

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Колопроктология» (II 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/>

Международная классификация болезней – это:

В. перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определённому принципу

А. перечень наименований болезней в определённом порядке

Г. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определёнными установленными критериями

Б. перечень диагнозов в определённом порядке

Д. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определённом порядке

Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет:

А. от 20 до 30 коек

В. от 40 до 60 коек

Б. от 30 до 40 коек

Г. от 60 до 80 коек

Д. свыше 80 коек.

Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в

В. участковых больницах

Г. реабилитационных центрах

Б. больницах скорой помощи

А. областных и городских многопрофильных больницах;

Д. участковых больницах и реабилитационных центрах

Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники 1 ставка на

- В. 150 тысяч взрослого населения
- Г. 175 тысяч взрослого населения
- А. 50 тысяч взрослого населения
- Б. 100 тысяч взрослого населения
- Д. 200 тысяч взрослого населения

Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять:

- В. 7 человек в 1 час
- А. 11 человек в 1 час
- Д. 3 человека в 1 час
- Б. 9 человек в 1 час
- Г. 5 человека в 1 час

Диспансерное наблюдение должно вестись за пациентами с

- Г. анальной трещиной;
- А. геморроем
- Б. семейным аденоматозом толстой кишки
- В. свищами прямой кишки;
- Д. недостаточностью сфинктера.

Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на (колопроктологических коек)

- А. 5
- В. 15
- Б. 10
- Г. 20
- Д. 25.

Ствол Генле располагается по отношению к средним ободочным сосудам

- кзади
- слева
- кпереди
- справа

Прямая мышца живота:

- фиксирована только к заднему листку влагалища
- не фиксирована к обоим листкам влагалища;
- фиксирована только к переднему листку влагалища
- фиксирована к переднему листку и к заднему листку влагалища;
- не имеет фасциальной оболочки.

Нижняя надчревная артерия (a. profunda) отходит от:

- Г. наружной подвздошной артерии
- А. бедренной артерии;
- Б. внутренней подвздошной артерии
- В. пупочной артерии;
- Д. запирающей артерии

Гной из-под переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота:

- В. распространяется в свободную брюшную полость
- А. распространяется в околопупочную область
- Д. локализуется только в пределах влагалища мышцы.
- Б. распространяется в предпузырное пространство
- Г. распространяется в соседнее апоневротическое влагалище мышцы;

Гной из-под заднего влагалища прямой мышцы живота

- А. распространяется на бедро;
- Г. распространяется в предпузырное пространство
- Б. распространяется в клетчатку малого таза
- В. локализуется только во влагалище мышцы;
- Д. распространяется в околопупочную область.

Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

- Б. желудочно-12перстной артерии
- Г. правой желудочно-сальниковой артерии
- А. печеночной артерии
- В. брюшной аорты
- Д. правой почечной артерии

Нижняя брыжеечная вена впадает в

- нижнюю полую вену
- селезеночную вену
- воротную вену
- левую желудочно-сальниковую вену

Гной из полости таза по запирающему отверстию распространяется:

- В. под малую ягодичную мышцу
- Г. под большую ягодичную мышцу
- А. на латеральную поверхность бедра
- Б. на внутреннюю поверхность бедра
- Д. под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра

Нижняя прямокишечная артерия отходит:

- А. внутренней подвздошной артерии
- В. внутренней срамной артерии;
- Б. запирающей артерии
- Г. нижней ягодичной артерии;

Д. промежностной артерии

Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:

Г. в области запирающего аппарата прямой кишки

А. в верхнеампулярном отделе

Б. в среднеампулярном отделе

В. в нижнеампулярном отделе

Д. в ректосигмоидном отделе

У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены

Б. мочевого пузыря и прямая кишка

В. предстательная железа и прямая кишка

А. мочевого пузыря

Г. мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка

Д. мочевого пузыря и предстательная железа

Основные фиксирующие элементы правого изгиба ободочной кишки это:

Б. печеночно-дуоденальная связка

А. диафрагмально-ободочная и желудочно-ободочная связки

В. пузырно-толстокишечная связка

Г. правая половина большого сальника

Д. малый сальник

Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется

В. постанальное;

А. ретроректальное

Б. ишиоректальное

Г. пельвиоректальное;

Д. межмышечное.

Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

В. подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии;

Г. левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии;

А. левой и правой ветвей средней ободочной артерии

Б. левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии

Д. восходящая ветвь правой ободочной артерии и правая ветвь средней ободочной артерии

Артерии сигмовидной кишки отходят

В. нижней брыжеечной артерии

А. аорты

Б. верхней брыжеечной артерии

- Г. средней ободочной артерии
- Д. левой ободочной артерии

Внутренние геморроидальные узлы располагаются

- над аноректальной линией
- ниже аноректальной линии
- на уровне межсфинктерной борозды
- на уровне аноректальной линии
- на линии Хилтона

Микроскопически геморрой характеризуется

- Г. тромбофлебитом
- А. варикозным расширением вен
- Б. гиперплазией кавернозных телец
- В. ангиодисплазией
- Д. склерозом гломусных анастомозов

При острой анальной трещине отсутствует

- Б. гладкие ровные края
- Г. мышечная ткань на дне дефекта
- А. щелевидная форма
- В. анальный (сторожевой) бугорок;
- Д. фибрин на раневой поверхности

Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид

- Г. гладких бугристых образований;
- А. округлых плоских бляшек
- Б. разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты
- В. блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
- Д. грануляционной ткани

Основная макроскопическая особенность язвенного колита

- Д. поражение слизистой прямой кишки является обязательным
- А. сегментарное поражение слизистой оболочки
- Б. воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- В. язвы, возникающие в прямой кишке, имеют щелевидную форму;
- Г. обязательным является поражение слизистой желудка и толстой кишки

Микроскопическая картина при язвенном колите характеризуется:

- Г. развитием склероза мышечного слоя
- А. воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки
- Б. воспалительным инфильтратом, локализующимся только в слизистой оболочке
- В. преобладанием нейтрофилов при остром развитии
- Д. образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки.

Основной микроскопический признак поражения толстой кишки при болезни Крона

- А. Поражение стенки кишки с чередованием пораженных и здоровых участков
- Б. тотальное поражение слизистой оболочки толстой кишки
- В. тотальное поражение слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
- Г. обязательное поражение слизистой оболочки прямой кишки;
- Д. наличие множественных язв-трещин в толстой кишке

Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются

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

Выделение “алой” крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для

- Б. раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- А. геморроя
- В. раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке;
- Г. злокачественной опухоли сигмовидной кишки;
- Д. синдрома раздражённой толстой кишки.

Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является:

- А. на правом или левом боку
- В. коленно-локтевое положение и в положении больного на спине в гинекологическом кресле
- Б. на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- Г. на животе с приподнятым тазом, опущенными и разведенными в стороны ногами
- Д. лёжа на спине в постели.

При проведении осмотра колопроктологического больного решающее значение имеет

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

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

правило:

- Б. выделение крови при дефекации
- А. боль в крестце
- В. общая слабость
- Г. кишечная непроходимость
- Д. анемия.

Наиболее характерный признак для рака правой половины толстой кишки:

- В. боли в крестце
- Г. боли в животе
- А. кишечная непроходимость;
- Б. анемия
- Д. выделение сгустков крови из прямой кишки.

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

- Б. 6-ти часам только при положении пациента на спине
- А. всегда 6-ти часам по циферблату
- В. 6-ти часам только при положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- Г. 9-ти часам при положении пациента на левом боку
- Д. 9-ти часам при положении пациента на правом боку.

Для хронического парапроктита наиболее характерно:

- В. выделение алой крови в конце акта дефекации
- Г. боли внизу живота
- А. гематурия
- Б. наличие свищевого отверстия
- Д. диарея.

К малоинвазивным вмешательствам при геморрое относят всё, кроме
геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем
дезартеризации и фиксации внутренних геморроидальных узлов
склеротерапии
латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов

При хроническом геморрое у пациентов до 50 лет обязательным является проведение

- ректороманоскопии
- осмотр промежности
- аноскопии
- колоноскопии
- проктографии

Пальцевое исследование прямой кишки и анального канала нужно произвести:

- А. при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии
- Г. до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента, обратившегося к специалисту-колопроктологу
- Б. при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии
- В. после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта
- Д. после проктографии.

Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является:

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

Перианальный рефлекс следует оценить:

- после пальцевого исследования прямой кишки
- до всех видов исследования, включая пальцевое.
- 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:

- А. зуд в области заднего прохода
- Г. наличие свищевого отверстия
- Б. боль в прямой кишке пульсирующего характера
- В. гнойные выделения из заднего прохода
- Д. кровянистые выделения из кишки.

При расположении свищевого хода кнутри от наружного сфинктера устанавливают диагноз

- транссфинктерный свищ
- интрасфинктерный свищ
- межсфинктерный свищ
- экстрасфинктерный свищ

Наиболее информативным для диагностики внутреннего пролапса прямой кишки является:

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

Крипитом называется воспаление:

- А. в морганиевых синусах
- В. в морганиевых криптах;
- Б. в анальных сосочках
- Г. перианальной кожи
- Д. слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Хирургическое лечение при остром криптите показано при:

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

Папиллит – это

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

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

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

Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- Б. на линии Хилтона
- А. в морганиевой крипте:
- В. в нижнеампулярном отделе прямой кишки
- Г. в верхнеампулярном отделе прямой кишки
- Д. в среднеампулярном отделе прямой кишки.

Обязательный признак для свищей прямой кишки

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

Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по

отношению:

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

Наиболее характерное проявление для свища прямой кишки :

- малигнизация
- кишечная непроходимость
- серозные или гнойные выделения из свищевого отверстия
- кровотечение из свищевого
- анальный зуд

Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки с:

- Б. кистой параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
- А. раком прямой кишки
- В. эпителиальным копчиковым ходом;
- Г. остеомиелитом копчика;
- Д. свищевой формой пиодермии

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

- Б. прогнозирования исходов лечения
- А. дифференцированного подхода к выбору вида операции
- В. разработки мер профилактики осложнений
- Г. выбора вида обезболивания
- Д. для планирования сроков пребывания больного в стационаре

Операцию перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве нецелесообразно выполнять при

- транссфинктерном свище
- экстрасфинктерном свище 1 степени сложности
- интрасфинктерном свище
- экстрасфинктерном свище 2 степени сложности

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

- Б. цвет слизистой оболочки
- Г. алый цвет крови;
- А. длина выпадающей части
- В. дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки;
- Д. отсутствие боли в заднем проходе

Самый информативный способ отличить эндодифтную опухоль прямой кишки от солитарной язвы

морфологический

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 интаректальной инвагинации с помощью видеодефекографии

ультразвуковой

Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть:

Б. хирургическим только при осложнениях

А. только хирургическим;

В. консервативным при первой степени выпадения

Г. хирургическим у пациентов не старше 40 лет

Д. консервативным у больных старше 50 лет

При первой стадии геморроя внутренние узлы

А. выпадают, но вправляются самостоятельно;

Г. кровоточат, но не выпадают из анального канала;

Б. выпадают и самостоятельно не вправляются

В. кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно

Д. не кровоточат и не выпадают

Показанием к инфракрасной фотокоагуляции служит

Б. только геморрой 1 стадии;

В. комбинированный геморрой без кровотечений;

А. хронический геморрой в любой стадии

Г. хронический кровоточащий внутренний геморрой 1-2 стадии

Д. геморрой без кровотечений, но с выпадением узлов 2-4 стадия.

Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие:

Г. растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода

А. разрывов шейки матки

Б. повреждения стенки влагалища

В. разрыва предверия влагалища

Д. перерастяжения в родах кожи передней промежности

Самая частая причина развития посттравматической недостаточности анального сфинктера

Г. операционная травма сфинктера

А. использование клизм для очищения прямой кишки в течение длительного времени

Б. инородные тела прямой кишки;

- В. разрывы и растяжения сфинктера в родах
- Д. бытовая травма сфинктера

Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

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

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

Большая часть их расположена

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

Выводные протоки анальных желёз открываются

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

Инфекция из просвета прямой кишки при остром парапроктите чаще всего попадает

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

Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

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

Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить

- Б. у пациентов старше 50 лет;
- Г. при распространённом гнойном процессе
- А. только у больных диабетом

- В. у всех больных
- Д. при анаэробном парапроктите

Самая частая форма острого парапроктита:

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

Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести:

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

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

Каким должно быть вмешательство по поводу острого парапроктита

- пластическим
- отсроченным
- плановым
- экстренным

При остром парапроктите трансанальное ультразвуковое исследование прямой кишки позволяет определить

- состояние мышц тазового дна
- локализацию гнойника и наличие затеков
- исключить рак

Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего

- Г. назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- Б. вскрыть гнойник в поликлинике
- А. госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения

- В. назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- Д. амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке

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

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

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

- формирование свища прямой кишки
- рецидивирование парапроктита
- периодическое появление болей в промежности
- послеоперационная недостаточность анального сфинктера
- развитие рака прямой кишки

Газовую гангрену вызывают

- А. фузобактерии
- Г. клостридии
- Б. кишечная палочка и протей
- В. бактероиды
- Д. ассоциация аэробов с бактероидами.

Возбудителями неклостридиального анаэробного парапроктита являются

- клостридии
- эшерихии и протейная палочка.
- бактероиды
- бактероиды, фузобактерии, пептококки и другие анаэробы

Наиболее подходящий синоним острого геморроя с позиции патофизиологии:

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

Противопоказанием для склерозирования внутренних узлов является
геморрой 3 стадии
острый геморрой
геморрой 4а стадии

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

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

При остром тромбозе геморроидальных узлов с перианальным отёком срочная операция:

- при больших размерах тромбированного узла показана всегда
- противопоказана
- показана при сильных болях

Одно из наиболее частых проявлений эпителиального копчикового хода:

- воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- развитие кокцигодинии;
- озлокачествление хода
- остеомиелит копчика
- свищи прямой кишки.

Острая трещина заднего прохода – это:

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

Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

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

В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит
затруднённому венозному оттоку

спазму наружного сфинктера
ректальным кровотечениям
спазму внутреннего сфинктера
травме анодермы при дефекации

Характерные боли для острой анальной трещины

Г. до дефекации
А. постоянные
В. во время и после дефекации
Б. после дефекации;
Д. ночные.

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

А. геморроя
Г. острой анальной трещины
Б. свища прямой кишки;
В. рака прямой кишки
Д. кокцигодинии

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

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

Для консервативного лечения острой анальной трещины целесообразно применять

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

Повреждение стенки прямой кишки в родах:

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

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:

пальцевое исследование, ректоскопию, компьютерную томографию брюшной полости

только пальцевое исследование

только ректороманоскопию

обзорную рентгенографию брюшной полости;

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

В. влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию

А. осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки

Г. осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища, шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки

Б. осмотр промежности, влагалищное исследование

Д. 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

источником толстокишечного кровотечения, как правило, являются геморроидальные узлы

толстокишечное кровотечение менее опасно, чем гастродуоденальное

толстокишечное кровотечение всегда является показанием для быстрого обследования всего желудочно-кишечного тракта

толстокишечные кровотечения никогда не бывают опасны для жизни

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

Б. дивертикулёз толстой кишки

В. неспецифический язвенный колит

А. рак толстой кишки

Г. приобретённую ангиодисплазию;

Д. врождённую ангиодисплазию

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

В. неспецифический язвенный колит

А. дивертикулёз толстой кишки

Д. приобретённую ангиодисплазию

Б. рак толстой кишки

Г. врождённую ангиодисплазию

Колоноскопия обязательно выполняется при

остром парапроктите
выпадении прямой кишки
остром геморрое
язвенном колите

У 18-летнего пациента проникающее ножевое ранения живота и повреждение передней стенки сигмовидной кишки 1 см. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено, в просвете кишки незначительное количество кишечного содержимого. Гемодинамика стабильная.

Вмешательство целесообразнее всего выполнить в объёме

ушиванием раны кишки
резекции сигмовидной кишки формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
резекции сигмовидной кишки по Гартману
ушиванием раны кишки и формированием проксимальной илеостомы

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 6 часов после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки, каловый перитонит. Целесообразнее всего выполнить

резекцию кишки с формированием межкишечного анастомоза
операцию Гартмана
ушивание раны сигмовидной кишки
наложение проксимальной кишечной стомы

Показание к плановому хирургическому вмешательству по поводу язвенного колита

А. кишечное кровотечение
В. отсутствие эффекта от консервативной терапии
Б. токсическая дилатация толстой кишки
Г. перфорация толстой кишки
Д. 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 гормональных и 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 гемостатиков, препаратов крови
применение противошоковых инфузионных сред
локальная гипотермия;
назначение антикоагулянтов;
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. длительное продолжение гормональной терапии
Г. увеличение дозы гормональных препаратов
А. в случае лечения больного до операции стероидными гормонами, отмену их сразу же после операции;
Б. постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней или недель
Д. снижение дозы гормонов в два раза через день после операции.

Радикальная операция по поводу язвенного колита это:

колэктомия
левосторонняя гемиколектомия при левосторонней форме
колпроктэктомия

Причиной развития болезни Крона является

В. травма живота;
А. инфекционное начало
Д. ничего из перечисленного.
Б. эмоциональные стрессы;
Г. перенесённые операции;

Наиболее патогномичные клинические признаки болезни Крона:

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

Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является:

- А. наличие сужений и стриктур по ходу поражённых участков кишки;
- Б. наличие множественных грибовидных выпячиваний стенки толстой 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:

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

При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь

- алой крови
- слизи
- гноя
- прожилок крови
- сукровицы

Наиболее типичный характер болей при синдроме раздражённой кишки:

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

Диетическое лечение синдрома раздражённой кишки с преобладанием запоров должно включать

- механически и термически обработанные продукты
- пищу с повышенным содержанием клетчатки
- ограничение углеводов
- полное исключение мясных продуктов
- продукты с пониженным содержанием соли

Ишемический колит чаще всего обусловлен:

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

По прошествии 2-х месяцев после формирования илеостомы по Бруку, суточный объём выделений из кишки должен составлять

- от 300 до 500 мл
- от 500 до 600 мл
- 300 мл
- от 600 до 800 мл
- не менее 1 литра

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

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

Наиболее часто подвергаются озлокачествлению:

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

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:

- А. аденоматозный;
- Б. полип, образовавшийся в результате воспаления;
- В. ювенильный;
- Г. гамартомный;
- 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:

- В. дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа;
- А. срочно проконсультироваться с патоморфологом
- Б. сразу удалить полип через ректоскоп
- Г. установить динамическое наблюдение
- 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:

копрологическое исследование

колоноскопию с биопсией

цистоскопию

экскреторную урографию

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

госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для удаления полипа

рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев

экстренно госпитализировать больного в стационар

направить к специалисту онкологу

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:

В. ирригоскопия

Г. колоноскопия

Б. пальцевое исследование

А. ректороманоскопия;

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.

Отдалённые результаты лечения доброкачественных эпителиальных образований зависят

А. от способа удаления;

В. от размеров новообразования

Б. от способа очистки кишечника

- Г. от пола и возраста больных
- Д. от локализации образования

После удаления одиночных полипов прямой кишки необходимо проводить профилактический осмотр:

- 1 раз в два года
- 2 раза в год
- 1 раза в год;
- ежемесячно
- 1 раз в два месяца

Если после удаления одиночного клинически доброкачественного полипа получен гистологический ответ - аденокарцинома в полипе, то необходимо
направить на лучевое лечение
выписать больного домой под диспансерное наблюдение
оценить глубину инвазии аденокарциномы
выполнить ирригоскопию

Наиболее частый исход оперативного лечения одиночных полипов прямой кишки
рецидив полипа прямой кишки
язвенный проктит
выздоровление
появление рака прямой кишки
потеря позыва на дефекацию

Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно:

- бессимптомное течение заболевания
- выделение крови и слизи из прямой кишки
- запоры
- боли в животе
- поносы

Озлокачествление множественных полипов происходит в % наблюдений:

- В. 40
- Г. в 50
- А. 2 - 4
- Б. 20
- Д. в 100

Характерный клинический признак ворсинчатой опухоли толстой кишки:

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

Эффективный метод диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки:

- А. пальцевое исследование прямой кишки;
- В. колоноскопия
- Б. ректороманоскопия
- Г. ультразвуковое исследование
- Д. обзорная рентгенография брюшной полости

Наиболее вероятные отдалённые результаты хирургического лечения ворсинчатой опухоли прямой кишки

- рецидив ворсинчатой опухоли
- выздоровление
- злокачественное перерождение
- стриктура прямой кишки
- появление новых полипов прямой кишки

Если обнаружен рецидив доброкачественной опухоли прямой кишки если не произошло злокачественного перерождения, то необходимо выполнить:

- брюшно-анальную резекцию прямой кишки
- брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- повторное удаление опухоли
- проктотомию
- направить больного на лучевую терапию

После удаления доброкачественной опухоли прямой кишки необходимы осмотры больного

- минимум 2 раза в год
- 1 раз в два года
- 1 раз в год

Важнейший признак семейного аденоматоза толстой кишки:

- полипы желудка
- множественные полипы толстой кишки
- наследственный характер заболевания
- полипы тонкой кишки
- раннее возникновение глубоких метаболических нарушений

Причина возникновения семейного аденоматоза толстой кишки :

- хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- генетическая мутация APC-гена
- нарушение развития в эмбриогенезе
- вирусное поражение;
- бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта

При семейном аденоматозе толстой кишки наиболее часто полипы представлены:

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

Наиболее частый ранний клинический признак аденоматоза толстой кишки:

- А. боль в животе
- В. примесь крови и слизи в кале
- Б. общая слабость
- Г. тошнота, рвота
- Д. выпадение прямой кишки

К характерным внекишечным проявлениям семейного аденоматоза толстой кишки относятся

- В. изменение ногтевых пластин в виде «часовых стекол
- А. пигментация слизистой губ, кожи лица, ладоней.
- Г. экстракишечные доброкачественные опухоли
- Б. изменение ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек»;
- Д. множественные кисты сальных желез

Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в:

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

Распространённость опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как IIa стадия в том случае, когда опухоль занимает:

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

Заболеваемость раком толстой кишки в настоящее время

- Г. увеличивается только среди курящих женщин
- Б. снижается в популяции
- А. увеличивается в популяции

- В. существенного изменения частоты не отмечается
- Д. увеличивается только среди мужчин.

Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте

- А. 20 - 29 лет
- Д. 60 лет и старше.
- Б. 30 - 39 лет
- В. 40 - 49 лет
- Г. 50 – 59 лет

Наиболее часто подвергаются озлокачествлению

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

Наиболее часто злокачественному перерождению подвергаются:

- ворсинчатые опухоли
- единичные полипы;
- множественные полипы
- язвы при язвенном колите
- длительно существующий свищ прямой кишки

Облигатным предраком является:

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

Дифференциальный диагноз между раком анального канала и трещиной заднего прохода проводится на основании

- Г. цитологического или гистологического исследования
- А. пальцевого исследования
- Б. ректороманоскопии
- В. ирригоскопии
- Д. осмотра перианальной области

Наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки является:

- лучевая терапия
- хирургический
- химиотерапия
- приём больших доз облепихового масла

Отток лимфы от прямой кишки в лимфатические узлы первого порядка осуществляется по лимфатическим сосудам, проходящим вместе с
верхними прямокишечными сосудами
левыми толстокишечными сосудами
верхними брыжеечными сосудами
средними толстокишечными сосудами
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:

- 3 см
- 4 см
- 1 см
- 2 см
- 5 см

Для плоскоклеточного рака заднего прохода наиболее характерно то, что он:

- даёт метастазы в кости
- даёт метастазы в лёгкие
- имеет тенденцию распространяться вверх по анальному каналу под слоем слизистой
- даёт метастазы в паховые лимфатические узлы
- даёт метастазы в лёгкие

Основной отягощающий фактор при опухолевой толстокишечной непроходимости, нередко способствующим летальному исходу, это

- возраст больного старше 70 лет
- перфорация опухоли
- истощение больного
- длительность заболевания
- локализация опухоли

Наиболее целесообразным способом подготовки кишки к операции при компенсированной толстокишечной непроходимости является

- голодание
- очистительные клизмы
- приём 15% раствора магнезии и вазелинового масла
- приём касторового масла

лаваж

Для лечения острой декомпенсированной толстокишечной непроходимости при раке прямой кишки следует:

прикладывать грелки к животу
поставить очистительную клизму
ввести зонд Миллера-Эббота
выполнить неотложное хирургическое вмешательство
назначить лечение антибактериальными препаратами

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

достаточно одного раза в год
один раз в два года
каждый месяц
каждые три месяца

Неизменённая кровь в стуле может быть обнаружена при

раке слепой кишки
катаральном проктосигмоидите
раке прямой кишки.
парапроктите
раке желудка

Рак прямой кишки наиболее часто имеет морфологическую форму:

фибромиомы
базалиомы
аденокарциномы
папилломы
лейомиомы

К злокачественным опухолям прямой кишки относится

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

Под понятием «колоректальный рак» обычно подразумевают:

злокачественную меланому
аденокарциному
ворсинчатую опухоль
саркому
лейомиому

Рак анального канала обычно представляет собой

меланому
аденокарциному
плоскоклеточный рак
базалиому
лейомиому

Опухоли, расположенные выше анального канала, чаще всего имеют строение:

базалиомы
аденокарциномы
плоскоклеточного рака;
лейомиосаркомы
меланомы

Клинические признаки рака дистальной трети сигмовидной кишки

анемия
развитием общей слабости
кровотечения и явления кишечной непроходимости
потерей аппетита
увеличение геморроидальных узлов из-за сдавления сосудов опухолью

Правильный диагноз рака прямой кишки устанавливается на основании:

Б. цистоскопии, цистографии и колоноскопии;
Г. ирригоскопии и ультрасонографии
А. клинического анализа крови и мочи, ирригоскопии
В. пальцевого исследования прямой кишки, ректоскопии, колоноскопии, биопсии
Д. обзорной рентгенографии брюшной полости, ультрасонографии.

Для выявления отдалённых метастазов рака прямой кишки до операции следует произвести

компьютерную томографию грудной клетки и брюшной полости
пальцевое исследование прямой кишки
ректороманоскопию
рентгеноскопию грудной клетки
колоноскопию

На основании обследования в условиях поликлиники установлен диагноз рака прямой кишки. В этом случае необходимо

рассказать в деталях о предстоящей операции
направить больного на лучевое лечение
экстренно госпитализировать больного в хирургический стационар
направить больного на госпитализацию в онкологическое или
колопроктологическое отделение
направить больного на химиотерапию

Низкая передняя резекция прямой кишки подразумевает

частичную мезоректумэктомию
сохранение ампулы прямой кишки
формирование коло-анального анастомоза
тотальную мезоректумэктомию

Наиболее эффективный метод лечения рецидива рака прямой кишки:

лучевой
хирургический
химиотерапия
криодеструкция

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

В. 40 - 60%;
А. 20 - 30%;
Б. 35 - 40%;
Г. 70 - 80%;
Д. более 80%.

Для злокачественной опухоли ободочной кишки характерно

медленный рост и позднее метастазирование
быстрый рост и выход за пределы кишечной стенки
раннее метастазирование
ранняя клиническая симптоматика
анемия даже при небольших опухолях

К IIIb стадии рака ободочной кишки относится опухоль, занимающая:

не более полуокружности кишечной стенки без регионарных метастазов;
не более полуокружности стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки, метастазов в лимфоузлах нет
циркулярная опухоль без регионарных метастазов

IIa стадия рака ободочной кишки соответствует стадии

T2N1M0
T1N0M0
T3N0M0
T3N1M0

Термин N1a (классификация TNM 7 издание) обозначает:

метастазы в 4-6 лимфатических узлах

метастазы в 7 и более лимфатических узлах

метастазы в 2-3 лимфатических узлах

метастазы в 1 лимфатическом узле

опухолевые депозиты под серозной оболочкой, в брыжейке, в параколической или параректальной клетчатке.

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

3,0 - 4,0 см

0,5 см

не более 2,0 см

1 см

5,0 см

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

Б. левой ободочной артерии

А. подвздошно-ободочной артерии

В. средней ободочной артерии;

Г. нижнебрыжеечной артерии

Д. правой ободочной артерии

При наличии интрасфинктерного свища целесообразно:

иссечь ход, сделать сфинктеротомию

провести лигатуру

иссечь ход в просвет кишки;

иссечь гнойный ход и ушить рану;

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

операция Гартмана

брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

передняя резекция прямой кишки;

брюшно-анальная резекция прямой кишки

брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом

Установите соответствие между заболеванием и признаками заболевания: А)

Врожденные ангиодисплазия Б) Приобретенная ангиодисплазия 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-Б,В

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б,В

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-Б,В

1-Б; 2-А; 3-В; 4-Б,В

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А

Установите соответствие между типом склерозирующего препарата, применяемого для лечения геморроя и характеристикой препарата: Тип склерозирующего препарата, применяемого для лечения геморроя: А) Детергенты эндотелия сосудов Б) Осмотические растворы окружающего геморроидальный узел В) Коррозийные крови Характеристика препаратов: 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-А; 3-Б; 4-Б,В; 5-Б,В.

А. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.

Г. 1-А; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.

Б. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.

Д. 1-А; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-А.

Установите соответствие между заболеванием и признаками заболевания. Ведущее значение в развитии дивертикулярной болезни 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.

2;3;4;5.

2;3

1;2;3;4;5.

1;2;4;5.

1;2;3;5.

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

А-2. Б-3.

А-2. Б-5.,

А-1. Б-3.

А-2. Б-4.

А-3. Б-4.

Установите соответствие между типом склерозирующего препарата и названием препарата. Тип склерозирующего препарата: А) Детергенты Б) Осмотические растворы В) Коррозийные Название препарата: 1. Раствор фенола 2. Тромбовар 3.

Варикоцид 4. Фибровейн 5. 20% раствор хлорида натрия 6. Вистарин 7.

Этоксисклерол

Г. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

А. 1-А; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

Б. 1-Б; 2-Б; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

В. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-А; 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 и анатомическими формами

Заболевание: А) Аганглиоз толстой кишки. Анатомические формы аганглиоза толстой кишки: 1. супраанальная форма. 2. ректальная форма. 3.

Ректосигмоидальная. 4. субтотальная форма. 5. тотальная форма аганглиоза.

А-2;3;4;5.

А- 1;2;3;4;5.

А- 1;3;4;5.

А- 1;2;4;5.

А- 1;2;3;5.

Установите соответствие между заболеванием и макроскопической картиной.

Заболевание А) Болезнь Гиршпрунга у взрослых характеризуется чаще всего:

Макроскопическая картина: 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.

А- 1;2;4;5.

А- 1;2;3;5.

А- 2;3;4;5.

А- 1;2;3;4;5.

А- 1;2;3;4.

Установите соответствие между заболеванием и строением тератом. Каудальные

тератомы 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.

1;3;4;5.

1;2;4;5.

2;3;4;5.

1;2;3;4;5.

1;2;3;5.

Установите соответствие между заболеванием и клеточным строением.

Заболевание А) Для тубулярной аденомы толстой кишки наиболее характерно:

Характеристика: 1. Резкое увеличение бокаловидных клеток 2. Преобладание

процессов альтерации эпителия 3. Большое количество лимфоцитов и

эозинофилов в строме. 4. Преобладание процессов пролиферации эпителия. 5. Изъязвление слизистой оболочки, покрывающей аденому

А- 5.

А- 1.

А- 4.

А- 3.

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) Криптит.

А-1,3,5. Б-1,2,4.

А-1,3. Б-1,4.

А-1,5. Б-2,4.

А-3,5. Б-2,4.

А-2,3. Б-4,5.

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-А,Б; 2-Б; 3-А; 4-Б,В

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Б.

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-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-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-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) 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, подрывными краями. 6. Перианальные поражения 7. Воспалительные изменения слизистой оболочки дистальнее сужения.

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-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-А; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-А; 7-А.

Установите соответствие: А) Ауэрбаховским интрамуральным нервным сплетением называется: Б) Мейснеровским интрамуральным сплетением называется: 1) Надсерозное 2) Подсерозное. 3) Межмышечное 4) Подслизистое 5) Надслизистое

А-1; Б-4.

А-3; Б-4

А-2; Б-4

А-5; Б-4

А-1; Б-5

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

Установите соответствие между острым парапроктитом и поверхностными формами заболевания. Заболевание А) Острый парапроктит: Формы острого парапроктита: 1. Ишиоректальные. 2. Пельвиоректальные. 3. Межмышечные. 4. Подкожные и подслизистые 5. Ретроректальные.

А. А-1.

В. А-4.

Б. А-2.

Г. А-3.

Установите соответствие между видом опухоли и клинической характеристикой. Вид опухоли А) Леймиома Б) Лейомиосаркома Клиническая характеристика: 1. Размер образования до 5 см в диаметре 2. Размер образования 15 - 20см. 3. Консистенция плотно-эластическая. 4. Четкие границы образования. 5. Границы образования плохо дифференцируются. 6. Опухоль подвижна. 7. Выражен внекишечный компонент. 8. На слизистой оболочке возможны изъязвления.

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

А. 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-А; 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.

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

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

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

В. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

А. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

Г. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

Б. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

Д. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

Установите соответствие. Какие факторы, влияют на непосредственные результаты при одноствольной колостоме. А) Основные Б) Второстепенные 1. Способ формирования колостомы 2. Осложненное течение основного заболевания (кишечная непроходимость, перифокальное воспаление). 3. Интраоперационные осложнения. 4. Длительность операции 5. Сопутствующие заболевания (диабет). 6. Уровень квалификации хирурга и анестезиолога 7. Расширение объема операции.

1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-А; 3-А; 4-А; 5-А; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А; 7-Б.