

## **Вопросы с вариантами ответов по специальности «Колопроктология» (Высшая 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/>

### **Какой метод диагностики новообразований толстой кишки наиболее информативен?**

колоноскопия

Ректороманоскопия

ультразвуковой

компьютерная томография с внутривенным усилением

магнитно-резонансная томография

### **Какое осложнение кишечной стомы не относится к хроническим**

нагноение

парастомальная грыжа

эвагинация

перистомальный свищ

стеноз

### **Какой вариант осложнённого течения дивертикулярной болезни не относится к хроническим**

наружный свищ ободочной кишки

периколический абсцесс

внутренний свищ ободочной кишки

стеноз

### **Какая наиболее целесообразная тактика при развитии некроза кишечной стомы на**

### **уровне апоневроза?**

неотложное вмешательство

голод, парентеральное питание

местное лечение с использованием мазей, улучшающих заживление

назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию

### **Наиболее важным прогностическим фактором для меланомы является**

Толщина по Бреслоу и

Наличие/отсутствие изъязвления

Выраженность лимфоидной инфильтрации

Митотическая активность

### **Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:**

Д. всегда.

А. только если нужна плановая операция;

Б. только при использовании инвазивных диагностических методик (например, лапароскопия, ангиография и пр.);

В. если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы;

Г. если операция будет проводиться под наркозом;

### **Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет:**

Г. от 60 до 80 коек;

А. от 20 до 30 коек

В. от 40 до 60 коек;

Б. от 30 до 40 коек;

Д. свыше 80 коек.

### **Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:**

Г. бедренного нерва;

А. запирательного нерва;

Б. срамного нерва;

В. тазового нерва;

Д. промежностного нерва.

### **Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются:**

А. мочеточники;

Б. подчревные артерии

В. семенные пузырьки у мужчин;

Г. предстательная железа;

Д. все перечисленное.

### **Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является:**

В. правая и левая ободочная артерии;

- А. правая ободочная артерия;
- Г. средняя ободочная артерия;
- Б. левая ободочная артерия;
- Д. нижняя брыжеечная артерия.

**Артерии сигмовидной кишки отходят**

- А. непосредственно от аорты;
- В. от нижней брыжеечной артерии;
- Б. от верхней брыжеечной артерии;
- Г. от средней ободочной артерии;
- Д. от левой ободочной артерии

**Микроскопически геморрой характеризуется:**

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

**Язвенный колит макроскопически имеет одну особенность:**

- обязательно имеются воспалительные изменения в прямой кишке
- сегментарное поражение слизистой оболочки;
- воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям;
- гладких бугристых образований;

**Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются:**

- А. округлой правильной формой, напоминающей язву желудка;
- В. щелевидными язвами, идущими в различных направлениях;
- Б. поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями;
- Г. слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой \"сплошную\" язву;
- Д. на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается.

**Выделение \"алой\" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для**

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

**При проведении осмотра 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,**

А. боль в крестце;

Б. выделение крови при дефекации;

В. общая слабость;

Г. кишечная непроходимость;

Д. анемия.

**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 в положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении;

Г. 9-ти часам при положении пациента на левом боку;

Д. 9-ти часам при положении пациента на правом боку.

**Для хронического парапроктита наиболее характерным является:**

Г. боли внизу живота;

А. гематурия;

Б. наличие свищевого отверстия;

В. выделение алой крови в конце акта дефекации;

Д. диарея.

**Ствол Генле располагается по отношению к средним ободочным сосудам**

кпереди

справа

кзади

слева

**При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для колоноскопии является**

кровотечение струйкой в конце акта дефекации;

слизисто-кровянистые выделения из ануса;

выделение крови в конце акта дефекации каплями;

выделение темной крови и слизи

**Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является:**

- Б. подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки;
- Г. травма прямой кишки;
- А. наличие анальной трещины;
- В. атрезия заднего прохода;
- Д. кишечное кровотечение.

**Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является:**

- 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.

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

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

**Микроскопическая картина при язвенном колите характеризуется:**

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

**Пересечение аноскопической связки:**

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

**Причиной язвенного колита является:**

- перенесенная кишечная инфекция
- психическая травма;
- причина неизвестна.
- физическая травма;
- микробное начало;

**Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу язвенного колита является:**

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

**Наиболее типичный характер болей при синдроме раздраженной кишки:**

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

**Ишемический колит обусловлен:**

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

**Тератоидные образования параректальной клетчатки:**

- В. представляют собой ретенционные кисты;
- Г. являются следствием хронического парапроктита;
- Б. являются истинными опухолями;
- А. имеют эмбриональное происхождение;
- Д. представляют собой грыжи спинномозгового канала.

**Наиболее частым клиническим симптомом пресакральных тератоидных образований являются:**

- А. боли в крестцово - копчиковой области и заднем проходе;
- Б. гематурия;
- В. боли в нижних отделах живота;
- Г. частый жидкий стул;
- Д. примесь крови и слизи в кале.

**Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом:**

- Б. хирургическое лечение с удалением эмбриомы и свищей;
- А. лучевая терапия;
- В. введение склерозирующих растворов в полость кисты;
- Г. марсупиализация;
- Д. удаление опухоли и свищей единым блоком с прямой кишкой.

**Наиболее важным методом исследования, позволяющим отличить эпителиальный**

**копчиковый ход от тератом, является:**

- Г. рентгенологическое исследование костей таза;
- А. зондирование свищевого хода;
- Б. пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств;
- В. эндоскопические методы исследования;
- Д. пункционная биопсия.

**Клиническими проявлениями неосложненного копчикового хода могут быть:**

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

**Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:**

- А. бессвищевая форма атрезии;
- Б. свищ в мочевого пузыря;
- В. уретральный свищ;
- Г. узкий и длинный промежностный свищ;
- Д. все перечисленное.

**Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является**

- операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы;
- операция Соаве;
- операция Дюамеля;
- двухэтапное хирургическое лечение: сначала - формирование проксимальной кишечной стомы, вторым этапом - операция по Дюамелю в модификации ГНЦК илеостомия, в последующем операция Соаве.

**Острый парапроктит является:**

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

**Выводные протоки анальных желез открываются:**

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

Д. в области анальных сосочков.

**Возбудителем острого парапроктита чаще всего является:**

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

**При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход чаще располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода:**

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

**Острая анальная трещина чаще всего локализуется:**

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

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

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

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

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

**Наиболее эффективным из перечисленных способов лечения полипов прямой кишки является:**

клизмы с соком чистотела

клизмы с ромашкой  
лучевая терапия  
эндоскопическое удаление полипов  
диета;

**Если после удаления одиночного полипа получен ответ - аденокарцинома в полипе, то необходимы:**

подготовить больного к радикальной операции  
выполнить ирригоскопию  
выписать больного домой под диспансерное наблюдение  
определение глубины инвазии аденокарциномы  
направить на лучевое лечение

**Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются:**

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

**Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является:**

хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке;  
Мутации в гене APC  
нарушение развития в эмбриогенезе;  
вирусное поражение;  
бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта;

**Для синдрома Пейтца-Егерса характерными внекишечными проявлениями являются:**

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

**Комбинированной операцией по поводу рака толстой кишки считается такое оперативное вмешательство, когда:**

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

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

наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки  
переднюю резекцию прямой кишки  
брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки  
операцию Гартмана или формирование проксимальной кишечной стомы  
брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

**Основной причиной выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака является:**

большие размеры опухоли  
локализация опухоли  
возраст больного  
наличие у больного тяжёлых сопутствующих заболеваний  
недостаточность анального сфинктера

**При остром геморрое первичным является:**

при геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление  
воспаление  
тромбоз узлов  
только при кровоточащем геморрое – тромбоз  
единого мнения не существует

**Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана:**

при наличии перианального отёка, чтобы уменьшить боль  
при нарастании перианального отёка  
при наличии некроза слизистой  
большом размере тромбированного узла  
желанием больного

**В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:**

спазму наружного сфинктера  
ректальным кровотечениям  
спазму внутреннего сфинктера  
затруднённого венозного оттока  
травма анодермы при дефекации

**Доброкачественные опухоли прямой кишки не могут:**

вызывать запоры  
вызывать кишечное кровотечение  
нарушать перевариваемость пищи  
приводить к злокачественному перерождению

приводить к истощению

**При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 10 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3x2 см. На основании проведённых исследований установлено, что ворсинчатый полип имеет доброкачественную структуру. В этом случае следует:**

госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа

рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев

экстренно госпитализировать больного в стационар

направить к специалисту онкологу

назначить лечебные микроклизмы

**При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены:**

А. аденомами;

Б. ювенильными;

В. гамартомами;

Г. псевдополипами;

Д. воспалительными образованиями.

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

Г. субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректоанастомозом;

А. субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом;

Б. колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки;

В. колпроктэктомию;

Д. субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой и низведением правых отделов в анальный канал.

**Распространённость опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как стадия IIa в том случае, когда**

опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет

опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет

опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака

опухоль занимает 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено

опухоль занимает 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**

В. существенно изменения частоты не отмечается;

Г. увеличивается только среди курящих женщин;

- Б. снижается;
- А. увеличивается;
- Д. увеличивается только среди мужчин.

**Дифференциальный диагноз между раком анального канала и трещиной заднего прохода может быть проведён на основании:**

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

**Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет:**

- дренирование брюшной полости
- антибактериальная терапия и дренирование полости малого таза дренажными трубками
- применения отсоса для дренирования полости малого таза
- орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде
- применения антибиотиков

**Для выявления типичных отдалённых метастазов рака прямой кишки до операции следует произвести:**

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

**Под термином "ректоцеле" понимают:**

- выпадение прямой кишки
- мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- опущение передней стенки влагалища и матки
- выпадение слизистой прямой кишки

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

- В. пластика ректовагинальной перегородки имплантом;
- А. эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки;
- Г. эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки и пластика ректовагинальной перегородки имплантом;

- Б. задняя кольпорафия;
- Д. задняя кольпорафия, передняя леваторопластика.

**Наиболее информативным признаком ректоцеле у женщин является:**

- В. частые позывы на дефекацию;
- А. чувство неполного опорожнения прямой кишки;
- Г. выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище;
- Б. недержание газов;
- Д. трудности при опорожнении прямой кишки.

**Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:**

- В. при II и III степени;
- А. у нерожавших женщин;
- Г. при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны;
- Б. только при I степени;
- Д. у женщин старше 50 лет.

**Наиболее характерным клиническим признаком ректоцеле является:**

- В. использование очистительных клизм;
- А. многомоментная дефекация;
- Д. ручное пособие при дефекации через влагалище.
- Б. прием слабительных препаратов;
- Г. ручное пособие при дефекации через задний проход;

**Наиболее информативным клиническим методом исследования при проведении дифференциальной диагностики между ректоцеле и промежностными грыжами (энтероцеле и сигмоцеле) является:**

- В. бимануальное влагалищное и ректальное исследование;
- А. аускультация ректовагинальной перегородки;
- Б. аускультация ишиоректальных пространств;
- Г. ректороманоскопия;
- Д. anosкопия.

**Наиболее информативным при ректоцеле инструментальным методом исследования является:**

- А. ректороманоскопия;
- Г. дефекография;
- Б. колоноскопия;
- В. ирригоскопия;
- Д. трансанальная ультрасонография.

**Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:**

- актиномицетами
- кlostридий
- бледной спирохетой

вирусом  
кишечными бактериями

**Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является**

- Б. саркома промежности;
- А. опухоль Бушке-Левенштейна;
- В. плоскоклеточный неороговевающий рак;
- Г. аденокарцинома нижеампулярного отдела прямой кишки;
- Д. анальный рак.

**Самый достоверный способ отличить эндифитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы:**

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

**Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, целесообразно производить:**

- Г. лёжа на животе;
- А. в коленно-локтевом положении;
- В. в положении больного на корточках и с натуживанием;
- Б. в положении как для камнесечения;
- Д. в вертикальном положении.

**На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает:**

- В. длина выпавшего участка кишки более 15 см;
- А. яйцевидная форма выпадающей кишки;
- Г. наличие на выпавшей кишке зубчатой линии;
- Б. конусовидная форма выпадающей кишки;
- Д. отёк и гиперемия слизистой оболочки.

**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.

**Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции:**

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

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

**Большая часть их расположена:**

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

**Выводные протоки анальных желёз открываются:**

- Г. на слизистой в области гребешка;
- Б. в межсфинктерном пространстве;
- А. на дне морганиевых крипт;
- В. в параректальной клетчатке;
- 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:**

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

**Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить:**

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

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

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

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

**При ишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии:**

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

**Катетеризация мочевого пузыря часто требуется при операции по поводу:**

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

**Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия. В первую очередь следует исключить:**

- А. псевдомембранозный колит;
- Г. пельвиоректальный абсцесс;
- Б. воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;

- В. изменение микрофлоры раны;
- Д. анаэробный парапроктит.

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

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

**Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите:**

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

**Пельвиоректальный парапроктит целесообразно вскрыть:**

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

**Неизменённый воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой:**

- Б. эпидермоидную кисту;
- Г. эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос;
- А. дермоидную кисту;
- В. подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика;
- Д. эмбриому.

**Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:**

- Г. рецидивирующих воспалениях крестцово-копчиковой области;
- Б. гиперемии и отёке задней стенки кишки на уровне копчика;
- А. наличии первичных отверстий хода в межъягодичной складке;
- В. отсутствии патологических образований в пресакральном пространстве;
- Д. выделениях гноя из заднего прохода.

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

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

**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:**

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

**При физиологическом исследовании замыкательного аппарата прямой кишки для болезни Гиршпрунга патогномично:**

- снижение сократительной способности наружного сфинктера
- отсутствие реалсации внутреннего сфинктера
- увеличение тонуса внутреннего сфинктера
- отсутствие рефлекса с наружного сфинктера
- снижение адаптационной способности прямой кишки

**Главная цель оперативного лечения при болезни Гиршпрунга:**

- «выключение» из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны
- ликвидация спазма внутреннего сфинктера
- сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки
- резекция расширенной части толстой кишки
- ликвидация спазма аганглионарной зоны

**Полнослойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет:**

- А. определить состояние интрамурального нервного аппарата;
- Б. установить степень атипии клеток слизистой оболочки;
- В. позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза;
- Г. выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы;
- Д. установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки.

### **Операция Соаве – это:**

Г. низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза;

А. резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза «конец в конец»;

Б. левосторонняя гемиколэктомия с отсроченным анастомозом;

В. низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидации шпоры;

Д. формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру.

### **Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза “конец в конец” – это:**

А. операция Соаве;

Д. операция Свенсона.

Б. операция Дюамеля;

В. операция Ребейна;

Г. модифицированная операция Дюамеля;

### **Операция Дюамеля у взрослых – это:**

резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза «конец в конец»

низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с формированием наданального колоректального конце-бокового анастомоза

низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза

левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком

формирование коло-ректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки с целью адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

### **Формирование коло-ректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых диаметров – это:**

Б. операция Дюамеля;

Г. операция Свенсона;

А. операция Соаве;

В. операция Ребейна;

Д. модифицированная операция Свенсона.

## **Основная причина отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью**

### **Гиршпрунга:**

- Г. трудности выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза;
- А. нерадикальность операции;
- Б. трудности мобилизации ободочной кишки для низведения;
- В. трудности мобилизации прямой кишки у взрослых пациентов;
- Д. трудности наложения анастомоза из-за разных диаметров кишок.

### **Основной метод лечения психогенного мегаколон:**

- А. консервативное, направленное на нормализацию функции толстой кишки;
- Г. консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию функции толстой кишки;
- Б. только хирургическое;
- В. хирургическое при неэффективности консервативного;
- Д. только лечение основного заболевания.

## **Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни**

### **Гиршпрунга у взрослых является:**

операция Дюамеля

двухэтапное хирургическое лечение: первым этапом - формирование проксимальной кишечной стомы, вторым этапом - по Дюамелю

операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы

операция Соаве

илеостомия, в последующем операция Соаве

### **Радикальное лечение папиллита:**

иссечение сосочка вместе с соседней измененной криптой

электрокоагуляция анального сосочка

ежедневное прижигание сосочка ляписом

микроклизмы с 0,3% раствором колларгола

## **При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно:**

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

## **Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях:**

- В. если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике;
- Г. полностью исключено;
- Б. нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии;
- А. возможно при интрасфинктерном свище;

Д. целесообразно при неполных внутренних свищах.

**При чрессфинктерном свище прямой кишки целесообразно:**

выполнять иссечение свища в просвет кишки;  
в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций;  
иссечение свища с ушиванием сфинктера;  
применять лигатурный метод

**Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно:**

Б. при 1 степени сложности свища;  
В. при 3 степени сложности свища;  
А. при 2 степени сложности свища;  
Д. при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута.  
Г. при 4 степени сложности свища;

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

Б. большая радикальность;  
А. минимальное повреждение анального сфинктера;  
В. меньший процент нагноений раны;  
Г. меньшая травматичность операции;  
Д. уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре.

**При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой наиболее распространённым осложнением является:**

ретракция лоскута  
перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища  
кровотечение  
стеноз прямой кишки  
кломстридиальный колит

**При операциях по поводу свища прямой кишки боковая подкожная сфинктеротомия:**

выполняется при иссечении свища в просвет кишки  
показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута  
необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера  
не должна выполняться  
выполняется при иссечении свища с проведением и затягиванием лигатуры

**Операция Делорма заключается в:**

так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки  
циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с

наложением сборовающихся швов на мышечную стенку в виде валика  
циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки  
использовании тефлоновой нити  
передней сфинктеропластикой

**Грацилопластика показана при:**

дефекте сфинктера по задней полуокружности  
недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки  
дефекте сфинктера по передней полуокружности  
недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера более полуокружности  
недостаточности сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1/3 по задней  
полуокружности

**Сфинктеропластикой у больных выпадением прямой кишки выполняют:**

выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения;  
как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки;  
после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 ст., если  
имеется дефект анального сфинктера  
выполняют при недостаточности 2-3 степени;  
только у больных не старше 40 лет.

**Острым парапроктитом называется:**

острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением  
инфекции из прямой кишки;  
любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке;  
острое воспаление в области морганиевых крипт;  
острое воспаление слизистой прямой кишки;  
изъязвление слизистой в области морганиевых крипт.

**Самый достоверный способ отличить эндифитную опухоль прямой кишки от  
солитарной язвы:**

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

**При наличии интрасфинктерного гнойного хода целесообразно:**

А. рассечь гнойный ход в просвет кишки без его иссечения;  
Б. иссечь ход в просвет кишки;  
В. провести лигатуру;  
Г. иссечь гнойный ход и ушить рану;

Д. иссечь ход, сделать сфинктеротомию.

**Если во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита не выявлена поражённая крипта, целесообразно:**

В. вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию;

А. после вскрытия абсцесса иссечь две-три крипты, расположенные близко к гнойнику;

Г. ограничиться вскрытием гнойника и дренированием;

Б. вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние крипты, так как чаще всего бывает задний парапроктит;

Д. после вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую крипту.

**У больной произошло самопроизвольное вскрытие в просвет прямой кишки гнойника, расположенного в пельвио-ректальном пространстве. Гной выделяется из заднего прохода, температура тела 37,8С. Целесообразнее всего:**

провести ревизию на предмет адекватности дренирования гнойника, дополнительно вскрыть и дренировать через промежность, дренировать латексной лигатурой

попытаться ввести дренаж через просвет кишки

ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки

назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния

наложить сигмостому

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

Г. иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки;

А. иссечь поражённую крипту, провести лигатуру;

В. радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища;

Б. сделать заднюю дозированную сфинктеротомию;

Д. иссечь поражённую крипту и рубцы;

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

Б. ушить рану наглухо швами по Донати;

А. не ушивать рану;

В. послойно ушить рану наглухо;

Г. проточное промывание через перфорированный дренаж при глухом шве кожи;

Д. подшить края раны ко дну.

**После радикальной операции по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода с подшиванием краёв раны ко дну прошло 6 дней. Рана с серым налётом, края инфильтрованы. По вечерам у больного субфебрильная**

**температура. Целесообразно:**

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

**Хирургическое лечение хронической анальной трещины показано:**

- через две недели курса консервативной терапии
- через два месяца после начала заболевания
- сразу после установления диагноза
- при неэффективности полноценно проводимой консервативной терапии
- только в случае выраженного спазма сфинктера

**Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, линейная рана с ровными краями около 3 см в длину. Целесообразно:**

- выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана
- ушивание раны прямой кишки, дренирование полости таза через переднюю брюшную стенку
- наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому
- сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза
- 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. В такой ситуации необходимо выполнить:**

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

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

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

**Для избежания инфицирования раны промежности при повреждении прямой кишки наиболее эффективно:**

- Б. применение настойки опия;
- В. назначение кодеина;
- А. назначение средств, задерживающих стул;
- Г. наложение колостомы;
- Д. наложение илеостомы.

**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 является:**

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

**В хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки предпочтительнее выполнять:**

- колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара
- колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом

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. колпроктэктомия;
- 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:**

- Б. выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия;
- 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;
- Д. удаляется матка из-за наличия крупных миом.

**Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в:**

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

**В хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки предпочтительнее выполнять:**

- колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара
- колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом
- субтотальную резекцию толстой кишки с илео- и сигмостомами

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

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

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

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

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

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

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

- брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- операцию Гартмана или формирование проксимальной кишечной стомы
- наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки
- переднюю резекцию прямой кишки
- 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:**

- у пожилых больных
- противопоказаниях к формированию колоректального анастомоза
- при короткой брыжейке сигмовидной кишки
- при перифокальном воспалении
- при местнораспространённой раковой опухоли

**При раке прямой кишки T3N0M0, расположенном на 4 см выше края анального канала, показана:**

- брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
- передняя резекция прямой кишки;
- брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением;
- задняя проктотомия;
- ампутация прямой кишки.

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

- сохраняется задний проход и мышца, его поднимающая;

производится пересечение и перевязка леваторов;  
формируется колостома;  
не удаляются подвздошные и тазовые лимфатические узлы;  
не производится низведение сигмовидной кишки.

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

низкая передняя или брюшно-анальная резекция прямой кишки  
брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки  
операция Гартмана  
передняя резекция прямой кишки  
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 декомпенсированной толстокишечной непроходимостью, показана:**

передняя резекция прямой кишки;  
брюшно-анальная резекция прямой кишки;  
брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;  
операция Гартмана;  
брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом.

**Противопоказание для выполнения передней резекции прямой кишки:**

расположение опухоли выше 14 см от края заднего прохода  
декомпенсированная толстокишечная непроходимость  
возраст больного  
избыточный вес больного  
наличие сопутствующих заболеваний

**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:**

дренировании забрюшинного пространства;  
антибиотикотерапия и орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде;  
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:**

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

**При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать:**

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

**Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является:**

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

**Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит в:**

правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой;  
проксимальной илеостомии без резекции кишки;  
правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом;  
правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой;

наложении двустольной трансверзостомы.

**При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана:**

левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича или Гартмана  
левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом  
резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза  
операция Гартмана  
клиновидная резекция стенки кишки

**При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана:**

колэктомия без первичного анастомоза;  
колэктомия с илео-ректальным анастомозом;  
правосторонняя гемиколэктомия с иссечением забрюшинной клетчатки в пределах здоровых тканей  
правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией;  
операция типа операции Гартмана.

**При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана:**

субтотальная колэктомия  
левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом  
операция Гартмана  
левосторонняя гемиколэктомия  
резекция левого изгиба ободочной кишки

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

левосторонняя гемиколэктомия  
резекция сигмовидной кишки  
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:**

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

Д. дисбактериоз.

**Формирование забрюшинной колостомы при операции удаления прямой кишки производится с целью:**

- профилактики парастомальной грыжи
- увеличения радикальности вмешательства
- профилактики ретракции стомы
- профилактики стеноза
- профилактики гнойно-воспалительных осложнений

**У пациента диагностирована ворсинчатая опухоль прямой кишки на 7 см от края ануса по задней поверхности размером 5 см. Показано лечение:**

- комбинированное лечение (лучевая терапия+операция)
- экстирпация прямой кишки
- трансанальная эндомикрохирургическая резекция
- лучевая терапия
- брюшно-анальная резекция прямой кишки

**Установите соответствие между типом склерозирующего препарата, применяемого для лечения геморроя: А) Детергенты эндотелия сосудов, Б) Осмотические растворы окружающих 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**

1-А; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-Б,В.

1-А; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.

1-Б; 2-А; 3-В; 4-В; 5-Б,В.

1-Б; 2-А; 3-В; 4-В; 5-А.

1-В; 2-А; 3-В; 4-А; 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.**

А-3; Б-4.

А-1; Б-4.

А-3; Б-5.

А-2; Б-4.

А-1; Б-5.

**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-3,5. Б-2,4.

А-1,3. Б-1,4.

А-1,5. Б-1,2.

А-1,3,5. Б-1,2,4.

А-1,3,5. Б-1,2.

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

1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

1-Б; 2-А; 3-В; 4-Б; 5-Б; 6-В; 7-А.

1-Б; 2-Б; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Б; 6-В; 7-А.

1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-А; 6-В; 7-В.

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,В; 2-А; 3-А; 4-Б,В

1-Б; 2-А,Б; 3-А; 4-Б,В

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б.

1-А,Б; 2-Б; 3-А; 4-Б,В

1-А,Б; 2-А; 3-А; 4-Б,В

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,В; 4-А; 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,В; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-А.

1-А; 2-В; 3-А,В; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-В.

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

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б; 5-Б; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-А.

**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-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б; 6-А.

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-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-Б.

**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-Б; 2-А; 3-Б; 4-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б.

1-А; 2-А; 3-А; 4-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-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, подрывными**

**краями. 6. Периаанальные поражения**

**7. Воспалительные изменения слизистой оболочки дистальнее сужения.**

1-В; 2-А; 3-Б,В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-А; 2-А; 3-Б,В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-Б; 3-Б,В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

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

1-А; 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-Б; 4-Б; 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-А; 4-А,Б

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А,Б

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А,Б

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-А,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-2; Б-6.

А-1; Б-6.

А-2; Б-5.

А-2; Б-4.

А-4; Б-6.

**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-3; Б-5.

А-1; Б-4.

А-2; Б-4.

А-3; 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-3,5; Б-4.

А-1,2,3,5; Б-2,3.

А-1,2,3,5; Б-3.

А-1,2,3,5; Б-4.

А-1,2,5; Б-4.

**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.**

А-1,2. Б-5,6; В-4.

А-1,2,4 Б-5,6; В-1,2.

А-1,4 Б-5,6; В-4.

А-1,2,4 Б-5,6; В-4.

А-1,2,4 Б-1,2; В-4.

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-2,4; Б-4.

А-1,3; Б-1,6.

А-1,2; Б-4.

А-1,3; Б-4.

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

А-2; Б-3,4.

А-2; Б-2,4.

А-1; Б-2,5.

А-3; Б-5.

А-3; 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-1; Б-4.

А-4; Б-1.

А-5; Б-6.

А-1; Б-3.

А-1; Б-5.

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-1; Б-3,4,5,6,7.

А-2; Б-3,4,5,6,7.

А-2; Б-1,4,5,6,7.

А-2; Б-3,4,5.

А-2,3,5; 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.**

А-1,3; Б-6.

А-1,2; Б-6.

А-1,4; Б-6.

А-1,2; Б-5.

А-1,2; Б-4,5.

**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.**

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

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

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

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

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

1-А; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Г; 6-Г.

1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-В; 6-Г.

1-А; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 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 двустольная колостомия**

**2. Левосторонняя гемиколэктомия. 3. Операция Гартмана, 4. Резекция по типу операции Микулича 5. Сигмоидэктомия 6. Передняя резекция.**

А-3; Б-5.

А-3; Б-4.

А-2; Б-5.

А-1; Б-5.

А-3; Б-6.

**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 илеотрасверздоанастомозом. 3. Операция Микулича 4. Правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трасверзостомией 5. Резекция илеоцекального угла**

А-4; Б-4.

А-1; Б-3.

А-2; Б-4.

А-3; Б-5.

А-5; 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.**

А-2; Б-5,6,7.

А-2; Б-5,6.

А-1; Б-5,6.

А-1,3; Б-5,7.

А-4; Б-5,6.

**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;2;4

А-1;2;3

А-1;2;5

А-2;4;5

А-2;3;5

Найдите соответствие между вариантом осложнения дивертикулярной болезни и классифицирующим 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-2; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

А-1; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

А-1; Б-2; В-2; Г-4; Д-5.

А-1; Б-2; В-3; Г-5; Д-4.

А-2; Б-1; В-3; Г-4; Д-5.

Какой из критериев нет необходимости учитывать при выборе границ резекции ободочной кишки при плановом хирургическом вмешательстве по поводу хронических воспалительных осложнений дивертикулярной болезни?

распространённость воспалительных изменений

утолщение мышечного слоя кишки в площадке для формирования анастомоза

наличие дивертикулов в площадке для формирования анастомоза

наличие дивертикулов в правых отделах ободочной кишки и

степень выраженности нарушений двигательной активности ободочной кишки

Больному с дивертикулярной болезнью, осложнённой сигмо-везикальным свищём была сформирована проксимальная илеостома в связи с выраженным воспалительным инфильтратом в полости таза. Спустя 4 месяца инфильтрат по данным обследования не определяется, свищ закрылся. Какую операцию не следует выполнять в качестве следующего этапа хирургического лечения?

резекция левых отделов ободочной кишки с формированием десцендо-ректального анастомоза

операция Гартмана и

закрытие илеостомы

левосторонняя гемиколэктомия

резекция сигмовидной кишки с сохранением проксимальной илеостомы

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

Лапароскопический лаваж

Пункция под контролем УЗИ

Антибиотики внутривенно

Пункция дренирования под контролем УЗИ

Операция Гартмана

Какова должна быть дистальная граница резекции при плановом хирургическом

**лечении рака прямой кишки по мезоректальной клетчатке?**

3 см

1 см

5 см и более

2 см

4 см

**Какой основной признак прогноза рецидива острого воспаления при дивертикулярной болезни?**

Толщина кишечной стенки более 3 мм

Разрушение дивертикула

Наличие плотно-расположенных фиксированных друг к другу дивертикулов

Фиксация стенки ободочной кишки к мочевому пузырю

Частый жидкий стул

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

Лапароскопический лаваж

Пункция под контролем УЗИ

Антибиотики внутривенно

Пункция дренирования под контролем УЗИ

Операция Гартмана

**Какой признак является ведущим при диагностике острых осложнений дивертикулярной болезни?**

Число дивертикулов

Размер дивертикула

Выраженность и распространенность воспалительного процесса

Плотность расположения

Наличие функциональных нарушений двигательной активности ободочной кишки