) Распространяется на бедро 2) Локализуется только в пределах влагалища мышцы. 3) Распространяется в окологупочную область 4) Распространяется в свободную брюшную полость 5) Распространяется в клетчатку малого таза 6) Распространяется в предпузырное пространство

А-3; Б-6.

А-2; Б-6.

А-4; Б-6.

А-2; Б-4.

А-2; Б-5.

Установите соответствие: А) Ауэрбаховским интрамуральным нервным сплетением называется:

Б) Мейснеровским интрамуральным сплетением называется: 1) Надсерозное 2) Подсерозное.

3) Межмышечное 4) Подслизистое 5) Надслизистое

А-3; Б-4.

А-1; Б-4.

А-2; Б-4.

А-5; Б-4.,

А-1; Б-5.

Установите соответствие между заболеванием: А) Течение хронического парапроктита может осложниться:

Б) Для свища прямой кишки наиболее характерное осложнение:

и осложнениями: 1) Возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия. 2) Распространением воспалительного процесса, 3) Озлокачествлением, 4) Обострение воспаления 5) Рубцовым замещением стенки анального канала, 6) Анальный зуд.

А. А-1,3,5; Б-4.

В. А-1,2,3,5; Б-4.

Б. А-2,3,5; Б-4.

Г. А-1,2,3,5; Б-1.

Д. А-1,2,3,5; Б-2.

Установите соответствие между степенью сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки: А) Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

Б) Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:, В) Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей

прямой кишки характеризуется тем, что:

и характеристикой свищей: 1) Широким внутренним отверстием в одной из крипт 2) Рубцовыми изменениями в стенке анального канала 3) Рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища 4) Внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки 5) Внутренним отверстием без рубцовой деформации 6) Наличием затёков в клетчаточном пространстве.

В. А-1,2 Б-5,6; В-4

А. А-2,4 Б-5,6; В-4

Д. А-1,2,4 Б-5,6; В-4.

Б. А-1,4 Б-5,6; В-4

Г. А-1,2,4 Б-4,6; В-2

Установите соответствие: А) При неэффективности консервативной терапии у

пациентки с ректоцеле 2 степени патогенетическим оперативным вмешательством является; Б) При неэффективности консервативной терапии у пациентки с ректоцеле 3 степени в сочетании с внутренней инвагинацией прямой кишки патогенетическим оперативным вмешательством является:

1) Эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки.

2) Задняя кольпорафия.

3) Пластика ректовагинальной перегородки имплантом 4) Эндоректальная

слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки и

пластика ректовагинальной перегородки имплантом 5) Задняя кольпорафия. 6)

Гофрирование передней стенки прямой кишки.

А. А-2,3; Б-4.

Д. А-1,3; Б-4.

Б. А-3; Б-1,4.

В. А-1; Б-2,4.

Г. А-1,5; Б-4.

Установите соответствие между формами: А) К поверхностным формам острого парапроктита относят: Б) К глубоким формам острого парапроктита относят:

и проявлениями парапроктита: 1) Подкожные и подслизистые. 2)

Пельвиоректальные 3) Ретроректальные. 4) Подковообразные подкожные. 5)

Ишиоректальные

Б. А-3; Б-2,5..

А. А-1; Б-2,5.

В. А-4; Б-2,5.

Г. А-5; Б-2,5.

Д. А-6; Б-2,5.

Установите соответствие: А) При подкожном парапроктите гнойный ход

располагается: Б) При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход

располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода: 1) Транссфинктерно. 2)

Экстрасфинктерно. 3) Кнутри от сфинктера 4) В подкожной порции наружного

сфинктера. 5) В глубокой порции наружного сфинктера. 6) Транссфинктерно и

экстрасфинктерно.

А. А-4; Б-1.

Б. А-2; Б-1.

В. А-3; Б-1.

Г. А-4; Б-5.

Д. А-4; Б-6.

Установите соответствие: А) осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде

Б) Поздние осложнения со стороны илеостомы, 1) Кишечная непроходимость. 2)

Воспалительные. 3) Стеноз илеостомы. 5) Свищ илеостомы. 6)

Параилеостомическая грыжа 7) Перистомальный дерматит.

- А. А-1; Б-3,4,5,6,7.
- В. А-2; Б-3,4,5,6,7.
- Б. А-1; Б-3,4,5,6,7.
- Г. А-5; Б-3,4,5,6,7.
- Д. А-6; Б-3,4,5,6,7.

Установите соответствие: А) Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной:

Б) Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием: 1) Свища илеостомы. 2) Стеноза илеостомы на уровне кожи. 3) Перистомального дерматита. 4) Выпадения кишки через илеостому. 5) Стеноза илеостомы на уровне апоневроза. 6) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы.

- Б. А-1,4; Б-6.
- Г. А-1,6; Б-6.
- А. А-1,3; Б-6.
- В. А-1,2; Б-6.
- Д. А-1,2; Б-4.

Установите соответствие между видом опухоли: А) Леймиома. Б) Лейомиосаркома. и клинической характеристикой: 1. Размер образования до 5 см в диаметре. 2. Размер образования 15 - 20см. 3. Опухоль подвижна 4. Выражен внекишечный компонент. 5. На слизистой оболочке возможны изъязвления.

- Г. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А; 7-Б, 8-Б.
- Б. 1-А; 2-А; 3-А; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-Б, 8-Б.
- А. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-Б, 8-Б.
- В. 1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-Б, 8-Б.
- Д. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; А-Б; 6-А; 7-Б, 8-Б.

Установите соответствие между полипозными синдромами: А) Гарднера синдром, Б) Олфилда синдром, В) Пейтца-Егерса синдром, Г) Кронкайта-Канады синдром и внекишечными проявлениями: 1. Кисты сальных желез 2. Остеомы костей череп 3. Десмоидные фибромы 4. Меланиновая пигментация слизистой губ, щек 5. Ломкость ногтей 6. Облысение.

- В. 1-Б; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-Г; 6-Г.
- Г. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-Г; 6-Г.
- Б. 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.
- А. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.
- Д. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-А; 6-В.

Установите соответствие между заболеванием: А) При раке дистального отдела сигмовидной кишки, осложнённом кишечной непроходимостью и перифокальным воспалением, показана

Б) При раке средней трети сигмовидной кишки, не выходящим за пределы кишечной стенки показана и тактикой лечения: 1.Только двухствольная колостомия 2. Левосторонняя гемиколэктомия. 3. Операция Гартмана, 4. Резекция по типу

операции Микулича 5. Сигмоидэктомии 6. Передняя резекция.

А. А-1; Б-5.

В. А-3; Б-5.

Б. А-2; Б-5.

Г. А-3; Б-3.

Д. А-3; Б-4.

Установите соответствие между заболеванием: А) При раке восходящей кишки с перифокальным абсцессом показана операция

Б) При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция

и тактикой лечения: 1. Операции Гартмана, 2. Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрасверзоанастомозом. 3. Операция Микулича 4. Правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трасверзостомией 5. Резекция илеоцекального угла

А. А-1; Б-4.

Д. А-4; Б-4.

Б. А-2; Б-4.

В. А-3; Б-4.

Г. А-4; Б-1.

Установите соответствие между факторами; А) Основные, Б) Второстепенные, влияющими на непосредственные результаты одноствольной колостомии: 1.

Способ формирования колостомы. 2. Осложненное течение основного заболевания (кишечная непроходимость, перфокальное воспаление) 3.

Интраоперационные осложнения 4. Длительность операции. 5. Сопутствующие заболевания (диабет) 6. Уровень квалификации хирурга и анестезиолога 7. Расширение объема операции.

Г. А-1; Б-4, 6.

Б. А-3; Б-5, 6.

А. А-1; Б-5, 6.

В. А-4; Б-5, 6.

Д. А-3; Б-4, 6.

Установите соответствие между заболеванием А) Особенности перианальных поражений при болезни Крона является: и признаками заболевания: 1. Сочетание свищей и язв-трещин 2. Склонность к рецидивированию 3. Самопроизвольное заживление язв и свищей при ремиссии болезни Крона 4. Внутреннее отверстие свища всегда располагается в анальной крипте. 5. Свищевой ход, как правило, является экстрасфинктерным

А-1;4.

А-1;2;5

А-1;5.

А-2;3.

А-1;3.

Установите соответствие между заболеванием А) Ведущее значение в образовании дивертикулов ободочной кишки имеют: 1. Дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки 2. Врожденная слабость соединительной ткани 3. Приобретенная слабость соединительной ткани 4. Дискоординация моторики толстой кишки 5. Сосудистые изменения в стенке толстой кишки

А – 1;2;3;4;5.

А – 1;2.

А – 1;2;4;5.

А – 1;2;3;5.

А – 1;2;3;4.

Найдите соответствие между вариантом осложнения дивертикулярной болезни и классицирующим признаком: А) Острый дивертикулит, Б) Острый паракишечный инфильтрат, В) Периколический абсцесс, Г) Стеноз ободочной кишки. Д) Отдаленный абсцесс.1. Воспаление локализуется преимущественно в дивертикуле. 2. Воспаление распространяется на окружающие органы и ткани. 3. Наличие околокишечной полости, деформирующей стенку кишки. 4. Наличие стойкого сужения ободочной кишки. 5. Наличие околокишечной полости, недеформирующей кишечную стенку

А-1; Б-2; В-3; Г-5; Д-4.

А-1; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

А-1; Б-5; В-3; Г-4; Д-2.

А-5; Б-2; В-3; Г-4; Д-1.

А-1; Б-3; В-2; Г-4; Д-5.

Какой метод лечения показан в зависимости от характера осложнения дивертикулярной болезни?

Лапароскопический лаваж

Пункция по контролем УЗИ

Антибиотики внутривенно

Пункция дренирования под контролем УЗИ

Операция Гартмана

Какой основной признак прогноза рецидива острого воспаления при дивертикулярной болезни?

Фиксация стенки ободочной кишки к мочевому пузырю

Толщина кишечной стенки более 3 мм

Разрушение дивертикула

Наличие плотно-расположенных фиксированных друг к другу дивертикулов

Частый жидкий стул

Какой признак является ведущим при диагностике острых осложнений дивертикулярной болезни?

Плотность расположения дивертикула

Число дивертикулов

Размер дивертикула

Выраженность и распространенность воспалительного процесса

Наличие функциональных нарушений двигательной активности ободочной кишки