

**Здесь последовательно представлены вопросы по специальности
"Колопроктология".**

**Сперва идёт первая категория, потом вторая, потом высшая.
Сделано это для быстрого поиска нужного вам вопроса и ответа.**

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

Полезные ссылки:

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

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

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

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

Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет:

от 60 до 80 коек

от 20 до 30 коек

от 40 до 60 коек

от 30 до 40 коек

свыше 80 коек

**Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра
устанавливается на**

100 тыс населения

50 тыс. населения

150 тыс населения

200 тыс. населения

300 тыс. населения

Диспансерное наблюдение должно вестись за пациентами с:

анальной трещиной

геморроем

семейным аденоматозом толстой кишки

свищами прямой кишки

недостаточностью сфинктра

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

0,45

0,35

0,4

0,5

0,62

Стандартом оснащения кабинета реабилитации стомированных больных является

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

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной

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

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной, anoscope, ректоскоп

Кресло смотровое универсальное, светильник передвижной, набор емкостей для стерилизации

Прямая мышца живота

не фиксирована к обоим листкам влагалища

фиксирована только к переднему листку влагалища

фиксирована к переднему и заднему листкам влагалища

фиксирована только к заднему листку влагалища

не имеет фасциальной оболочки

Нижняя надчревная артерия (a. epigastrica inferior) отходит от

наружной подвздошной артерии

бедренной артерии

внутренней подвздошной артерии

пупочной артерии

запирательной артерии

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

спереди от артерии

позади артерии

слева

справа

огибает артерию в виде кольца

Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

печеночной артерии

брюшной аорты

желудочно-12перстной артерии

правой желудочно-сальниковой артерии

правой почечной артерии

Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки

семь

пять

десять

двенадцать

пятнадцать

Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты

Б. в среднеампулярном отделе

В. в нижнеампулярном отделе

А. в верхнеампулярном отделе

Г. в области запирающего аппарата прямой кишки

Д. в ректосигмоидном отделе

У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены

мочевой пузырь, предстательная железа и прямая кишка

мочевой пузырь

мочевой пузырь и прямая кишка

предстательная железа и прямая кишка

мочевой пузырь и предстательная железа

Основные фиксирующие элементы правого изгиба ободочной кишки это

пузырно-толстокишечная связка

правая половина большого сальника

печеночно-дуоденальная связка

диафрагмально-ободочная и желудочно-ободочная связки

малый сальник

Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями нерва

бедренного

запирающего

срамного

тазового

промежностного

В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль играет

подвздошно-копчиковая мышца

лонно-прямокишечная мышца

копчиковая мышца

мышца поднимающая задний проход

ано-копчиковая связка

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

- ретроректальное
- постанальное (ретроанальное)
- ишиоректальное
- пельвиоректальное
- межмышечное

Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет

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

Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

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

Основной артериальный ствол поперечной ободочной кишки-это

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

Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

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

Микроскопически геморрой характеризуется

- варикозным расширением вен
- гиперплазией кавернозных телец
- ангиодисплазией
- тромбофлебитом
- склерозом гломусных анастомозов

При острой анальной трещине отсутствует

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

Основная макроскопическая особенность язвенного колита

воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки

язвы, возникающие в прямой кишке, имеют щелевидную форму

сегментарное поражение слизистой оболочки

поражение слизистой прямой кишки является обязательным

обязательным является поражение слизистой желудка и толстой кишки

Основной микроскопический признак поражения толстой кишки при болезни Крона

тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта

обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки

тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки

Поражение стенки кишки с чередованием пораженных и здоровых участков

наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются

слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой “сплошную” язву

округлой правильной формой, напоминающей язву желудка

щелевидными язвами, идущими в различных направлениях

поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями

язвенным дефектом с плотными приподнятыми краями

Характерная особенность микроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона

образование злокачественных опухолей

выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки

трансмуральное поражение толстой кишки

возникновение воспалительных полипов

образование дивертикулов

Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является

коленно-локтевое положение и в положении больного на спине в гинекологическом кресле

на правом или левом боку

на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах

нижними конечностями, которые приведены к животу
на животе с приподнятым тазом, опущенными и разведенными в стороны ногами
лёжа на спине в постели

При проведении осмотра колопроктологического больного решающее значение имеет

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

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

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

Наиболее характерный признак для рака правой половины толстой кишки

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

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

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

Для хронического парапроктита наиболее характерно

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

Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии

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

Рефлексы с перианальной кожи следует определить

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

Обязательный признак наружного свища прямой кишки

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

Наиболее информативным для диагностики внутреннего пролапса прямой кишки является

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

Хирургическое лечение при криптите показано при

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

Папиллит – это

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

Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего,

следствием

перианальных кондилом
анальной трещины
злокачественного процесса
острого парапроктита
геморроя

Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается

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

Обязательный признак для свищей прямой кишки

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

Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению

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

Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки с

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

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

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

Самый достоверный способ отличить эндифитную опухоль прямой кишки от

солитарной язвы

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

Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть

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

Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

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

Большая часть анальных желез их расположена

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

Выводные протоки анальных желёз открываются

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

Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

смешанная микрофлора
туберкулёзная палочка
стафилококк
кишечная палочка
протей

Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести
осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
осмотр и пальпацию перианальной области
осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию

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

Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего

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

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

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

Пельвиоректальный парапроктит целесообразно вскрыть

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

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

- псевдомембранозный колит
- пельвиоректальный абсцесс
- воспалительные заболевания верхних дыхательных путей
- изменение микрофлоры раны
- анаэробный парапроктит

Карантин в отделении

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

Объективный признак воспаления при остром тромбозе геморроидальных узлов

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

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

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

Обязательный признак эпителиального копчикового хода

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

Одно из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода

- остеомиелит копчика
- развитие кокцигодии
- воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке

озлокачествление хода
свищи прямой кишки

Острая трещина заднего прохода – это

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

Острая анальная трещина чаще всего локализуется

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

В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит

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

Характерные боли для острой анальной трещины

постоянные
во время и после дефекации
после дефекации
до дефекации
ночные

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

острой анальной трещины
геморроя
свища прямой кишки
рака прямой кишки
кокцигодии

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

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

жалобы на периодический метеоризм
пожилой возраст больного

Для консервативного лечения острой анальной трещины наиболее целесообразно применять

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

Повреждение стенки прямой кишки в родах

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

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

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

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

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

При проведении колоноскопии по поводу кровотечения труднее всего диагностировать

приобретённую ангиодисплазию
рак толстой кишки

дивертикулёз толстой кишки
язвенный колит
врожденную ангиодисплазию

Достоверно известной причиной язвенного колита является

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

Показание к плановому хирургическому вмешательству по поводу язвенного колита

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

Элементы предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу язвенного колита

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

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

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

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

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

Ведение послеоперационного периода у больных язвенным колитом

предусматривает

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

Техника формирования илеостомы по Бруку предусматривает всё, кроме

ушивания «окна» между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
подшивания серозной оболочки кишки к коже
формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
крестообразного рассечения апоневроза

Наиболее распространённым среди формируемых тонкокишечных резервуаров в настоящее время является

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

Больные после радикальных операций по поводу язвенного колита

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

Наиболее патогномичные клинические признаки болезни Крона

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

Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является

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

Д. наличие внутренних и наружных кишечных свищей

Наиболее характерные нарушения стула при синдроме раздраженной кишки

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

При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь

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

Наиболее типичный характер болей при синдроме раздражённой кишки

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

Ишемический колит чаще всего обусловлен

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

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

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

Наиболее часто подвергаются озлокачествлению

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

Озлокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в

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

Облигатным предраком является

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

Наиболее распространенный гистологический тип полипа толстой кишки

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

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

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

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

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

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

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

удаления полипа

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

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

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

Наиболее эффективный метод диагностики одиночных полипов прямой кишки

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

Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

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

После удаления одиночных полипов прямой кишки необходимо проводить профилактический осмотр

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

Характерный клинический признак ворсинчатой опухоли толстой кишки

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

Важнейший признак семейного аденоматоза толстой кишки

- В. поражение полипами желудка
- А. множественное поражение полипами толстой кишки

- Г. наследственный характер заболевания
- Б. поражение полипами тонкой кишки
- Д. раннее возникновение глубоких метаболических расстройств

Причина возникновения семейного аденоматоза толстой кишки

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

При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены

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

Внекишечные проявления синдрома Пейтца-Егерса

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

Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в

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

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

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

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

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

Наиболее часто подвергаются озлокачествлению

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

Облигатным предраком является

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

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

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

Невозможность выполнения радикальной операции по поводу рака прямой кишки объясняется

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

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

- 4см
- 1см
- 2см
- 3см
- 5см

К злокачественным опухолям прямой кишки относится

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

Клинические признаки рака ректосигмоидного отдела

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

Термин T2 (классификация TNM 7 издание) обозначает

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

Термин N1c (классификация TNM 7 издание) обозначает

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

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

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

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

- Г. развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях

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

Эпителиальный копчиковый ход обусловлен

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

Клинические проявления неосложнённого копчикового хода

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

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

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

Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является

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

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

вскрытие и дренирование затёков, проведение латексной лигатуры
внутреннего отверстия свища, вскрытие затёков

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

меньшая травматичность операции

большая радикальность

минимальное повреждение анального сфинктера

меньший процент нагноений раны

уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

Операция Делорма заключается в

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

А. так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки

Б. циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки

Г. использовании при операции по Тиршу тефлоновой нити

Д. использовании при операции по Тиршу тефлоновой сетки

После получения травмы анального канала прошло около суток. Имеется повреждение наружного жома по левой боковой стенке (от 1 до 5 часов по циферблату). Края раны отёчны, обрывки мышц тёмные, рана с серым налётом. Больному необходимо

после хирургической обработки раны без её ушивания назначить средства для

задержки стула, бесшлаковую диету, антибактериальные препараты, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем

произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер

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

промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому

промыть рану, антибактериальные препараты назначить

В результате обследования установлено, что рана прямой кишки располагается ниже тазовой брюшины, но выше леваторов, слизистая повреждена на участке 3х4 см, на дне раны видна мышечная ткань. В этом случае целесообразнее всего

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

Г. сразу наложить колостому

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

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

Д. сразу наложить илеостому

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

Больному необходимо произвести

В. обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана

Г. резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману

Б. обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки

А. лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию

Д. резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой

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

Г. сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза

А. выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана

Б. наложить два ряда швов на стенку кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку

В. наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому

Д. сделать сегментарную резекцию прямой кишки

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

резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции

ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии

резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана

ушивание стенки кишки, наложение колостомы

сегментарную резекцию прямой кишки

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

В. если много некротизированных тканей

Г. если есть загрязнение раны кишечным содержимым

Б. если с момента травмы прошло более 6 часов

А. в любом случае

Д. если не наложена колостома выше места повреждения

Наиболее эффективный способ лечения полипов прямой кишки

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

При эндоскопическом удалении доброкачественных образований прямой кишки путем электрокоагуляции возможно возникновение

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

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

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

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

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

В хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки предпочтительнее выполнять

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

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

- В. колпроктэктомию

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

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

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

Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в

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

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

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

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

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

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

- Г. резекции печени по поводу метастазов
- Б. удаление части соседнего органа
- А. аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- В. удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания

Д. удаление соседних органов и тканей, вовлеченных в опухолевый процесс

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

резекция какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли

низведение вышележащих отделов ободочной кишки

аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия

удаление другого органа по поводу другого заболевания

резекция печени по поводу метастазов

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

Г. операцию Гартмана

А. брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки

Б. наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки

В. переднюю резекцию прямой кишки

Д. брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

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

А. у пожилых больных

В. при инфицировании брюшной полости

Б. при короткой брыжейке сигмовидной кишки

Г. при перифокальном воспалении

Д. при местнораспространённой раковой опухоли

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

А. передняя резекция прямой кишки

В. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

Б. брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением

Г. задняя проктотомия

Д. ампутация прямой кишки

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

Б. оставляется задний проход и мышца, его поднимающая

А. производится пересечение и перевязка леваторов

В. формируется колостома

Г. не удаляются подвздошные и тазовые лимфатические узлы

Д. не производится низведение сигмовидной кишки

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

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

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

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

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

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

Противопоказание для выполнения передней резекции прямой кишки

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

Паллиативную резекцию прямой кишки не следует выполнять, когда

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

Наиболее часто причина механической толстокишечной непроходимости это

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

Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого

таза позволяет

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

Паралитическую кишечную непроходимость вызывает

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

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

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

При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать

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

Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является

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

Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит в

правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом
правосторонней гемиколэктомии с формированием илео- и трансверзостомы
правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой

проксимальной илеостомии без резекции кишки
наложении двуствольной трансверзостомы

При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция

операция Микулича

операция Гартмана

операция Лахей

правосторонняя гемиколэктомия с илеотрасверзоанастомозом

резекция илеоцекального угла

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

А. только двуствольная колостомия

Б. операция Гартмана

В. левосторонняя гемиколэктомия

Г. резекция по типу операции Микулича

Д. передняя резекция

При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана

Г. операция Гартмана

А. левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом

В. левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича

Б. резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза

Д. клиновидная резекция стенки кишки

При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана

А. колэктомия с илео-ректальным анастомозом

Г. правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

Б. правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией

В. колэктомия без первичного анастомоза

Д. операция типа операции Гартмана

При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана

операция Гартмана

левосторонняя гемиколэктомия

операция Лахей

резекция левого изгиба ободочной кишки

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

левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича

левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом

сигмоидэктомия

дистальная резекция сигмовидной кишки

операция Гартмана

Из перечисленных паллиативных операций при раке ободочной кишки следует отдавать предпочтение

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

Наиболее часто причина развития послеоперационного перитонита это

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

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

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

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

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

Установите соответствие между тактикой лечения: А) Склеротерапия, Б) Лигирование узлов латексными кольцами, и противопоказаниями: 1) Тромбоз геморроидальных узлов 2) Воспалительные

заболевания анального канала. 3) Анальная трещина 4) Комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами 5) Криптит.

Г. А-2,3. Б-4,5.

А. А-1,3. Б-1,4.

В. А-1,3,5. Б-1,2,4.

Б. А-3,5. Б-2,4.

Д. А-1,5. Б-2,4.

Установите соответствие между типом склерозирующего препарата: А) Детергенты, Б) Осмотические растворы, В) Коррозийные

и названием препарата: 1. Раствор фенола 2. Тромбовар 3. Варикоцид 4. Фибровейн 5. 20% раствор хлорида натрия 6. Вистарин 7. Этоксисклерол

Б. 1-Б; 2-Б; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

А. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

В. 1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А.

Г. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-Б; 5-Б; 6-В; 7-А.

Д. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-А; 5-А; 6-В; 7-А.

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

и признаками заболевания:

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

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Б.

1-А,Б; 2-Б; 3-А; 4-Б,В

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-В; 5-Б.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-А

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

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

4. Процесс, как правило, локализуется в левой половине ободочной кишки

5. Характерен терминальный илеит 6. При гистологическом исследовании

обнаруживаются крипт-абсцессы 7. На рентгенограммах в местах поражения изменения по типу «пальцевых вдавлений»

1-Б; 2-В; 3-А; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-В; 3-А,В; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-В; 3-Б; 4-Б; 5-В; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-В; 3-А; 4-А; 5-В; 6-А; 7-Б.

1-А; 2-В; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А; 7-Б.

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

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

6. Характерно образование кишечных свищей.

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-А; 6-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б; 5-А; 6-Б.

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

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

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-Б 4-Б; 5-Б; 6-А.

1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б; 6-А.

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

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

1-А; 2-А; 3-А; 4-А; 5-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б; 5-Б.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А.

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

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

7. Воспалительные изменения слизистой оболочки дистальнее сужения.

1-А; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-Б,В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-Б; 4-Б; 5-Б; 6-А; 7-А.

1-В; 2-А; 3-Б; 4-А; 5-А; 6-А; 7-А.

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

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

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

1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-А 3-А; 4-Б; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-А; 6-А.

1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

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

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

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-А,Б

1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б

1-Б; 2-Б; 3-Б; 4-Б

1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б

1-Б; 2-А; 3-Б; 4-Б

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

Б) Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота:

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

А-3; Б-6.

А-2; Б-6.

А-4; Б-6.

А-2; Б-4.

А-2; Б-5.

Установите соответствие: А) Ауэрбаховским интрамуральным нервным сплетением называется:

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

3) Межмышечное 4) Подслизистое 5) Надслизистое

А-3; Б-4.

А-1; Б-4.

А-2; Б-4.

А-5; Б-4.,

А-1; Б-5.

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

Б) Для свища прямой кишки наиболее характерное осложнение:

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

А. А-1,3,5; Б-4.

В. А-1,2,3,5; Б-4.

Б. А-2,3,5; Б-4.

Г. А-1,2,3,5; Б-1.

Д. А-1,2,3,5; Б-2.

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

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

прямой кишки характеризуется тем, что:

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

В. А-1,2 Б-5,6; В-4

А. А-2,4 Б-5,6; В-4

Д. А-1,2,4 Б-5,6; В-4.

Б. А-1,4 Б-5,6; В-4

Г. А-1,2,4 Б-4,6; В-2

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

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

2) Задняя кольпорафия.

3) Пластика ректовагинальной перегородки имплантом 4) Эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки и пластика ректовагинальной перегородки имплантом 5) Задняя кольпорафия. 6) Гофрирование передней стенки прямой кишки.

А. А-2,3; Б-4.

Д. А-1,3; Б-4.

Б. А-3; Б-1,4.

В. А-1; Б-2,4.

Г. А-1,5; Б-4.

Установите соответствие между формами: А) К поверхностным формам острого парапроктита относят: Б) К глубоким формам острого парапроктита относят: и проявлениями парапроктита: 1) Подкожные и подслизистые. 2)

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

Б. А-3; Б-2,5..

А. А-1; Б-2,5.

В. А-4; Б-2,5.

Г. А-5; Б-2,5.

Д. А-6; Б-2,5.

Установите соответствие: А) При подкожном парапроктите гнойный ход располагается: Б) При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода: 1) Транссфинктерно. 2) Экстрасфинктерно. 3) Кнутри от сфинктера 4) В подкожной порции наружного сфинктера. 5) В глубокой порции наружного сфинктера. 6) Транссфинктерно и экстрасфинктерно.

А. А-4; Б-1.

Б. А-2; Б-1.

В. А-3; Б-1.

Г. А-4; Б-5.

Д. А-4; Б-6.

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

Б) Поздние осложнения со стороны илеостомы, 1) Кишечная непроходимость. 2) Воспалительные. 3) Стеноз илеостомы. 5) Свищ илеостомы. 6)

Параилеостомическая грыжа 7) Перистомальный дерматит.

А. А-1; Б-3,4,5,6,7.

В. А-2; Б-3,4,5,6,7.

Б. А-1; Б-3,4,5,6,7.

Г. А-5; Б-3,4,5,6,7.

Д. А-6; Б-3,4,5,6,7.

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

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

Б. А-1,4; Б-6.

Г. А-1,6; Б-6.

А. А-1,3; Б-6.

В. А-1,2; Б-6.

Д. А-1,2; Б-4.

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

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

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

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

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

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

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

В. 1-Б; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-Г; 6-Г.

Г. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-Г; 6-Г.

Б. 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

А. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-Г; 6-Г.

Д. 1-Б; 2-А; 3-А; 4-В; 5-А; 6-В.

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

Б) При раке средней трети сигмовидной кишки, не выходящим за пределы кишечной стенки показана и тактикой лечения: 1.Только двустольная колостомия

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

А. А-1; Б-5.

В. А-3; Б-5.

Б. А-2; Б-5.

Г. А-3; Б-3.

Д. А-3; Б-4.

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

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

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

А. А-1; Б-4.

Д. А-4; Б-4.

Б. А-2; Б-4.

В. А-3; Б-4.

Г. А-4; Б-1.

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

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

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

7. Расширение объема операции.

Г. А-1; Б-4, 6.

Б. А-3; Б-5, 6.

А. А-1; Б-5, 6.

В. А-4; Б-5, 6.

Д. А-3; Б-4, 6.

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

А-1;4.

А-1;2;5

А-1;5.

А-2;3.

А-1;3.

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

А – 1;2;3;4;5.

А – 1;2.

А – 1;2;4;5.

А – 1;2;3;5.

А – 1;2;3;4.

Найдите соответствие между вариантом осложнения дивертикулярной болезни и 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-1; Б-2; В-3; Г-5; Д-4.

А-1; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

А-1; Б-5; В-3; Г-4; Д-2.

А-5; Б-2; В-3; Г-4; Д-1.

А-1; Б-3; В-2; Г-4; Д-5.

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

Лапароскопический лаваж

Пункция по контролем УЗИ

Антибиотики внутривенно

Пункция дренирования под контролем УЗИ

Операция Гартмана

Какой основной признак прогноза рецидива острого воспаления при дивертикулярной болезни?

Фиксация стенки ободочной кишки к мочевому пузырю

Толщина кишечной стенки более 3 мм

Разрушение дивертикула

Наличие плотно-расположенных фиксированных друг к другу дивертикулов

Частый жидкий стул

Какой признак является ведущим при диагностике острых осложнений дивертикулярной болезни?

Плотность расположения дивертикула

Число дивертикулов

Размер дивертикула

Выраженность и распространенность воспалительного процесса

Наличие функциональных нарушений двигательной активности ободочной кишки

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:я

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. запирательной 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 запирательному 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. запирательной артерии
- Г. нижней ягодичной артерии;
- Д. промежностной артерии

Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:

- Г. в области запирательного 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 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 нижеампулярного 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 нижеампулярного 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 эндофитную 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 интраректальной 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 нижеампулярного 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. гамартонный;
- 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 ногтей 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 легкие
- 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 внутристеночного 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 окружающих 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.

A- 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.

A- 1;2;4;5.

A- 1;2;3;5.

A- 2;3;4;5.

A- 1;2;3;4;5.

A- 1;2;3;4.

Установите соответствие между заболеванием и строением тератом. Кaudальные

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

A- 5.

A- 1.

A- 4.

A- 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.

A-1,3,5. Б-1,2,4.

A-1,3. Б-1,4.

A-1,5. Б-2,4.

A-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 одностольной 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.

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. бес свищевая 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 слюнных 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. существенного 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. аноскопия.

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 эндофитную 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 интравектальной 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 рефлексии 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
- клостридиальный 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 сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика
циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
использовании тефлоновой нити
передней сфинктероплеваторопластике

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

Сфинктероплеваторопластику 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 эндофитную 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 интравентральной 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. колэктомия 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. колэктомия 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
- колэктомия 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:

- колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки;
- колпроктэктомия;
- брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки;
- брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал;
- колэктомия 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 двуствольной 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 окружающего геморроидальный узел В) Коррозийные крови и характеристикой препарата . 1. Вызывают коагуляцию белка. 2. Не образуют тромбов в сосудах. 3. Не повреждают форменные элементы 4. Вызывают денатурацию и гибель клеток эндотелия. 5. Могут вызывать деструкцию подслизистого и мышечного слоев прямой кишки

- 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, подрытыми краями. 6. Перианальные 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 двуствольная колостомия
2. Левосторонняя гемиколэктомия. 3. Операция Гартмана, 4. Резекция по типу операции Микулича 5. Сигмоидэктомии 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 илеотрасверзоанастомозом. 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

A-2;3;5

Найдите соответствие между вариантом осложнения дивертикулярной болезни и классицирующим признаком: А) Острый дивертикулит, Б) Острый паракишечный инфильтрат, В) Периколический абсцесс, Г) Стеноз ободочной кишки. Д) Отдаленный абсцесс.

1. Воспаление локализуется преимущественно в дивертикуле.
2. Воспаление распространяется на окружающие органы и ткани.
3. Наличие околокишечной полости, деформирующей стенку кишки.
4. Наличие стойкого сужения ободочной кишки.
5. Наличие околокишечной полости, недеформирующей кишечную стенку

A-2; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

A-1; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

A-1; Б-2; В-2; Г-4; Д-5.

A-1; Б-2; В-3; Г-5; Д-4.

A-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