

Тесты с вопросами по специальности «Колопроктология» для аттестации высшая категория

Купить базу с ответами можно здесь:

→ medik-otvet.ru/product/koloproktolog/ ←

Полезные ссылки

1) Тесты «Колопроктология» для аккредитации и других экзаменов (2200 вопросов)

→ medik-otvet.ru/product/koloproktologiya/

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

→ medik-otvet.ru/product/endoskopiya/

3) Колопроктология — ситуационные задачи

→ medik-otvet.ru/product/koloproktolog/

Обратите внимание: вопросы могут перемещаться между категориями и повторяться в разных разделах. Для полноценной подготовки рекомендуем изучить все категории.

Быстрый поиск: нажмите **Ctrl** + **F** и введите несколько первых слов вопроса подряд. Не копируйте вопрос целиком — переносы строк, лишние пробелы или скрытые символы могут помешать поиску. Если вопрос не находится, попробуйте ввести часть варианта ответа, а затем сравните найденный вопрос с исходным.

высшая категория

[Вернуться в начало](#)

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:

- А. иссечь поражённую крипту, провести лигатуру;
- Б. сделать заднюю дозированную сфинктеротомию;
- В. радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища;
- Г. иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки;
- Д. иссечь поражённую крипту и рубцы;

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.

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 околопупочную область**
- 4) Распространяется в свободную брюшную полость**
- 5) Распространяется в клетчатку малого таза**
- 6) Распространяется в предпузырное пространство**

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

При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана:

- А. левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом
- Б. резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза
- В. левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича или Гартмана
- Г. операция Гартмана
- Д. клиновидная резекция стенки кишки

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

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

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

А. 1-Б; 2-А; 3-Б; 4-Б.

Б. 1-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б.

В. 1-А; 2-А; 3-А; 4-Б.

Г. 1-А; 2-А; 3-Б; 4-Б.

Д. 1-А; 2-А; 3-Б; 4-А.

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

А. не ушивать рану;

Б. ушить рану наглухо швами по Донати;

В. послойно ушить рану наглухо;

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

Д. подшить края раны ко дну.

Микроскопически геморрой характеризуется:

А. варикозным расширением вен;

Б. гиперплазией кавернозных телец;

В. ангиодисплазией;

Г. тромбофлебитом;

Д. склерозом гломерульных анастомозов.

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

А. 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б.

Б. 1-А,Б; 2-Б; 3-А; 4-Б,В

В. 1-Б,В; 2-А; 3-А; 4-Б,В

Г. 1-Б; 2-А,Б; 3-А; 4-Б,В

Д. 1-А,Б; 2-А; 3-А; 4-Б,В

Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является:

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

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

- А. большие размеры опухоли
- Б. возраст больного
- В. локализация опухоли
- Г. наличие у больного тяжёлых сопутствующих заболеваний
- Д. недостаточность анального сфинктера

Установите соответствие между полипозными синдромами:

- А) Гарднера синдром,
- Б) Олфилда синдром,
- В) Пейтца-Еггерса 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.

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

Пациентка

Х., 76 лет, обратилась к врачу-колопроктологу с жалобами на периодическое вздутие живота, слабость, головокружение, бледность кожных покровов. Указанные выше жалобы отмечает в течение года. Обращалась к хирургу по месту жительства, им была назначена колоноскопия. Объективно: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный в левом подреберье, где нечетко пальпируется плотноэластической консистенции опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Местный статус: При осмотре перианальная кожа и область ануса не изменена. Per rectum: анус сомкнут. Тонус сфинктера сохранен, на высоте пальца патологических объемных образований не выявлено. При колоноскопии: Колоноскоп проведен в левый изгиб ободочной кишки, где определяется дистальный край циркулярной, многоузловой, контактно кровоточивой, бугристой опухоли, суживающей просвет кишки до 0,4 см в Д. При биопсии: аденокарцинома кишечного типа. При КТ: В области левого изгиба определяется опухоль в виде неравномерного циркулярного бугристого утолщения стенки до 1 см на протяжении 6,5 см. Отмечается инвазия опухоли в клетчатку на глубину до 0,7 см. Серозная оболочка представляется интактной. В прилежащей клетчатке определяется 8 лимфатических узлов, размерами до 0,6 см (визуально не изменены). Стенка поперечной ободочной кишки утолщена до 8 мм, в просвете кишки определяется кишечное содержимое. Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные и четкие. В правой и левой доле отмечаются множественные гиподенсивные очаговые образования (до

6), размерами до 2 см, вероятнее всего, метастазы. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Рак поперечной ободочной кишки cT2N1aM0
- Б. Рак поперечной ободочной кишки cT3N0M1a
- В. Рак поперечной ободочной кишки cT4aNxM1a
- Г. Рак поперечной ободочной кишки cT2N0M1a

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

- 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;
- Д. всегда.

Заболеваемость раком толстой кишки в настоящее время

- А. увеличивается;
- Б. снижается;
- В. существенного изменения частоты не отмечается;
- Г. увеличивается только среди курящих женщин;
- Д. увеличивается только среди мужчин.

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

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

При остром геморрое первичным является:

- А. тромбоз узлов
- Б. воспаление
- В. только при кровоточащем геморрое – тромбоз
- Г. при геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление
- Д. единого мнения не существует

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

- А. операция Соаве;
- Б. операция Дюамеля;
- В. операция Ребейна;
- Г. модифицированная операция Дюамеля;
- Д. операция Свенсона.

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

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

При чрессфинктерном свище прямой кишки целесообразно:

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

Язвенный колит макроскопически имеет одну особенность:

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

Клиническими проявлениями неосложненного копчикового хода могут быть:

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

Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом:

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

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

- А. формирование свища прямой кишки
- Б. рецидивирование парапроктита
- В. периодическое появление болей в промежности
- Г. послеоперационная недостаточность анального сфинктера

Пациентка

Б., 24 лет, с диагнозом болезни Крона госпитализирована в стационар с жалобами на боли в правой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией, вздутие живота, тошноту, общую слабость, снижение массы тела на 9 кг за последние 4 месяца. Пациентка считает себя больной в течение 2 лет, когда впервые с жалобами на острые боли в правой подвздошной области. Диганостирована болезнь Крона. Пациентке был рекомендован прием сульфасалазина 2 г. в сутки - без эффекта, прием препарата отменила 6 месяцев назад самостоятельно. По данным контрольной ректосигмоколоноскопии: Эндоскопическая картина болезни Крона, в форме илеоколита, в осмотренной части - фаза инфильтрации с рубцовым сужением просвета терминального отдела подвздошной кишки до 0,6 мм(для колоноскоп не проходимо), в слепой кишке - фаза рубцевания (ремиссия). Множественные псевдополипы осмотренной части тонкой кишки и области илеоцекального клапана. По данным КТ- энтерографии: КТ-картина болезни Крона, в форме илеоколита, с формированием воспалительного инфильтрата правой подвздошной области, с выраженными проявлениями воспалительной активности в подвздошной кишке, минимальными проявлениями воспалительной активности в ободочной кишке, определяются признаки нарушения кишечной проходимости. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?

- А. Хирургическое лечение в объеме резекции илеоцекального отдела
- Б. Дообследование пациентки для уточнения диагноза
- В. Консервативная терапия ГКС
- Г. Назначение терапии ГИПБ

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

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

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.

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

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

- А. определение глубины инвазии аденокарциномы
- Б. выписать больного домой под диспансерное наблюдение
- В. подготовить больного к радикальной операции
- Г. выполнить ирригоскопию
- Д. направить на лучевое лечение

Для хронического парапроктита наиболее характерным является:

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

Установите соответствие:

А) Ауэрбаховским интрамуральным нервным сплетением называется:

Б) Мейснеровским интрамуральным сплетением называется:

- 1) Надсерозное
- 2) Подсерозное.
- 3) Межмышечное
- 4) Подслизистое
- 5) Надслизистое

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

Наиболее характерным клиническим признаком ректоцеле является:

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

Под термином "ректоцеле" понимают:

- А. выпадение прямой кишки
- Б. избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- В. опущение передней стенки влагалища и матки
- Г. мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- Д. выпадение слизистой прямой кишки

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;
- Б. ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала;
- В. установить отсутствие интраректальной инвагинации с помощью видеодефекографии;
- Г. провести морфологическое исследование;
- Д. оценить данные ультрасонографии.

Грацилопластика показана при:

- А. дефекте сфинктера по передней полуокружности
- Б. дефекте сфинктера по задней полуокружности
- В. недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки
- Г. недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера более полуокружности
- Д. недостаточности сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1/3 по задней полуокружности

Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет:

- А. от 20 до 30 коек
- Б. от 30 до 40 коек;
- В. от 40 до 60 коек;
- Г. от 60 до 80 коек;
- Д. свыше 80 коек.

Какова должна быть дистальная граница резекции при плановом хирургическом лечении рака прямой кишки по мезоректальной клетчатке?

- А. 1 см
- Б. 2 см
- В. 3 см
- Г. 4 см
- Д. 5 см и более

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

- А. субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом;
- Б. колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки;
- В. колпроктэктомию;
- Г. субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректоанастомозом;
- Д. субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой и низведением правых отделов в анальный канал.

Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в:

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

- А. резекция левых отделов ободочной кишки с формированием десцендо-ректального анастомоза
- Б. операция Гартмана
- В. закрытие илеостомы
- Г. левосторонняя гемиколэктомия
- Д. резекция сигмовидной кишки с сохранением проксимальной илеостомы

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

- А. операция Соаве;
- Б. операция Дюамеля;
- В. операция Ребейна;
- Г. операция Свенсона;
- Д. модифицированная операция Свенсона.

Самая частая форма острого парапроктита:

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

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.

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

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

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

- А. удаляется желчный пузырь с камнями;
- Б. выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия;
- В. удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания;
- 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.

Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

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

При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана:

- А. левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
- Б. операция Гартмана
- В. субтотальная колэктомия
- Г. левосторонняя гемиколэктомия
- Д. резекция левого изгиба ободочной кишки

Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются:

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

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. А-3; Б-5.

Б. А-2; Б-4.

В. А-3; Б-4.

Г. А-1; Б-4.

Д. А-1; Б-5.

Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является:

А. наличие анальной трещины;

Б. подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки;

В. атрезия заднего прохода;

Г. травма прямой кишки;

Д. кишечное кровотечение.

Артерии сигмовидной кишки отходят

А. непосредственно от аорты;

Б. от верхней брыжеечной артерии;

В. от нижней брыжеечной артерии;

Г. от средней ободочной артерии;

Д. от левой ободочной артерии

Радикальное лечение папиллита:

А. электрокоагуляция анального сосочка

Б. иссечение сосочка вместе с соседней измененной криптой

В. ежедневное прижигание сосочка ляписом

Г. микроклизмы с 0,3% раствором колларгола

Возбудителем острого парапроктита чаще всего является:

А. туберкулёзная палочка;

Б. стафилококк;

В. кишечная палочка;

Г. протей;

Д. смешанная микрофлора.

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

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

Какой метод диагностики новообразований толстой кишки наиболее информативен?

- А. Ректороманоскопия
- Б. ультразвуковой
- В. колоноскопия
- Г. компьютерная томография с внутривенным усилением
- Д. магнитно-резонансная томография

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

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

В хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки предпочтительнее выполнять:

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

Пациент

Д., 45 лет, обратился к врачу-колопроктологу с жалобами на зуд, жжение, чувство инородного тела в анальном канале, боль в области заднего прохода. Указанные жалобы отмечает в течение последних двух дней. Лечение не получал. Местный статус: При осмотре кожи перианальной области и области ануса мацераций и инфильтративных изменений не определяется. На 7 часах определяется наружный геморроидальный узел синюшного цвета до 2 см в

Д. Дальнейшее пальцевое исследование не проводилось ввиду выраженного болевого синдрома. Был поставлен диагноз «Тромбоз наружного геморроидального узла». Какова оптимальная дозировка и наиболее корректный прием препарата, содержащего МОФФ, - основного средства для лечения острого геморроя?

- А. 3 таб./сут в течение 4 дней, затем – по 2 таб./сут в течение последующих трех дней
- Б. 3 таб./сут в течение 3 дней, затем – по 2 таб./сут в течение последующих двух дней
- В. 3 таб./сут в течение 3 дней, затем – по 2 таб./сут в течение последующих трех дней
- Г. 3 таб./сут в течение 4 дней, затем – по 2 таб./сут в течение последующих двух дней

Катетеризация мочевого пузыря часто требуется при операции по поводу:

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

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»

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

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

- А. Антибиотики внутривенно
- Б. Пункция под контролем УЗИ
- В. Пункция дренирования под контролем УЗИ
- Г. Лапароскопический лаваж
- Д. Операция Гартмана

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

- А. колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки;
- Б. брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки;
- В. колпроктэктомию;
- 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.

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

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

Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:

- А. бледной спирохетой
- Б. вирусом
- В. актиномицетами
- Г. клостридией
- Д. кишечными бактериями

Пациент

З., 25 лет, поступил с жалобами на частый жидкий стул с примесью слизи, периодически - крови. Вышеуказанные жалобы отмечает около полугода. Лечился консервативно при помощи ректальных мазей и свечей – без эффекта. Согласно данным семейного анамнеза, мать пациента в возрасте 29 лет была оперирована в объеме колпроктэктомии, с формированием одностольной илеостомы по поводу рака прямой кишки. Пациент был комплексно обследован. Диагностирована классическая форма семейного аденоматоза. В н.вр. планируется поведение оперативного лечения в объеме: Колпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза, илеостомия по Торнболлу. Мукозэктомия слизистой оболочки прямой кишки. При благоприятном течении послеоперационном периода когда можно будет выполнить реконструктивно-восстановительную операцию?

- А. Через 1 месяц после операции в случае отсутствия данных за прогрессирование заболевания по данным комплексного обследования
- Б. Через 2 года после операции в случае отсутствия данных за прогрессирование заболевания по данным комплексного обследования
- В. Через 12 месяцев после операции в случае отсутствия данных за прогрессирование заболевания по данным комплексного обследования
- Г. Через 2-3 месяца после операции в случае отсутствия данных за прогрессирование заболевания по данным комплексного обследования

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.

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

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

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

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.

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

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

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

Г. 1-В; 2-А; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-А; 7-А.

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

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.

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

- А. левосторонняя гемиколэктомия
- Б. резекция сигмовидной кишки
- В. дистальная резекция сигмовидной кишки
- Г. операция Гартмана.

Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана:

- А. при наличии некроза слизистой
- Б. при наличии периаанального отёка, чтобы уменьшить боль
- В. большом размере тромбированного узла
- Г. при нарастании периаанального отёка
- Д. желанием больного

Какая наиболее целесообразная тактика при развитии некроза кишечной стомы на уровне апоневроза?

- А. голод, парентеральное питание
- Б. местное лечение с использованием мазей, улучшающих заживление
- В. назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию
- Г. неотложное вмешательство

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.

Тератоидные образования параректальной клетчатки:

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

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-1,2; Б-4.

Б. А-1,3; Б-4.

В. А-2,4; Б-4.

Г. А-1,3; Б-1,6.

Д. А-1,5; 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.

А. А-1,5. Б-1,2.

Б. А-3,5. Б-2,4.

В. А-1,3,5. Б-1,2,4.

Г. А-1,3. Б-1,4.

Д. А-1,3,5. Б-1,2.

При операциях по поводу свища прямой кишки боковая подкожная сфинктеротомия:

А. необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера

Б. выполняется при иссечении свища в просвет кишки

В. показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута

Г. выполняется при иссечении свища с проведением и натягиванием лигатуры

Д. не должна выполняться

Пациент

У., 51 года, госпитализирован в стационар с жалобами на боли в нижней части живота, в правой подвздошной области спастического характера, кашицеобразный стул без патологических примесей. Пациент считает себя больным с августа 2022 года, когда впервые отметил появление примеси крови в стуле. По данным колоноскопии по м/ж: На слизистой оболочке всех отделов толстой кишки множественные обширные язвы без четких границ, сливающиеся, наиболее выражены в восходящей ободочной и сигмовидной кишке, множественные псевдополипы. Пациент был госпитализирован в стационар, где в ходе комплексного обследования диагноз был уточнен – была установлена тяжелая атака язвенного колита, рекомендована инициация биологической терапии препаратом инфликсимаб. Впоследствии было выполнено 3 введения биологического препарата по схеме, состояние пациента расценивалось с положительной динамикой. После 3 введения биологического препарата по административным причинам не получал специфического лечения в течение порядка 3,5 месяцев. Спустя это время пациент отметил возобновление болевого синдрома, возврат кишечной симптоматики, а также повышение температуры тела до 38,5

С. По месту жительства выполнена колоноскопия, по результатам которой диагноз трансформирован в болезнь Крона в форме илеоколита, однако дополнительного инструментального поиска произведено не было. Какое исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?

- А. Резервуароскопия
- Б. Сфинктерометрия
- В. КТ-энтерография
- Г. Ирригоскопия

Микроскопическая картина при язвенном колите характеризуется:

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

Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет:

- А. дренирование брюшной полости
- Б. антибактериальная терапия и дренирование полости малого таза дренажными трубками
- В. применения отсоса для дренирования полости малого таза
- Г. орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде
- Д. применения антибиотиков

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. А-2; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

Б. А-1; Б-2; В-3; Г-4; Д-5.

В. А-1; Б-2; В-2; Г-4; Д-5.

Г. А-1; Б-2; В-3; Г-5; Д-4.

Д. А-2; Б-1; В-3; Г-4; Д-5.

Причиной язвенного колита является:

- А. психическая травма;
- Б. физическая травма;
- В. перенесенная кишечная инфекция
- Г. микробное начало;
- Д. причина неизвестна.

Выводные протоки анальных желез 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.

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

- А. правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом;
- Б. правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой;
- В. правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой;
- Г. проксимальной илеостомии без резекции кишки;
- Д. наложении двустольной трансверзостомы.

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

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

Основная причина отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью Гиршпрунга:

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

Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции:

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

При проведении осмотра больного решающее значение имеет:

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

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

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

Наиболее типичный характер болей при синдроме раздраженной кишки:

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

Больная

Л., 29 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота, в области крестца и копчика. Анамнез заболевания: Указанные жалобы беспокоят около года. Из анамнеза известно, что в течение 4-х лет наблюдается у гинеколога по поводу эндометриоза яичника. В связи с усугублением жалоб был заподозрен эндометриоз органов малого таза. Выполнено МРТ. Заключение МРТ органов малого таза: МР-картина небольшой эндометриоидной кисты левого яичника, косвенных признаков спаечных изменений в малом тазу. Кистозное образование размерами 4,7*5,2*3,2, расположенное в ретроректальном пространстве по ходу правой мышцы, поднимающей задний проход. Местный статус: Тонус сфинктера и волевые усилия сохранены. Стенки анального канала гладкие, эластичные. По задней полуокружности на уровне верхнего края анального канала определяется внекишечное образование мягкоэластической консистенции до 5,0 см в диаметре. Верхний полюс образования не достижим. РРС: на 6 см от края ануса отмечается нависание задней стенки прямой кишки. Слизистая над образованием интактна. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Менингоцеле
- Б. Эндометриоидные (2) кисты малого таза
- В. Крестцово-копчиковая хордома
- Г. Пресакральная киста

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

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

Пациентка

Д., 67 лет, обратилась с жалобами на постоянную боль в левой подвздошной области, запоры, повышение температуры до 37,5 градусов, общую слабость, потливость. Анамнез заболевания. Боли в животе отмечает периодически в течение 20 лет. Боли носили спастический характер, хорошо купировались приемом спазмолитиков. При колоноскопии 3 года назад выявлены дивертикулы сигмовидной кишки. В течение последних 2 недель отмечает изменение характера болей: они стали интенсивными, возникали и днем, и ночью, не купировались приемом спазмолитиков. Физикальное обследование. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тургор нормальный. Периферические л/узлы не увеличены. Живот не вздут, мягкий, при пальпации резко болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного тяжа. Пальпаторно инфильтратов не выявляется. Выполнено УЗИ кишечника. На УЗИ: толщина стенки левых отделов толстой кишки 5 мм. Газа в параколической клетчатке нет. Данных за наличие инфильтрата не получено. Какой предположительный диагноз?

- А. Дивертикулярная болезнь, осложненная форма, хронический паракишечный инфильтрат.
- Б. Дивертикулярная болезнь, осложненная форма, хронический дивертикулит.
- В. Дивертикулярная болезнь, осложненная форма, острый дивертикулит.
- Г. Дивертикулярная болезнь, осложненная форма, перфоративный дивертикулит.

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

Возбудителем острого парапроктита чаще всего является:

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

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:

- А. выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана
- Б. ушивание раны прямой кишки, дренирование полости таза через переднюю брюшную стенку
- В. наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому
- Г. сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза
- Д. сделать сегментарную резекцию прямой кишки

В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:

- А. ректальным кровотечениям
- Б. затруднённому венозному оттоку
- В. спазму внутреннего сфинктера
- Г. спазму наружного сфинктера
- Д. травма анодермы при дефекации

Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть:

- А. только хирургическим;
- Б. хирургическим только при осложнениях;
- В. консервативным при первой степени выпадения;
- Г. хирургическим у пациентов не старше 40 лет;
- Д. консервативным у больных старше 50 лет.

Паралитическую кишечную непроходимость вызывает:

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

При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана:

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

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

- А. орошение прямой кишки раствором гипохлорита натрия;
- Б. предоперационная антибиотикотерапия;
- В. антибиотикотерапия и орошение полости малого таза растворами антисептиков;
- Г. использование двухканальных дренажей;
- Д. применение гипербарической оксигенации.

Операция Делорма заключается в:

- А. так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
- Б. циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
- В. циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика
- Г. использовании тефлоновой нити
- Д. передней сфинктеропластики

Наиболее важным прогностическим фактором для меланомы является

- А. Толщина по Бреслоу
- Б. Наличие/отсутствие изъязвления
- В. Выраженность лимфоидной инфильтрации
- Г. Митотическая активность

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-1,2,3,5; Б-3.

Б. А-1,2,3,5; Б-4.

В. А-3,5; Б-4.

Г. А-1,2,3,5; Б-2,3.

Д. А-1,2,5; Б-4.

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

- А. наличие дивертикулов в площадке для формирования анастомоза
- Б. распространённость воспалительных изменений
- В. утолщение мышечного слоя кишки в площадке для формирования анастомоза
- Г. наличие дивертикулов в правых отделах ободочной кишки
- Д. степень выраженности нарушений двигательной активности ободочной кишки

Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях:

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

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

- А. Антибиотики внутривенно
- Б. Пункция под контролем УЗИ
- В. Пункция дренирования под контролем УЗИ
- Г. Лапароскопический лаваж
- Д. Операция Гартмана

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 трансверзостомией
5. Резекция илеоцекального угла

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

Наиболее информативным признаком ректоцеле у женщин является:

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

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;
- Б. воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В. изменение микрофлоры раны;
- Г. пельвиоректальный абсцесс;
- Д. анаэробный парапроктит.

Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

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

Установите соответствие между факторами;

А) Основные,

Б) Второстепенные, влияющими на непосредственные результаты одностольной 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. А-1; Б-5,6.
- Б. А-2; Б-5,6.
- В. А-1,3; Б-5,7.
- Г. А-2; Б-5,6,7.
- Д. А-4; Б-5,6.

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:

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

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:

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

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

- А. эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки;
- Б. задняя кольпорафия;
- В. пластика ректовагинальной перегородки имплантом;
- Г. эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки и пластика ректовагинальной перегородки имплантом;
- Д. задняя кольпорафия, передняя леваторопластика.

Установите соответствие между типом склерозирующего препарата, применяемого для лечения геморроя:

- А) Детергенты эндотелия сосудов,**
- Б) Осмотические растворы окружающих геморроидальный узел**
- В) Коррозионные 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**

А. 1-А; 2-А; 3-А; 4-Б,В; 5-Б,В.

Б. 1-А; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-Б,В.

В. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-В; 5-Б,В.

Г. 1-Б; 2-А; 3-В; 4-В; 5-А.

Д. 1-В; 2-А; 3-В; 4-А; 5-А.

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

- А. колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки;
- Б. брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки;
- В. колпроктэктомию;
- 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.

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. А-1;2;5

Б. А-1;2;3

В. А-2;4;5

Г. А-1;2;4

Д. А-2;3;5

Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

- А. запирающего нерва;
- Б. срамного нерва;
- В. тазового нерва;
- Г. бедренного нерва;
- Д. промежностного нерва.

Противопоказание для выполнения передней резекции прямой кишки:

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

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

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

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

При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены:

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

Известно, что главную роль в развитии парапроктита играют анальные железы. Большая часть их расположена:

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

Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является

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

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

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

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

Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести:

- 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;
- 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:

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

При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для колоноскопии является

- А. кровотечение струйкой в конце акта дефекации;
- Б. выделение крови в конце акта дефекации каплями;
- В. слизисто-кровянистые выделения из ануса;
- Г. выделение темной крови и слизи

Острым парапроктитом называется:

- А. любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке;
- Б. острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки;
- В. острое воспаление в области морганиевых крипт;
- Г. острое воспаление слизистой прямой кишки;
- Д. изъязвление слизистой в области морганиевых крипт.

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. А-1,2,4 Б-5,6; В-4.

Б. А-1,4 Б-5,6; В-4.

В. А-1,2. Б-5,6; В-4.

Г. А-1,2,4 Б-5,6; В-1,2.

Д. А-1,2,4 Б-1,2; В-4.

Неизменённый воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой:

А. дермоидную кисту;

Б. эпидермоидную кисту;

В. подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика;

Г. эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос;

Д. эмбриому.

Хирургическое лечение хронической анальной трещины показано:

А. сразу после установления диагноза

Б. через две недели курса консервативной терапии

В. через два месяца после начала заболевания

Г. только в случае выраженного спазма сфинктера

Д. при неэффективности полноценно проводимой консервативной терапии

Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет:

А. дренировании забрюшинного пространства;

Б. дренировании полости малого таза дренажными трубками;

В. применении отсоса для дренирования полости малого таза;

Г. антибиотикотерапия и орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде;

Д. применения антибактериальных препаратов.

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

- А. всегда 6-ти часам по циферблату;
- Б. 6-ти часам только при положении пациента на спине;
- 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.

При ишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии:

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

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

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

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

- А. у пожилых больных
- Б. при короткой брыжейке сигмовидной кишки
- В. противопоказаниях к формированию колоректального анастомоза
- Г. при перифокальном воспалении
- Д. при местнораспространённой раковой опухоли

Ствол Генле располагается по отношению к средним ободочным сосудам

- А. кпереди
- Б. кзади
- В. слева
- Г. справа

Пациент

Б., 28 лет, обратился с жалобами на частый жидкий стул с примесью слизи, пальпируемое образование на передней брюшной стенке. Вышеуказанные жалобы отмечает около 3 месяцев. Согласно данным семейного анамнеза отец и мать здоровы, у пациента родная сестра 16 лет, детей нет. Объективно: Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. В толще передней брюшной стенки на 3 см выше пупка пальпируется опухолевидное образование тугоэластической консистенции. Местный статус: кожа перианальной области не изменена. Рефлекс с перианальной кожи сохранен. На 7 часах наружный геморроидальный узел без признаков воспаления. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. Сразу за анальным каналом циркулярно, выстилающие «ковром» стенки прямой кишки определяются множественные полиповидные образования размером от 0,5 до 1 см. На колоноскопии: В осмотренных отделах толстой кишки на всем протяжении определяются множественные полиповидные новообразования в количестве 12-15 на гаустру размерами до 2,0 см в

Д. На КТ: На уровне L3 в прямой мышце живота слева выявляется десмоидное образование размерами 4,2х3,3 см. Какой оптимальный объем хирургического вмешательства у данного пациента?

А. Колэктомия с формированием илеоректального анастомоза. Иссечение десмоидной опухоли передней брюшной стенки с пластикой дефекта сетчатым имплантом.

Б. Колпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза, илеостомия по Торнболлу. Мукозэктомия слизистой оболочки прямой кишки. Иссечение десмоидной опухоли передней брюшной стенки с пластикой дефекта сетчатым имплантом.

В. Колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, илеостомия по Бруку. Иссечение десмоидной опухоли передней брюшной стенки с пластикой дефекта сетчатым имплантом.

Г. Колпроктэктомия, илеостомия по Бруку. Иссечение десмоидной опухоли передней брюшной стенки с пластикой дефекта сетчатым имплантом.

Наиболее эффективным из перечисленных способов лечения полипов прямой кишки является:

А. лучевая терапия

Б. клизмы с соком чистотела

В. клизмы с ромашкой

Г. диета;

Д. эндоскопическое удаление полипов

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

А. экстирпация прямой кишки

Б. лучевая терапия

В. трансанальная эндомикрохирургическая резекция

Г. комбинированное лечение (лучевая терапия+операция)

Д. брюшно-анальная резекция прямой кишки

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

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

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

- А. после вскрытия абсцесса иссечь две-три кривты, расположенные близко к гнойнику;
- Б. вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние кривты, так как чаще всего бывает задний парапроктит;
- В. вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию;
- Г. ограничиться вскрытием гнойника и дренированием;
- Д. после вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую кривту.

Инфекция из просвета прямой кишки при остром парапроктите чаще всего попадает:

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

Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является:

- А. хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке;
- Б. нарушение развития в эмбриогенезе;
- В. вирусное поражение;
- Г. бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта;
- Д. Мутации в гене APC

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

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

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

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

При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 10 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3х2 см. На основании проведенных исследований установлено, что ворсинчатый полип имеет доброкачественную структуру.

В этом случае следует:

- А. рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев
- Б. экстренно госпитализировать больного в стационар
- В. госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа
- Г. направить к специалисту онкологу
- Д. назначить лечебные микроклизмы

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

- А. операция Дюамеля
- Б. операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы
- В. двухэтапное хирургическое лечение: первым этапом - формирование проксимальной кишечной стомы, вторым этапом - по Дюамелю
- Г. операция Соаве
- Д. илеостомия, в последующем операция Соаве

Наиболее эффективным способом хирургического лечения при циркулярной ворсинчатой опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки является:

- А. электрокоагуляция
- Б. трансанальное иссечение
- В. трансанальная эндомикрохирургическая резекция прямой кишки
- Г. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Д. задняя проктотомия

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

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

Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является

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

Пациент

Л., 45 лет, обратился с жалобами на недержание газов и жидкого кишечного содержимого. Из анамнеза известно, что данные жалобы появились около полугода назад после иссечения свища лигатурным методом. Местный статус: При осмотре кожи перианальной области и области ануса мацераций и инфильтративных изменений не определяется. На 4-6 часах визуализируется грубая рубцовая деформация заднего прохода и промежности. Тонус сфинктера и волевые усилия резко снижены. Стенки анального канала гладкие, эластичные. На 5 часах определяется плотный рубец, деформирующий анальный канал. По данным ТРУЗИ отмечено наличие дефекта мышц сфинктера с 4 до 7 часов. Какой метод лечения предпочтительней?

- А. Сфинктеролеваторопластика
- Б. Глютеопластика
- В. Сфинктеропластика
- Г. Сфинктероглютеопластика

Главная цель оперативного лечения при болезни Гиршпрунга:

- А. «выключение» из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны
- Б. ликвидация спазма внутреннего сфинктера
- В. сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки
- Г. резекция расширенной части толстой кишки
- Д. ликвидация спазма аганглионарной зоны

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

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

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.

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.

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

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

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

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

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

Какое осложнение кишечной стомы не относится к хроническим

- А. парастомальная грыжа
- Б. эвагинация
- В. перистомальный свищ
- Г. стеноз
- Д. нагноение

Операция Дюамеля у взрослых – это:

- А. резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза «конец в конец»
- Б. низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- В. левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком
- Г. 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
- Д. 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

Какой основной признак прогноза рецидива острого воспаления при дивертикулярной болезни?

- А. Толщина кишечной стенки более 3 мм
- Б. Наличие плотно-расположенных фиксированных друг к другу дивертикулов
- В. Разрушение дивертикула
- Г. Фиксация стенки ободочной кишки к мочевому пузырю
- Д. Частый жидкий стул

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 синеватые мягкие узлы.

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

Основной метод лечения психогенного мегаколона:

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

Для синдрома Пейтца-Егера характерными внекишечными проявлениями являются:

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

Какой вариант осложнённого течения дивертикулярной болезни не относится к хроническим

- А. периколический абсцесс
- Б. наружный свищ ободочной кишки
- В. внутренний свищ ободочной кишки
- Г. стеноз

Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является:

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

Наиболее часто причина механической толстокишечной непроходимости это:

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

Наиболее информативным при ректоцеле инструментальным методом исследования является:

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

Наиболее эффективный способ лечения полипов прямой кишки:

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

Наиболее часто причина развития послеоперационного перитонита это:

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

Из перечисленных паллиативных операций при раке ободочной кишки следует отдавать предпочтение:

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

Операция Соаве – это:

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

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

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

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

А. 1-Б; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

Б. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-А.

В. 1-А; 2-Б; 3-Б; 4-Б; 5-Б; 6-А.

Г. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-А; 5-Б; 6-А.

Д. 1-А; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Б; 6-Б.

При эндоскопическом удалении доброкачественных образований прямой кишки путем электрокоагуляции возможно возникновение:

А. анемии;

Б. кровотечения и перфорации кишки;

В. непроходимости;

Г. интоксикации;

Д. недостаточности анального сфинктера.

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

А. наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями;

Б. наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия;

В. наряду с опухолью удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания;

Г. наряду с опухолью удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или производится резекция печени по поводу метастазов рака;

Д. одновременно удаляется матка из-за наличия крупных миом.

Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются:

А. боли в животе;

Б. выделение слизи и крови из заднего прохода;

В. затруднённый стул;

Г. тошнота;

Д. общая слабость, недомогание.

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.

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.

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

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

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

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

- А. пальцевое исследование прямой кишки;
- Б. ректороманоскопию;
- В. рентгеноскопию грудной клетки;
- Г. колоноскопию;
- Д. компьютерную томографию грудной клетки и брюшной полости

Ишемический колит обусловлен:

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

Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить:

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

Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:

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

Больная

Э., 44 лет, обратилась с жалобами на дискомфорт в области заднего прохода, выделение слизи, периодически - гноя. Указанные жалобы появились около 5-ти месяцев назад. Из анамнеза известно, что полгода назад пациентка была оперирована в объеме вскрытия и дренирования острого парапроктита. Рана зажила вторичным натяжением. Местный статус: При осмотре кожи перианальной области и области ануса мацераций и инфильтративных изменений не определяется. На 5 часах в 2 см от края ануса - послеоперационный рубец, в центре которого определяется свищевое отверстие. Тонус сфинктера и волевые усилия сохранены. На 5 часах в области анальной крипты определяется воронкообразное втяжение с рубцово-измененными краями. Через отверстие на коже в свищевой ход введён пуговчатый зонд. Зонд идёт по направлению к анальному каналу. Без технических трудностей зонд проведён до задней крипты на 5 часах. Ход свища интрасфинктерный, прямой. По результатам дополнительных методов исследования был поставлен диагноз заднего интрасфинктерного свища прямой кишки. Какова дальнейшая тактика лечения?

- А. Иссечение свища с проведением дренирующей латексной лигатуры
- Б. Иссечение свища в просвет кишки
- В. Иссечение свища с ушиванием сфинктера
- Г. Консервативное лечение

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.

Пельвиоректальный парапроктит целесообразно вскрыть:

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

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

- А. увеличения радикальности вмешательства
- Б. профилактики парастомальной грыжи
- В. профилактики ретракции стомы
- Г. профилактики стеноза
- Д. профилактики гнойно-воспалительных осложнений

Доброкачественные опухоли прямой кишки не могут:

- А. вызывать кишечное кровотечение
- Б. приводить к злокачественному перерождению
- В. вызывать запоры
- Г. нарушать перевариваемость пищи
- Д. приводить к истощению

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.

Б. А-2; Б-3,4,5,6,7.

В. А-2; Б-1,4,5,6,7.

Г. А-2; Б-3,4,5.

Д. А-2,3,5; Б-3,4,5,6,7.

Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите:

А. формирование свища прямой кишки;

Б. рецидивирующий парапроктит;

В. выздоровление;

Г. недостаточность анального сфинктера;

Д. выздоровление в 50% наблюдений.

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. А-2; Б-2,4.

Б. А-3; Б-5.

В. А-2; Б-3,4.

Г. А-3; Б-2,5.

Д. А-1; Б-2,5.

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

А. снижение сократительной способности наружного сфинктера

Б. увеличение тонуса внутреннего сфинктера

В. отсутствие рефлекса с наружного сфинктера

Г. отсутствие реалксации внутреннего сфинктера

Д. снижение адаптационной способности прямой кишки

Пересечение аноскопической связки:

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

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

- А. перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
- Б. ретракция лоскута
- В. кровотечение
- Г. стеноз прямой кишки
- Д. клостридиальный колит

Острый парапроктит является:

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

Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является:

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

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.

Сфинктеропластику у больных выпадением прямой кишки выполняют:

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

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

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

При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно:

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

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.

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:

- А. попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- Б. провести ревизию на предмет адекватности дренирования гнойника, дополнительно вскрыть и дренировать через промежность, дренировать латексной лигатурой
- В. ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- Г. назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
- Д. наложить сигмостому

Какой признак является ведущим при диагностике острых осложнений дивертикулярной болезни?

- А. Размер дивертикула
- Б. Плотность расположения
- В. Число дивертикулов
- Г. Выраженность и распространенность воспалительного процесса
- Д. Наличие функциональных нарушений двигательной активности ободочной кишки

Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу язвенного колита является:

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

Калоприемники с конвексной пластиной фиксируют эластичным ремнем

- А. Только у пациентов с ожирением
- Б. Всегда
- В. Только у пациентов с астенизацией
- Г. Только у пациентов с грыжами живота

Под однокомпонентным калоприемником понимают калоприемник, в котором стомный мешок

- А. Нельзя дренировать
- Б. Можно дренировать
- В. И адгезивная пластина составляют единое целое
- Г. И адгезивная пластина представлены отдельно

Интраоперационная флуоресцентная ангиография направлена на определение

- А. Необходимости в трансанальной декомпрессии анастомоза
- Б. Кровоснабжения кишечной стенки
- В. Целостности анастомоза
- Г. Необходимости в трансабдоминальном укреплении анастомоза

Маркировка местоположения стомы является

- А. Методом профилактики осложнений стомы
- Б. Способом формирования стомы
- В. Способом ухода за стомой
- Г. Мерой для сокращения длительности операции

При профилометрическом исследовании анального канала наличие повторяющихся колебаний кривой давления в покое с частотой одна волна в минуту свидетельствует о _____ внутреннего сфинктера

- А. Колебании амплитуды турнов биоэлектрической активности
- Б. Ультрамедленной волновой активности
- В. Спонтанной активности по типу спайк-комплексов
- Г. Пропульсивной волновой активности

Границами верхнеампулярного отдела прямой кишки от края ануса является (в см)

- А. 6-10
- Б. 0-5
- В. 11-15
- Г. 16-20

Основным инструментальным методом диагностики парастомальных свищей является

- А. Фистулография с водорастворимым контрастом
- Б. Ультразвуковое исследование парастомальной области
- В. Компьютерная томография брюшной стенки
- Г. Магнитно-резонансная томография брюшной стенки

Дивертикулы толстой кишки чаще локализуются в

- А. Поперечно-ободочной кишке
- Б. Сигмовидной кишке
- В. Восходящем отделе толстой кишки
- Г. Нисходящем отделе толстой кишки

Несостоятельность колоректального анастомоза возникает, как правило, на (в сутках)

- А. 5-8
- Б. 2
- В. 15-20
- Г. 10-12

Обязательным условием для формирования колоректального анастомоза является

- А. Отсутствие отдаленных метастазов
- Б. Молодой возраст пациента
- В. Выполнение тотальной мезоректумэктомии
- Г. Отсутствие натяжения низводимой кишки

Оптимальным сроком реконструктивно-восстановительного вмешательства после операции по типу гартмана является (в месяцах)

- А. 2-6
- Б. 12-18
- В. 6-12
- Г. 1-2

Основным способом исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки является

- А. Пальцевое исследование анального канала
- Б. Ректороманоскопия
- В. Сфинктерометрия
- Г. Ирригоскопия

В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход, после травмы прошел 1 час, проведена лапаротомия с ревизией органов брюшной полости, выпавшие петли кишки жизнеспособны, больному необходимо произвести

- А. Петлевую сигмостомию
- Б. Ушивание дефекта стенки кишки
- В. Резекцию выпавших петель тонкой кишки
- Г. Резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана

Маркировку местоположения стомы при операциях на кишечнике проводят

- А. Пациентам по желанию
- Б. Пациентам только в плановой хирургии
- В. Пациентам только в экстренной хирургии
- Г. Всем пациентам, даже в случаях вероятного формирования стомы

Наличие анемии у пациентов в пожилом возрасте наиболее характерно для рака _____ кишки

- А. Сигмовидной
- Б. Нисходящей ободочной
- В. Слепой
- Г. Прямой

Эвентрация кишки в области превентивной стомы

- А. Является показанием к операции в случае невозможности вправления кишки
- Б. Является показанием к операции в случае перитонита
- В. Не является показанием к операции
- Г. Всегда является показанием к экстренному вмешательству

У пациентки с очаговой пигментацией кожных покровов и слизистых оболочек при рентгенологическом исследовании тонкой кишки выявлены множественные дефекты наполнения округлой формы, что в наибольшей степени соответствует

- А. Карциноиду
- Б. Гастроинтестинальной стромальной опухоли
- В. Лейомиоме
- Г. Гамартомному полипозу

При остром подкожном переднем парапроктите с интрасфинктерным гнойным ходом у женщины целесообразно

- А. Провести заднюю дозированную сфинктеротомию
- Б. Выполнить сегментарную проктопластику
- В. Вскрыть абсцесс
- Г. Провести иссечение гнойного хода с ушиванием сфинктера

Риск развития колоректального рака при синдроме линча составляет (в процентах)

- А. 41-50
- Б. 31-40
- В. 91-100
- Г. 71-80

При условно резектабельном раке восходящей кишки, осложненном нарушением кишечной проходимости, перед проведением конверсионной химиотерапии наименее оптимальным является

- А. Формирование отключающей стомы
- Б. Установка кишечного стента
- В. Формирование обходного анастомоза
- Г. Циторедуктивная правосторонняя гемиколэктомия

При неэффективности консервативной терапии у пациентки с ректоцеле 2 степени патогенетическим оперативным вмешательством является

- А. Фиксация задней стенки влагалища
- Б. Задняя кольпорафия
- В. Пластика ректовагинальной перегородки имплантом
- Г. Эндоректальная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки

Методом диагностики, позволяющим выявить несостоятельность иле-илеоанастомоза после ликвидации превентивной стомы является

- А. Колоноскопия
- Б. Проктография
- В. Ирригоскопия
- Г. Компьютерная томография с ортоградным контрастированием

Наличие перитонеальных метастазов при раке ободочной кишки в классификации tnm (8 редакция) соответствует критерию

- А. M1b
- Б. M1c
- В. M1a
- Г. Mx

При формировании ректовагинального свища в процессе проведения химиолучевой терапии (хлт) рака анального канала следует

- А. Выполнить брюшно-промежностную экстирпацию
- Б. Прервать ХЛТ и произвести оценку эффекта через 6 месяцев
- В. Сформировать отключающую стому и продолжить ХЛТ
- Г. Прервать ХЛТ и провести консолидирующую системную химиотерапию

При лапароскопической колоректальной резекции при выделении нижних брыжеечных сосудов чаще всего используют _____ подход

- А. Кранио-каудальный
- Б. Медиа-латеральный
- В. Латеро-медиальный
- Г. Каудо-краниальный

Для возникновения острого парапроктита обязательным этиологическим фактором является

- А. Дефект слизистой прямой кишки
- Б. Кровотечение из прямой кишки
- В. Склонность к запорам
- Г. Закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление

Какие анатомические структуры образуют треугольник кало?

- А. Общий печеночный проток, пузырный проток, пузырная артерия
- Б. Общий печеночный проток, пузырная артерия, правая печеночная артерия
- В. Пузырный проток, общий желчный проток, правый печеночный проток
- Г. Правый печеночный проток, общий желчный проток, правая печеночная артерия

В классификации несостоятельности колоректального анастомоза выделяют _____ степени/степеней

- А. 2
- Б. 5
- В. 4
- Г. 3

К неорганным опухолям мезодермального происхождения относится

- А. Тератома
- Б. Хордома
- В. Липосаркома
- Г. Шваннома

В программу ускоренного выздоровления при хирургическом лечении рака прямой кишки входит

- А. Выполнение лапароскопической операции
- Б. Профилактическая установка назогастрального зонда
- В. Формирование стомы
- Г. Ранняя активизация пациента

Пальцевое ректальное исследование при травме прямой кишки

- А. Не выполняется при подозрении на внутрибрюшное повреждение
- Б. Не выполняется при подозрении на внебрюшинное повреждение
- В. Выполняется всегда
- Г. Противопоказано

У больной произошло самопроизвольное вскрытие в просвет прямой кишки гнойника, расположенного в пельвио-ректальном пространстве, гной выделяется из заднего прохода, температура тела 38,1°С, целесообразнее всего

- А. Попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- Б. Ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- В. Назначить антибактериальную терапию, оперировать только при ухудшении состояния
- Г. Срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности

Наиболее оптимальной схемой при планировании химио-лучевой терапии по поводу рака анального канала является

- А. РОД 1,5 Гр до СОД 90 Гр
- Б. РОД 2 Гр до СОД за весь курс 54-60 Гр
- В. РОД 2 Гр до СОД 78-80 Гр
- Г. РОД 5 Гр до СОД 25 Гр (схема 5?5)

На рентгенологических снимках мегаректум диагностируется при

- А. Превышении диаметра прямой кишки диаметра сигмовидной более, чем в 2 раза
- Б. Ширине прямой кишки равной ширине сигмовидной кишки
- В. Ширине прямой кишки в прямой или боковой проекции более 8,5 см
- Г. Ширине прямой кишки в прямой или боковой проекции более 4 см

Формирование превентивной стомы при выполнении тотальной мезоректумэктомии

- А. Строго рекомендовано
- Б. Не рекомендовано в случае отказа пациента
- В. Не рекомендовано в связи с инвалидизацией больного
- Г. Оставляется на усмотрение оперирующего хирурга

Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются

- А. Примесью гноя
- Б. Алым цветом крови
- В. Наличием сгустков
- Г. Темным цветом крови

Основным анатомическим ориентиром для определения нижеампулярного отдела прямой кишки у женщин при чрескожном ультразвуковом исследовании является

- А. Тело матки
- Б. Шейка матки
- В. Мочевой пузырь
- Г. Влагалище

Диагноз «синдром линча» устанавливается если пациент

- А. Имеет мутацию гена системы репарации ДНК
- Б. Соответствует рекомендациям Бетесда
- В. Имеет микросателлитную нестабильность
- Г. Соответствует Амстердамским критериям

Пациенту с болезнью Крона, осложненная формированием илео-сигмоидного свища, рекомендована

- А. Резекция подвздошной кишки с разобщением свища и ушиванием дефекта сигмовидной кишки
- Б. Консервативная биологическая терапия
- В. Операция по разобщению свища с ушиванием дефектов
- Г. Илеостомия в качестве первого этапа хирургического лечения

Физиотерапевтическим методом лечения кологенных запоров является

- А. Тибиальная нейромодуляция
- Б. Внутрианальная электростимуляция
- В. Электростимуляция толстой кишки
- Г. Парафинотерапия области передней брюшной стенки

Если при проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 7 см от края заднего прохода обнаружен ворсинчатый полип размером 3×2 см, то в этом случае необходимо выполнить

- А. Цистоскопию
- Б. Копрологическое исследование
- В. Колоноскопию с биопсией
- Г. Экскреторную урографию

При наличии волос в перистомальной области необходимо

- А. Срезание волос ножницами
- Б. Бритье волос
- В. Применение защитного кольца
- Г. Удаление волос с помощью лазерной эпиляции

Согласно правилу «циферблата часов» в положении лежа на спине анаскопиковая область соответствует ____ часам

- А. 3
- Б. 6
- В. 12
- Г. 9

При комплексной сфинктерометрии в момент синхронной записи эмг с мышц передней брюшной стенки при волевом сокращении должно регистрироваться _____ биоэлектрической активности по эмг-каналу и _____ давления относительно давления в покое по манометрическому каналу

- А. Прирост; уменьшение
- Б. Прирост; увеличение
- В. Отсутствие прироста; уменьшение
- Г. Отсутствие прироста; увеличение

Листок нетрудоспособности не формирует (не выдает)

- А. Лечащий врач медико-санитарной части
- Б. Зубной врач
- В. Врач скорой медицинской помощи
- Г. Лечащий врач поликлиники

Показанием к применению пасты в тубе является

- А. Наличие глубоких складок, неровностей
- Б. Наличие поверхностных складок, шрамов, неровностей
- В. Развитие перистомального дерматита
- Г. Наличие петлевой илеостомы

Рак прямой кишки чаще всего имеет морфологическую форму

- А. Перстневидноклеточного рака
- Б. Аденокарциномы
- В. Меланомы
- Г. Базалиомы

Профилактика тромбообразования при выполнении колоректальной резекции проводится

- А. За 12 часов перед операцией
- Б. Сразу после операции
- В. За 24 часа перед операцией
- Г. Сразу перед кожным разрезом

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

- А. Наряду с опухолью производится резекция печени по поводу метастазов рака
- Б. Наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- В. Производится удаление опухоли с D3-лимфодиссекцией
- Г. Наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями

Для установки манипуляционного зажима необходимо использовать диаметр троакара (в мм)

- А. 11
- Б. 12
- В. 5
- Г. 10

Пациентам с болезнью Крона с наличием двух протяженных стриктур, располагающихся на расстоянии 50 см друг от друга, рекомендовано выполнение

- А. Резекции всего сегмента и формированием одного анастомоза
- Б. Илеостомии проксимальнее расположения стриктур
- В. Резекции двух пораженных участков тонкой кишки с сохранением располагающегося между ними интактного участка и формированием двух анастомозов
- Г. Формирование обходного анастомоза

Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется

- А. Скоплением жидкости и газа в супрастенотическом отделе кишечника
- Б. Скоплением жидкости и газа в дистальных отделах кишки
- В. Наличием выпота в брюшной полости
- Г. Наличием свободного газа в брюшной полости

Свищевое отверстие при средних ректовагинальных свищах располагается

- А. На уровне зубчатой линии
- Б. В анальном канале
- В. В прямой кишке
- Г. Ниже зубчатой линии

Гемодинамические нарушения при геморрагическом шоке обусловлены

- А. Препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- Б. Первичным снижением объема циркулирующей крови
- В. Препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- Г. Снижением сократительной способности миокарда

При трансанальной эндомикрохирургии раннего рака прямой кишки необходимо выполнить удаление опухоли

- А. При помощи петлевой электроэксцизии
- Б. С лимфоузлами в мезоректум
- В. Путем фрагментирования
- Г. En block

При применении инъекционного метода введение геля не осуществляется в

- А. Подслизистый слой нижеампулярного отдела прямой кишки
- Б. Слизистую оболочку анального канала
- В. Интерсфинктерное пространство
- Г. Проекция дефектов сфинктера

Нефармакологический метод лечения с использованием специальной аппаратуры для регистрации, усиления и «обратного возврата» пациенту физиологической информации о состоянии его органов и систем

- А. Терапия постоянным магнитным полем
- Б. Тибиальная нейромодуляция
- В. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия
- Г. Терапия биологической обратной связью

Уровень, на котором, как правило, локализуется участок врожденного сужения заднего прохода, -- это

- А. Средняя часть анального канала
- Б. Уровень перианальной кожи
- В. Дистальная часть анального канала
- Г. Зубчатая линия

Основным энергетическим субстратом для слизистой оболочки толстой кишки являются

- А. Олиго- и полисахариды
- Б. Аминокислоты и пептиды
- В. Короткоцепочечные жирные кислоты
- Г. Моно- и дисахариды

Контрастные средства, применяемые в настоящее время только для внутривентрального введения, относятся к группе _____ препаратов

- А. Макроциклических гадолиниевых
- Б. Неионных йодосодержащих
- В. Ионных йодосодержащих
- Г. Линейных гадолиниевых

При формировании превентивной стомы возникновение перитонита

- А. Снижается
- Б. Остается на прежнем уровне
- В. Полностью исключается
- Г. Увеличивается

Курс внутрианальной электростимуляции составляет

- А. 35 Дней
- Б. 7 Дней
- В. 14 Дней
- Г. 2 Месяца

Среди наследственных полипозных синдромов аутосомно-рецессивный тип наследования имеет

- А. МҮН-ассоциированный полипоз
- Б. Синдром Тюрко
- В. Синдром Олфилда
- Г. Синдром Гарднера

Отсутствие ректоанального ингибиторного рефлекса свидетельствует о наличии

- А. Нарушений нервно-рефлекторной деятельности анального сфинктера
- Б. Изменений тонуса и сократительной способности анального сфинктера
- В. Манометрических признаков мегаректум
- Г. Манометрических признаков болезни Гиршпрунга

У взрослых чаще всего встречается _____ форма болезни гиршпрунга

- А. Субтотальная
- Б. Ректосигмоидная
- В. Ректальная
- Г. Сегментарная

При острой низкой кишечной непроходимости в первые часы болезни характерно

- А. Вздутие живота
- Б. Быстрое снижение объема циркулирующей крови
- В. Быстрое обезвоживание
- Г. Наличие неукротимой рвоты

При хирургическом лечении идиопатического расширения дистальных отделов толстой кишки (мегаректум + мегасигма) операцией выбора является

- А. Резекция прямой и сигмовидной кишок с формированием анастомоза по дюамелю в модификации гнцк
- Б. Проктэктомия с резекцией сигмовидной кишки и формированием колоанального анастомоза
- В. Колпроктэктомия с формированием тазового тонкокишечного резервуара, низкого илеоректального анастомоза
- Г. Колэктомия с формированием илеоректального анастомоза

Стандартная поддерживающая терапия препаратом ведолизумаб при лечении болезни крона проводится каждые

- А. 7 Дней
- Б. 8 Недель
- В. 2 Недели
- Г. 4 Недели

Показанием для адъювантной химиотерапии при раке прямой кишки является

- А. Мутация в гене KRAS
- Б. Отсутствие опухолевых депозитов
- В. Поражение регионарных лимфоузлов
- Г. Высокодифференцированная аденокарцинома

Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, рана около 2 см в диаметре, края её ровные.

Целесообразно

- А. Сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза
- Б. Ушить рану кишки, сформировать колостому
- В. Выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана
- Г. Ушить рану кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку

При остром тромбозе геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается в

- А. Кавернозных тельцах
- Б. Морганиевых криптах
- В. Венах подслизистого слоя
- Г. Сосудах слизистой оболочки прямой кишки

При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна

- А. Резекция сигмовидной кишки
- Б. Цекостомия
- В. Левосторонняя гемиколэктомия
- Г. Операция Гартмана

Использование медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера у больных анальной трещиной предпочтительнее

- А. При пектенозе
- Б. При наличии сторожевого бугорка
- В. При наличии волокон внутреннего сфинктера в дне анальной трещины
- Г. У женщин после многократных и осложненных родов

При интерференционной эмг увеличение биэлектрической активности (бэа) менее чем в 2 раза относительно бэа в покое свидетельствует о _____ мышц запирающего аппарата прямой кишки

- А. Повышении порога чувствительности
- Б. Снижении порога чувствительности
- В. Нормальной нервно-рефлекторной деятельности
- Г. Нарушении нервно-рефлекторной деятельности

При установлении инвалидности со степенью ограничения способности к трудовой деятельности срок временной нетрудоспособности завершается датой

- А. Регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- Б. Открытия листка нетрудоспособности
- В. Непосредственно предшествующей дню регистрации документов в бюро медико-социальной экспертизы
- Г. Закрытия листка нетрудоспособности

Тактикой лечения эпителиального копчикового хода без клинических проявлений является

- А. Хирургическое лечение не показано
- Б. Хирургическое лечение в плановом порядке
- В. Динамическое наблюдение
- Г. Хирургическое лечение в экстренном порядке

Радиочастотная абляция показана

- А. При недостаточности анального сфинктера 1 степени
- Б. При выраженной рубцовой деформации промежности
- В. При недостаточности анального сфинктера 2 степени
- Г. Пациентам, перенесшим инъекционные методики лечения недостаточности анального сфинктера

Интраоперационное УЗИ для определения границ резекции при осложненной форме дивертикулярной болезни

- А. Имеет ключевое значение
- Б. Не используется
- В. Используется только для дифференциальной диагностики с онкологическим процессом
- Г. Используется только при свищевой форме

Язвенный колит следует дифференцировать с

- А. Инфарктом кишки
- Б. Хроническим ишемическим колитом
- В. Острым коронарным синдромом
- Г. Застойной сердечной недостаточностью

Для дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости от прободной язвы желудка в первую очередь следует использовать

- А. Пневмогастрографию
- Б. Обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- В. Ирригоскопию
- Г. Лапароскопию

Наиболее часто рак ободочной кишки встречается в возрасте

- А. 30-39 Лет
- Б. 20-29 Лет
- В. 50 Лет и старше
- Г. 40-49 Лет

Оптимальный возраст больного для проведения оперативного лечения хронической формы болезни гиршпрунга составляет до (в годах)

- А. 5
- Б. 3
- В. 1
- Г. 10

Наиболее рациональным объёмом оперативного вмешательства при раке слепой кишки, осложнённом острой кишечной непроходимостью в ранние сроки, необходимо считать

- А. Формирование илеостомы
- Б. Правостороннюю гемиколэктомию
- В. Субтотальную колэктомию
- Г. Формирование цекостомы

Промежностный этап стандартной брюшно-промежностной экстирпации как правило выполняется в положении

- А. На правом боку
- Б. На левом боку
- В. Перочинного ножа
- Г. На спине

Эффективность склеротерапии в лечении геморроя составляет (в процентах)

- А. 100
- Б. 75-89
- В. 90
- Г. 30-40

У пациентов с болезнью Крона при формировании протяженной стриктуры терминального отдела подвздошной кишки или илеоцекального клапана операцией выбора является

- А. Формирование обходного анастомоза
- Б. Стриктуропластика
- В. Эндоскопическое бужирование
- Г. Резекция илеоцекального отдела кишечника

Объем каловых масс с визуально определяемой примесью крови при болезни Крона, при котором констатируют кишечное кровотечение составляет _____ мл/сутки

- А. 600
- Б. 1200
- В. 1000
- Г. 800

Наиболее медленно при осложненном течении сахарного диабета развивается _____ кома

- А. Гипогликемическая
- Б. Лактацидотическая
- В. Кетоацидотическая
- Г. Гиперосмолярная гипергликемическая

Характерным типом наследования для ювенильного полипоза является

- А. Аутомно-рецессивный
- Б. Сцепленный с у-хромосомой
- В. Аутомно-доминантный
- Г. Сцепленный с х-хромосомой

Основой современной классификации хронического геморроя является

- А. Частота тромбирования узлов
- Б. Выраженность выпадения геморроидальных узлов
- В. Частота осложнений
- Г. Размер геморроидальных узлов

Рак анального канала наиболее часто ассоциирован с

- А. Вирусом герпеса
- Б. Вирусом папилломы человека
- В. Ротавирусом
- Г. Цитомегаловирусом

К хроническим осложнениям дивертикулярной болезни относится

- А. Абсцесс
- Б. Перфоративный дивертикулит
- В. Стеноз
- Г. Кровотечение

Постоянная умеренная боль в животе наблюдается при

- А. Завороте толстой кишки
- Б. Узлообразовании
- В. Завороте тонкой кишки
- Г. Паралитической кишечной непроходимости

Осложнением наиболее характерным для свищей прямой кишки является

- А. Кровотечение
- Б. Воспаление
- В. Кишечная непроходимость
- Г. Малигнизация

При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится

- А. Колоноскопия
- Б. Лапароскопия
- В. Исследование пассажа бария по кишечнику
- Г. Обзорная рентгенография/компьютерная томография брюшной полости

[Вернуться в начало](#)