

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра хирургических болезней №2

Оценочные материалы

текущей и промежуточной аттестации

по дисциплине Колопроктология
специальность 31.08.55 Колопроктология

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

универсальных (УК)

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
УК-1	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи 5шт Вопросы для собеседования 70 шт	75 с эталонами ответов

профессиональных (ПК)

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-5	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи 5шт Вопросы для собеседования 70 шт	75 с эталонами ответов
ПК-6	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи 5шт Вопросы для собеседования 70 шт	75 с эталонами ответов
ПК-8	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи 5шт Вопросы для	75 с эталонами ответов

	собеседования 70 шт	
ПК-9	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи 5шт Вопросы для собеседования 70 шт	75 с эталонами ответов

II. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Универсальные компетенции (УК-):

- ✓ УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

ТЕСТЫ

1. Крипитом называется воспаление

- 1. в морганиевых синусах
- 2. в анальных сосочках
- **3. в морганиевых криптах**
- 4. перианальной кожи
- 5. слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки

2. Хирургическое лечение при криптите показано при

- 1. распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
- **2. абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита**
- 3. выделение фибрина из прямой кишки
- 4. гиперемии крипты
- 5. при болезненных ощущениях во время акта дефекации

3. Папиллит - это

- 1. спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- 2. тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- **3. воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии**
- 4. воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- 5. кондиломатозные разрастания кожи промежности

4. Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1. криптита 2. геморроя 3. острого парапроктита 4. остроконечных перианальных кондилом 5. неполного внутреннего свища Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

5. Основным отличием анального сосочка от аденомы является: 1. расположение на уровне аноректальной линии 2. расположение выше уровня аноректальной линии 3. выпадение из анального канала 4. гистологическое строение 5. отсутствие выраженной ножки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

6. Радикальным лечением папиллита может быть: 1. иссечение анального сосочка 2. электрокоагуляция анального сосочка 3. иссечение сосочка вместе с соседней криптой 4. ежедневное прижигание сосочка ляписом 5. микроклизмы с 0,3% раствором колларгола Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

7. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием

- 1. злокачественного процесса
- 2. перианальных кондилом
- **3. острого парапроктита**
- 4. анальной трещины
- 5. геморроя

8. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается

- **1. в морганиевой крипте**

- 2. на линии Хилтона
- 3. в нижнеампулярном отделе прямой кишки
- 4. в верхнеампулярном отделе прямой кишки
- 5. в среднеампулярном отделе прямой кишки

9. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является

- 1. зуд в области промежности
- 2. боль в прямой кишке пульсирующего характера
- 3. кровотечение во время дефекации
- 4. наличие на коже промежности рубцов
- **5. наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности**

10. При обследовании больного со свищом прямой кишки необязательно выполнять

- 1. наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- 2. пальцевое исследование прямой кишки
- 3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
- **4. колоноскопию**
- 5. ректороманоскопию

11. Через подгрушевидное отверстие таза выходят: 1. срамной нерв 2. внутренняя срамная артерия 3. нижний ягодичный нерв и одноименная артерия 4. седалищный нерв 5. подкожная ветвь заднего бедренного нерва и одноименная артерия Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

12. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется

- 1. на латеральную поверхность бедра
- **2. на внутреннюю поверхность бедра**
- 3. под малую ягодичную мышцу
- 4. под большую ягодичную мышцу
- 5. под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра

13. Нижняя прямокишечная артерия отходит

- 1. от внутренней подвздошной артерии

- 2. от запирающей артерии
 - **3. от внутренней срамной артерии**
 - 4. от нижней ягодичной артерии
 - 5. от промежностной артерии
-

14. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно

- **1. на грушевидной мышце**
 - 2. на внутренней запирающей мышце
 - 3. на копчиковой мышце
 - 4. на подвздошно-поясничной мышце
 - 5. на лонно-прямокишечной мышце
-

15. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты

- 1. в верхнеампулярном отделе
 - 2. в среднеампулярном отделе
 - 3. в нижнеампулярном отделе
 - **4. в области запирающего аппарата прямой кишки**
 - 5. циркулярные волокна везде развиты одинаково
-

16. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены

- 1. только мочевого пузыря
 - 2. мочевого пузыря и прямая кишка
 - 3. предстательная железа и прямая кишка
 - **4. мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка**
 - 5. мочевого пузыря и предстательная железа
-

17. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является

- **1. диафрагмально-ободочная связка**
 - 2. печеночно-дуоденальная связка
 - 3. пузырно-толстокишечная связка
 - 4. правая половина большого сальника
 - 5. малый сальник
-

18. Срамной нерв происходит

- 1. из поясничного сплетения
 - 2. непосредственно из крестцового сплетения
 - 3. из подчревного сплетения
 - 4. из нижнего брыжеечного сплетения
 - **5. из сплетения, образованного 2, 3 и 4 крестцовыми нервами**
-

19. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями

- 1. запирающего нерва
 - **2. срамного нерва**
 - 3. тазового нерва
 - 4. бедренного нерва
 - 5. промежностного нерва
-

20. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого, основную роль из числа перечисленных, играет

- 1. копчиковая мышца
 - 2. подвздошно-копчиковая мышца
 - **3. лонно-прямокишечная мышца**
 - 4. ано-копчиковая связка
 - 5. все перечисленные
-

21. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются

- **1. мочеточники**
 - 2. подчревные артерии
 - 3. семенные пузырьки у мужчин
 - 4. предстательная железа
 - 5. все перечисленное
-

22. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется

- 1. межмышечным пространством
 - 2. пельвиоректальным пространством
 - 3. подкожным клетчаточным пространством
 - **4. ишиоректальным пространством**
 - 5. ретроректальным пространством
-

23. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1. паховые 2. подчревные 3. аноректальные 4. верхние прямокишечные 5. подвздошные Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - 4. если правильный ответ 4
 - **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**
-

24. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1. боковые клетчаточные пространства таза 2. позадипрямокишечное клетчаточное пространство 3. околовлагалищную клетчатку у женщин 4. забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу 5. околопростатическую клетчатку у мужчин Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4

- **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

25. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует: 1. луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышцы 2. собственная фасция мочеполового треугольника 3. глубокая поперечная мышца промежности 4. запирающая мышца 5. поверхностная поперечная мышца промежности Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

ЗАДАЧИ И ВОПРОСЫ

Вопрос № 1

После иссечения эпителиального копчикового хода рана ушита наглухо швами Донати. На 4 день появилась умеренная инфильтрация краёв раны, лихорадка. Целесообразнее всего:

- Снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы

Вопрос № 2

Какая стома при травме прямой кишки предпочтительна:

Двуствольная плоская

Вопрос № 3

Пельвиоректальный парапроктит лучше всего вскрыть:

- Полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и

расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении

Вопрос № 4

Присоединение инфекции при остром тромбозе геморроидальных узлов всегда приводит к:

- Нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

Вопрос № 5

Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить:

- У всех больных вне зависимости от факторов риска и предрасположенности

Вопрос № 6

Операцию по поводу тромбоза наружного геморроидального узла правильнее всего назвать:

- Тромбэктомия

Вопрос № 7

В начале заболевания особенно трудна диагностика:

- Пельвиоректального парапроктита

Вопрос № 8

При остром воспалении эпителиального копчикового хода абсцесс располагается, как правило:

- Под кожей крестцово-копчиковой области

Вопрос № 9

В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:

- Спазму внутреннего сфинктера

Вопрос № 10

Произведена хирургическая обработка раны нижеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, на стенку кишки и сфинктер заднего прохода наложены узловое кетгутовые швы. Рана нагноилась, отмечается недержание газов и кала. В этом случае целесообразнее всего

- срочно наложить колостому

Вопрос № 11

Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот, наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

- наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения

Вопрос № 12

При наличии интрасфинктерного гнойного хода лучше всего:

- Иссечь ход в просвет кишки

Вопрос № 13

При остром подкожном переднем парапроктите с интрасфинктерным гнойным ходом у женщины лучше всего выполнить

Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки

Вопрос № 14

Опасны ли анаэробы (палочка газовой гангрены, бактероиды и др) в толстой кишке

Являются обитателями толстой кишки в норме

Вопрос № 15

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

- После наружного осмотра максимально щадяще сделать пальцевое исследование прямой кишки

Вопрос № 16

Для избежания инфицирования раны промежности при повреждении прямой кишки наиболее эффективно

- наложение колостомы

Вопрос № 17

Для того, чтобы увидеть острую анальную трещину достаточно:

- Наружного осмотра с разведением перианальных складок

Вопрос № 18

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

- **Чаще всего трансфинктерно**

Вопрос № 19

После операции с подшиванием краёв раны ко дну по поводу эпителиального копчикового хода замедлить заживление раны можно:

- **Ежедневным выскабливанием дна раны острой ложкой**

Вопрос № 20

Для острой анальной трещины нехарактерно:

- **Выделение гноя**

Вопрос № 21

При ишиоректальном парапроктите пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить:

- **Нижнюю и верхнюю границы**

Вопрос № 22

Вовлечение в воспалительный процесс тазовой брюшины вероятнее всего:

При пельвиоректальном парапроктите

Вопрос № 23

Пузырьки газа при клостридиальном парапроктите находятся:

В мышцах, по ходу фасций, в клетчатке

Вопрос № 24

Одним из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода является:

- **Воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке**

Вопрос № 25

В больницу доставлен пострадавший в автомобильной катастрофе. Жалуется на боли внизу живота, из заднего прохода кровянистые выделения. С целью установления диагноза ему немедленно следует предпринять:

Осмотр промежности

Пальцевое исследование прямой кишки

Рентгенографию костей таза

Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости

При необходимости эндоскопическое исследование кишки

Вопрос № 26

При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить:

Характер микробной флоры

Распространенность гнойного процесса

Вопрос № 27

Газовую гангрену вызывают только:

Клостридии

Вопрос № 28

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

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

Вопрос № 29

Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является:

- Наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке

Вопрос № 30

При остром воспалении эпителиального копчикового хода:

Появляются боли в крестцово-копчиковой области

Повышается температура тела

В области межъягодичной складки появляется болезненный инфильтрат

Из первичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения

Общее состояние больного в первые дни болезни страдает и значительно

Вопрос № 31

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

- резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана

Вопрос № 32

При подозрении на наличие клостридиального парапроктита в первую очередь следует:

Начать интенсивную инфузионную

Выполнить экстренную операцию

Вопрос № 33

При наличии клинических признаков воспаления и обнаружении инфильтрата в параректальном пространстве следует исключить:

Прорыв гноя из дугласова пространства

Острое воспаление эпителиального копчикового хода

Нагноившуюся кисту параректальной клетчатки

Подкожный парапроктит

Вопрос № 34

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

- Выделения крови и слизи из заднего прохода

Вопрос № 35

Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется:

- Перитонитом

Вопрос № 36

Выводные протоки анальных желез открываются:

- На дне морганиевых крипт

Вопрос № 37

На операции у 36-летней пациентки обнаружен ретроректальный абсцесс, рубцовые изменения в задней крипте, через которую прошёл краситель, введённый в полость гнойника. Гнойный ход располагается кнаружи от сфинктера, по ходу его есть рубцы. Целесообразнее всего:

- Вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру

Вопрос № 38

При проникающем повреждении внебрюшной части прямой кишки выше уровня поднимателя заднего прохода возможно развитие каких осложнений?

Может развиваться флегмона таза

Может образоваться свищ прямой кишки высокого уровня

Есть опасность развития перитонита

Вопрос № 39

Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

- На задней стенке анального канала

Вопрос № 40

Насколько необходимо при операции по поводу анаэробного парапроктита выявление и иссечение поражённой крипты и хода:

Нецелесообразно

Вопрос № 41

При травме заднего прохода как повреждается глубокая порция наружного сфинктера:

Повреждается при полном разрыве промежности

Вопрос № 42

При тромбозе с перианальным отёком нужно отсрочить операцию из-за:
- Отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений

Вопрос № 43

Во время выполнения медицинского аборта произошла перфорация матки, повреждение толстой кишки. Выполнена экстренная лапаротомия, при ревизии обнаружено повреждение внутрибрюшного отдела прямой кишки, рана с неровными краями занимает более половины окружности кишки, в брыжейке кровоизлияния. В этой ситуации целесообразнее всего:

Выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз, сформировать для его защиты проксимальную колостому

Вопрос № 44

При остром геморрое первичным является:
- Тромбоз

Вопрос № 45

К осложнённым формам острого парапроктита относятся:

Самопроизвольно вскрывшийся на кожу промежности

Самопроизвольно вскрывшийся в просвет прямой кишки

Вопрос № 46

При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной раны промежности назначение антибактериальной терапии обязательно
- в любом случае

Вопрос № 47

Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого парапроктита, если:

Обеспечена адекватная анестезия

Выявлена поражённая крипта

Достаточен опыт оперирующего

Пациент страдает сахарным

Вопрос № 48

Хирургическое вмешательство при анаэробном парапроктите не следует проводить с применением:

Местной инфильтрационной анестезии

Вопрос № 49

В первые часы после травмы прямой кишки обычно не наблюдается:

- Парапроктита

Вопрос № 50

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить:

- ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы

Вопрос № 51

Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести:

- Осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки

Вопрос № 52

Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этом случае что подготовка кишечника должна исключать?

- клизмы и промывания противопоказаны

Вопрос № 53

Больной лечится по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов амбулаторно. Лучше всего:

- Назначить анальгетики, на первые два-три дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином и пр., диету

Вопрос № 54

При остром тромбозе геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается:

- В кавернозных тельцах

Вопрос № 55

Если радикальная операция по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода выполняется вторым этапом после ликвидации гнойного процесса, то вмешательство целесообразнее завершить:

- **Подшиванием краев раны ко дну**

Вопрос № 56

Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана:

- **При тромбозе наружного узла**

Вопрос № 57

Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять:

- **Инъекции гидрокортизона "под трещину"**

Вопрос № 58

Карантин в отделении:

- **Не объявляется ни при каком виде парапроктита**

Вопрос № 59

Для специфических парапроктитов характерно то, что они:

Являются редкими формами заболевания

Имеют торпидное течение

Чаще протекают в виде инфильтративного поражения

Вопрос № 60

После операций по поводу острого парапроктита в назначении антибиотиков какие больные нуждаются:

Все больные с распространённым гнойным процессом, лихорадкой, интоксикацией, независимо от вида операции

Вопрос № 61

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

- **Ниже аноректальной линии**

Вопрос № 62

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

- **Из крипты через протоки анальных желез**

Вопрос № 63

Лечение в барокамере может заменить хирургическое вмешательство:

- **Не может заменить операции ни при одном из видов инфекции**

Вопрос № 64

Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего:

- **Госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения**

Вопрос № 65

При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно обязательно

- **провести первичную хирургическую обработку раны с ушиванием сфинктера, при повреждении сфинктера более чем на 1/3 окружности наложить колостому**

Вопрос № 66

Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- **Острый тромбоз геморроидальных узлов**

Вопрос № 67

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, радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища**

Вопрос № 68

Для подтверждения диагноза клостридиального парапроктита самым быстрым является:

Бактериоскопическое исследование мазка, взятого из раны и окрашенного метиленовым синим

Вопрос № 69

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

- Срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности

Вопрос № 70

Чаще всего глубокая анальная трещина заставляет исключать:

- Болезнь Крона

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 71

Больной С., 46 лет, после акта дефекации отмечает неприятные ощущения, зуд, а области анального канала, кровотечение с выделением крови алого цвета несмешанного с калом. При объективном исследовании во время натуживания ниже линии Хилтона, в проекции «7 часов» определяется опухолевидное образование продолговатой формы с изъязвлениями в области верхушки и следами геморрагии. Поставьте предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Приведите классификацию хронического геморроя согласно локализации патологического процесса. Составьте план дополнительного обследования пациента. Назначьте консервативное лечение.

1. Хронический наружный геморрой. Геморроидальное кровотечение.

2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с:

1. Раком прямой кишки
2. Полипом прямой кишки
3. Выпадением прямой кишки
4. Кровоточащей трещиной прямой кишки

3. Хронический наружный геморрой (ниже линии Хилтона) , Хронический внутренний геморрой (выше линии Хилтона) , Хронический комбинированный геморрой

4. ОАК, ОАМ, Анализ крови на группу и Rh, ВИЧ, RW , Пальцевое исследование прямой кишки , Аноскопия , Ректороманоскопия , УЗИ органов брюшной полости , Обзорная R-графия органов грудной клетки , ЭКГ , консультация терапевта

5. диета (исключить соленое, острое, кислые блюда, спиртное), анальгетики, ванночки со слабым раствором марганцовки, ректальные

противовоспалительные свечи, флеботоники, гемостатические препараты (викасол, дицинон,).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 72

Больной 40 лет страдает хроническим геморроем в течение 6 лет. 2 суток назад после приема алкоголя и острой пищи появились резкие боли в области заднего прохода, усиливающиеся при кашле, движении. При осмотре в области анального отверстия на "7" часах - увеличенный, синюшного цвета геморроидальный узел, резко болезненный при пальпации. Ваш предварительный диагноз. Приведите классификацию геморроя. Назначьте план дополнительных методов обследования. Определите тактику лечения. Если пациенту показано хирургическое лечение то в каком объеме?

1. Острый геморрой, тромбоз геморроидального узла.

2. Острый, Хронический В зависимости от локализации: Наружный \ Внутренний \ Комбинированный

3. Пальцевое исследование, аноскопия и ректоскопия из-за выраженной болезненности не применяются. • Общий анализ крови • Общий анализ мочи • Анализ крови на группу и Rh, ВИЧ, RW • Обзорная R-графия органов грудной клетки • ЭКГ, консультация терапевта

4. В данном случае показана консервативная терапия - диета (исключение острой пищи, алкоголя), •слабительные (сеннаде и др.), противовоспалительные тромболитическая терапия, флеботропные средства (детралекс и др.) с 3-4 дня - сидячие теплые ванны с KMnO. При неэффективности – операция: рассечение тромбированного узла, удаление тромботических масс.

5. Подслизистая тромбэктомия (рассечение геморроидального узла, удаление тромботических масс) .

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №73

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки во время акта дефекации, которые наблюдаются в течение 2 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При исследовании живота патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не выявлено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3,7,11 часах выявлены геморроидальные узлы, сливающиеся с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 108 г/л. Сформулируйте предварительный диагноз. Причины развития патологии и с чем это связано? Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза. Определите тактику лечения больного. Возможные

виды хирургического лечения?

1. диагноз геморрой, осложнившийся кровотечением
2. Причиной заболевания могут быть запоры
3. Дообследование должно исключить портальную гипертензию, также необходимо выполнить колоноскопию
4. Показано хирургическое лечение при исключении портальной гипертензии
5. Операции при геморрое: склерозирование, иссечение узлов, дезартеризация узлов, трансанальная резекция слизистой по методу Лонга.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №74

Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Больной периодически отмечал небольшое кровотечение алой кровью из прямой кишки. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс 92 уд. в мин. , ритмичный. Температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированны. По всей окружности анального отверстия выступают крупные геморроидальные узлы багровосинюшного цвета, резко болезненные. Сформулируйте предварительный диагноз. Причины развития патологии и с чем это связано? Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза. Определите тактику лечения больного. Возможные виды хирургического лечения.

1. Диагноз: острый тромбоз геморроидальных узлов
2. Тромбоз является осложнением геморроя
3. Коагулограмма . В остром периоде дополнительные исследования противопоказаны
- 4 Консервативное лечение: теплые сидячие ванночки. Флебодиа (Детралекс, Флебодиа, Венарус) Для местной терапии свечи гепатромбин Г, снаружи гепариновая мазь.
- 5 Через 3-4 месяца рекомендуется оперативное лечение - геморроидэктомия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №75

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области заднего прохода после акта дефекации. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода после акта дефекации. В последние годы стал отмечать выпадение геморроидальных

узлов при небольшом натуживании, кашле, чихании, практически постоянно испытывает зуд. Сформулируйте предварительный диагноз. Причины развития патологии и с чем это связано? Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту для уточнения диагноза. Определите тактику лечения больного. Возможные виды хирургического лечения

1. Диагноз: Геморрой 4ст.
2. Выпадение является осложнением заболевания
3. Дообследование: аноскопия, колоноскопия
4. Консервативное лечение не избавит от выпадения узлов
5. Абсолютные показания к геморроидэктомии

Профессиональные компетенции (ПК-):

диагностическая деятельность:

✓ ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

ТЕСТЫ

1. Выделение "алой" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для

- **1. геморроя**
 - 2. раковой опухоли правых отделов толстой кишки
 - 3. раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
 - 4. злокачественной опухоли сигмовидной кишки
-

2. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является

- 1. на правом или левом боку
 - 2. на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
 - **3. коленно-локтевое положение**
 - 4. положение больного на спине в гинекологическом кресле
-

3. При проведении осмотра больного не имеет решающего значения

- 1. состояние кожи вокруг заднего прохода
- 2. глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
- **3. выраженность волосяного покрова**
- 4. следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже
- 5. наличие свищевых отверстий

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

- 1. боль в крестце
- **2. выделение крови при дефекации**
- 3. общая слабость
- 4. кишечная непроходимость
- 5. анемия

5. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является

- 1. анемия
- 2. нарушение выделительной функции толстой кишки
- 3. нарушение кишечной проходимости
- **4. боли в животе**
- 5. общая слабость

6. Для рака правой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является

- 1. кишечная непроходимость
- 2. общая слабость
- 3. боли в крестце
- **4. боли в животе**
- 5. выделение сгустков крови из прямой кишки

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

- **1. всегда 6-ти часам по циферблату**
- 2. 6-ти часам только при положении пациента на спине
- 3. 6-ти часам только положение пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- 4. 9-ти часам при положении пациента на левом боку

8. Пальцевое исследование прямой кишки производится

- **1. как начальный этап обследования проктологического больного**
 - 2. после ректороманоскопии
 - 3. после проктографии
 - 4. после проведения ирригоскопии
 - 5. после выполнения колоноскопии
-

20. Для хронического парапроктита наиболее характерным является

- 1. гематурия
 - **2. наличие свищевого отверстия**
 - 3. выделение алой крови в конце акта дефекации
 - 4. боли внизу живота
 - 5. диарея
-

21. При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести

- 1. общий анализ крови
 - 2. общий анализ мочи
 - 3. посев отделяемого из свища на микрофлору
 - **4. биопсию**
-

22. При хроническом геморрое обязательным является

- 1. осмотр промежности
 - 2. ректороманоскопия
 - 3. anoscopy
 - 4. колоноскопия
 - **5. проктография**
-

23. При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является

- 1. кровотечение струйкой в конце акта дефекации
 - 2. выделение крови в конце акта дефекации каплями
 - **3. слизисто-кровянистые выделения из ануса**
 - 4. выделение малых порций алой крови
 - 5. "стулбоязнь"
-

24. Пальцевое исследование прямой кишки и анального канала нужно произвести

- 1. при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии
 - 2. при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии
-

- 3. после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта
- **4. до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента, обратившегося к специалисту - колопроктологу**
- 5. после проктографии

25. Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является

- 1. наличие анальной трещины
- 2. подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки
- **3. атрезия заднего прохода**
- 4. травма прямой кишки
- 5. кишечное кровотечение

ВОПРОСЫ И ЗАДАЧИ

1. Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются:

- 1. ориентировочная оценка состояния костного скелета таза**
- 2. оценка состояния внутренних половых органов (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин)**
- 3. оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода**
- 4. определение состояния просвета прямой кишки, степени ее подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки**

2. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента:

стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклоненным вперед туловищем

3. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться:

в положении пациента в зависимости от конкретной ситуации и цели исследования

4. Диагностическими задачами ректороманоскопии являются:

- 1. определение характера патологического процесса**
- 2. определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки**
- 3. оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки**

4. биопсия

5. взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования

5. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются:

- 1. ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки**
- 2. рабочие части ректоскопа должны быть теплыми и хорошо смазаны вазелином**
- 3. введение тубуса с мандреном в задний проход не должно быть грубым**

6. В протоколе ректороманоскопии обязательно указывать:

- 1. позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия**
- 2. протяженность осмотра**
- 3. причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру**

7. Аноскопия обычно используется для диагностики чего:

- 1. геморроя**
- 2. анальных трещин**
- 3. криптита**

8. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются:

- 1. сфинктерометрия**
- 2. пальцевое исследование анального канала**
- 3. изучение кремастерного и анального рефлекса**

9. Проба с красителем при диагностике свища прямой кишки используется для:

установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой

10. Фистулография при свищах прямой кишки помогает:

- 1. выявить направление свищевого хода**
- 2. установить наличие полостных образований**
- 3. выявить разветвления свищевого хода**

11. Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются:

- 1. острое начало**
- 2. боли в области заднего прохода**
- 3. повышение температуры тела**

12. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется: (именно через него при

подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную)

-постанальное

13. В основу сегментарного деления печени положено

-внутрипеченочное ветвление печеночной артерии

14. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет

-печеночной артерии

15. Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет

-до 2-х литров кишечного сока

16. В толстой кишке не всасываются:

белки

17. Верхняя брыжеечная вена:

- 1. начинается у конца подвздошной кишки**
- 2. поднимается к корню брыжейки тонкой кишки**
- 3. проходит впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки**
- 4. подходит за головку поджелудочной железы**
- 5. соединяется с селезеночной веной**

18. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой:

- 1. большим по сравнению с тонкой диаметром**
- 2. серовато-пепельным оттенком**
- 3. особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент**

19. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника неучаствует

концевая ветвь подвздошно-ободочной артерии:

артерия червеобразного отростка

20. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

-восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии

21. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является

-средняя ободочная артерия

22. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

-левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии

23. Артерии сигмовидной кишки отходят

-от нижней брыжеечной артерии

24. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся:

1. надободочные
2. околоободочные
3. промежуточные
4. главные, расположенные в корне брыжейки кишки

25. Какие названия отделов ободочной кишки употребляются в настоящее время:

1. восходящая ободочная кишка
2. правый изгиб ободочной кишки
3. поперечная ободочная кишка
4. нисходящая ободочная кишка

26. Кремастерные рефлексы и рефлексы с перианальной кожи следует определить

-до всех видов исследования, включая пальцевое

27. Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является

-наличие свищевого отверстия

28. При подозрении на озлокачествление свища прямой кишки целесообразно до операции выполнить

-цитологическое исследование материала, полученного после выскабливания свищевого хода, при необходимости - биопсию стенки свищевого хода

29. Наиболее информативным для диагностики внутреннего пролапса прямой кишки является

-рентгенологическая дефекография

30. Достоверными методами диагностики болезни Гишпрунга являются:

1. исследование ректоанального рефлекса
2. гистохимическое определение ацетилхолинэстеразы
3. биопсия по Свенсону

31. Определение ацетилхолинэстеразы производится в каком отделе кишечника:

в слизистой оболочке прямой кишки

32. Откуда отходят так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки:

отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее

33. Недостатком применения фибринового клея при лечении свищей прямой кишки является

- высокий риск развития рецидивов

34. Увеличение латентного периода проведения возбуждения по двигательным волокнам полового нерва более 2,20 мс при интраректальном и более 2,54 мс при интравагинальном расположении электрода св. марка свидетельствует о наличии

- явлений нейропатии n.pudendus (дистальная часть эфферентного нейрона)

35. При подозрении на острый коронарный синдром необходимо, в первую очередь, выполнить

- регистрацию электрокардиограммы

36. Тактика лечения семейного аденоматоза толстой кишки заключается в

- удалении всей толстой кишки

37. Риск развития ректоцеле снижает

- кесарево сечение

38. В классификации ректоцеле сколько степеней выделяют ____

- 3 степени

39. При остром геморрое первичным является

- тромбоз

40. Аденокарцинома толстой кишки возникает из какого слоя кишки

- слизистой оболочки кишки

41. Наиболее высокий риск развития парастомальной грыжи имеет

- одноствольная колостома

42. Ушивание свободного пространства между передней брюшной стенкой и петли сигмовидной кишки, несущей концевую сигмостому при обструктивной резекции, выполняют с целью профилактики

- непроходимости

43. Инфекции, вызываемые неспорообразующими анаэробами, являются

- эндогенными

44. Финансовым источником для выплат пособий по временной нетрудоспособности являются средства

- Фонда социального страхования РФ

45. Методом диагностики, позволяющим выявить несостоятельность илеоилеоанастомоза после ликвидации превентивной стомы является

- компьютерная томография с ортоградным контрастированием

46. Ослабление рефлекторных ответов при пробах с повышением внутрибрюшного давления (кашель, напряжение мышц передней брюшной стенки) при интерференционной электронейромиографии свидетельствует о

- нарушении нервно-рефлекторной деятельности мышц запирающего аппарата прямой кишки

47. Формами удвоения прямой кишки являются

- сферические и трубчатые

48. Для лечения легкой и среднетяжелой атаки язвенного колита в форме проктита при неэффективности свечей/пены с месазалазином используют

- ректальные свечи с преднизолоном

49. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведения слизистой перед лигатурным методом является

- минимальное повреждение анального сфинктера

50. С целью предупреждения повреждения межреберных артерий плевральную пункцию необходимо проводить

- по верхнему краю нижележащего ребра

51. Механическое препятствие обуславливает кишечную непроходимость при

- опухоли толстой кишки

52. Местное консервативное лечение хронической анальной трещины не предусматривает назначения _____ препаратов

- гормональных

53. Местная терапия при лечении перианальных поражений болезни Крона включает использование

- свечей с метронидазолом

54. Основой современной классификации хронического геморроя является

- выраженность выпадения геморроидальных узлов

55. Стандартная поддерживающая терапия препаратом ведолизумаб при лечении болезни Крона проводится каждые

- 8 недель

56. Расширенной операцией по поводу рака прямой кишки называется оперативное вмешательство в виде удаления кишки с опухолью и какой лимфаденэктомией?

- аортподвздошнотазовой лимфаденэктомией

57. От консервативной терапии хронической анальной трещины нитроглицериновой мазью 0,4% следует отказаться при наличии у больного

- пектеноза

58. У пациентов с перианальными проявлениями болезни Крона, при наличии стриктуры ниже-ампулярного отдела прямой кишки или стеноза анального канала рекомендовано выполнение

- брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием сигмостомы

59. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интратректальная инвагинация) является

- развитие солитарной язвы

60. Листок нетрудоспособности формируется (выдается) лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение _____ со дня прекращения работы по трудовому договору

- 30 дней

61. У пациентов с болезнью Крона, наличием множественных межкишечных илео — илео свищей, во время операции показано

- разобщение свищей и ушивание дефектов, при отсутствии стриктур в данных областях

62. Радикальную операцию по поводу геморроя, осложнившегося острым тромбозом узлов и перианальным отёком, следует выполнить

- после ликвидации перианального отёка

63. Силовой метод терапии биологической обратной связи при лечении недостаточности анального сфинктера направлен на

- **повышение сократительной способности мышц запирающего аппарата прямой кишки и тазового дна**

64. Внутреннее отверстие свища прямой кишки расположено

- **в морганиевой крипте**

65. Биопсия прямой кишки по свенсону выполняется при каких условиях?

- **при наличии мегаколон и противоречиях в результатах рентгенологических и физиологических методов исследования**

66. К техническим сложностям при удалении неорганных опухолей малого таза приводит

- **особенность анатомического расположения опухоли**

67. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются

- **алым цветом крови**

68. Наиболее информативным методом для диагностики опухолевой инвазии экстрамуральных сосудов при раке прямой кишки является

- **МРТ органов малого таза**

69. Если при выполнении мукозэктомии в толстой кишке, после удаления образования 1,5 см в диаметре, в послеоперационном дефекте было выявлено перфоративное отверстие (дефект мышечной оболочки) до 3-4 мм в диаметре, то тактикой лечения является

- **укрытие дефекта при помощи эндоскопических клипс с последующим наблюдением**

70. Наиболее часто малигнизация свищевого хода может возникать при

- **болезни Крона**

71. Если у больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов, то это следует расценивать как

- **1 степень недостаточности анального жома**

72. Системная химиотерапия при колоректальном раке не применяется при ___ стадии

- **I**

73. К целям консервативного лечения идиопатического мегаколон относят

- **подбор эффективного и удобного для пациента режима опорожнения кишечника и купирование или облегчение симптомов абдоминального дискомфорта**

74. Депрессию дыхания в постнаркозном периоде чаще вызывает

- **морфин**

75. Дифференциальную диагностику болезни Крона чаще всего проводят с
- **туберкулезом кишечника**

лечебная деятельность:

✓ ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи;

ТЕСТЫ

1. Крипитом называется воспаление

- 1. в морганиевых синусах
- 2. в анальных сосочках
- **3. в морганиевых криптах**
- 4. перианальной кожи
- 5. слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки

2. Хирургическое лечение при криптите показано при

- 1. распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
- **2. абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита**
- 3. выделение фибрина из прямой кишки
- 4. гиперемии крипты
- 5. при болезненных ощущениях во время акта дефекации

3. Папиллит - это

- 1. спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- 2. тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- **3. воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии**
- 4. воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- 5. кондиломатозные разрастания кожи промежности

4. Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1. крипты 2. геморроя
3. острого парапроктита 4. остроконечных перианальных кондилом 5.
неполного внутреннего свища Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

5. Основным отличием анального сосочка от аденомы является: 1. расположение на уровне аноректальной линии 2. расположение выше уровня аноректальной линии 3. выпадение из анального канала 4. гистологическое строение 5. отсутствие выраженной ножки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

6. Радикальным лечением папиллита может быть: 1. иссечение анального сосочка 2. электрокоагуляция анального сосочка 3. иссечение сосочка вместе с соседней криптой 4. ежедневное прижигание сосочка ляписом 5. микроклизмы с 0,3% раствором колларгола Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

7. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием

- 1. злокачественного процесса
- 2. перианальных кондилом
- **3. острого парапроктита**
- 4. анальной трещины
- 5. геморроя

8. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается

- **1. в морганиевой крипте**
- 2. на линии Хилтона
- 3. в нижеампулярном отделе прямой кишки
- 4. в вышеампулярном отделе прямой кишки
- 5. в среднеампулярном отделе прямой кишки

9. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является

- 1. зуд в области промежности
- 2. боль в прямой кишке пульсирующего характера
- 3. кровотечение во время дефекации

- 4. наличие на коже промежности рубцов
 - **5. наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности**
-

10. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять

- 1. наружный осмотр и пальпацию перианальной области
 - 2. пальцевое исследование прямой кишки
 - 3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
 - **4. колоноскопию**
-
- 5. ректороманоскопию

11. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению

- 1. к внутреннему сфинктеру
 - **2. наружному сфинктеру заднего прохода**
 - 3. к морганиевой крипте
 - 4. клетчаточному пространству
-
- 5. к лонному сочленению

12. Причинами первичного анального зуда могут быть: 1. воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала 2. сахарный диабет 3. глистная инвазия 4. гепатит и пиэлонефрит 5. несоблюдение гигиены
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - 4. если правильный ответ 4
-
- **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

13. Течение хронического парапроктита может осложниться: 1. возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия 2. распространением воспалительного процесса 3. озлокачествлением 4. развитием недостаточности анального сфинктера 5. пектенозом
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - 4. если правильный ответ 4
-
- **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- 1. посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- 2. посев кала на дисбактериоз
- **3. цитологическое или гистологическое исследование**
- 4. сфинктерометрию
- 5. рентгенографию крестцового отдела позвоночника

15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- 1. кишечная непроходимость
- 2. кровотечение
- **3. обострение воспаления**
- 4. малигнизация
- 5. анальный зуд

16. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и

- 1. рак прямой кишки
- **2. кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки**
- 3. эпителиальный копчиковый ход
- 4. остеомиелит копчика
- 5. свищевую форму пиодермии

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

- **1. дифференцированного подхода к выбору вида операции**
- 2. прогнозирования исходов лечения
- 3. разработки мер профилактики осложнений
- 4. выбора вида обезболивания
- 5. для планирования сроков пребывания больного в стационаре

18. При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно

- 1. иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
- **2. иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением или зистой**
- 3. иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краев раны ко дну
- 4. иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием ее
- 5. иссечение свища с проведением латексной лигатуры

19. При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать

- 1. шелк
 - **2. викрил или полисорб**
 - 3. лавсан
 - 4. кетгут хромированный
 - 5. кетгут простой
-

20. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Оптимальным методом операции следует считать

- 1. иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
 - **2. иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затеков**
 - 3. иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затеков
 - 4. иссечение свища с подшиванием краев раны ко дну
 - 5. иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затеков
-

21. Пересечение аноскопической связки

- 1. производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
 - 2. выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
 - **3. целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком**
 - 4. при свищах прямой кишки никогда не производится
 - 5. не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера
-

22. Аноскопическая связка пересекается с целью

- 1. вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
 - 2. вскрытия межсфинктерного пространства
 - **3. вскрытия ретро - ректального клетчаточного пространства**
 - 4. вскрытия ишиоректального клетчаточного пространства
 - 5. профилактики недостаточности анального сфинктера
-

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

- 1. при 2 степени сложности свища
 - 2. при 1 степени сложности свища
-

- 3. при 3 степени сложности свища
- 4. при 4 степени сложности свища
- **5. при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и, есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута**

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

- **1. отсутствие повреждения анального сфинктера**
- 2. большая радикальность
- 3. меньший процент нагноений раны
- 4. меньшая травматичность операции
- 5. уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

25. При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению

- 1. перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
- **2. перфорация лоскута выше внутреннего отверстия**
- 3. выделение слизистой с внутренним сфинктером
- 4. использование электрокоагуляции для гемостаза
- 5. фиксация низведенного лоскута кетгутом

ВОПРОСЫ И ЗАДАЧИ

1. В амбулаторных условиях при тромбозе наружных геморроидальных узлов с наличием перианального отёка и некроза целесообразнее всего
- после наружного осмотра назначить консервативную терапию

2. При хирургическом лечении идиопатического левостороннего мегаколон операцией выбора является
- колэктомия с формированием илеоректального анастомоза конец в конец

3. К осложнениям хронического геморроя не относят
- полный внутренний свищ прямой кишки

4. Тактикой лечения при хроническом воспалении эпителиального копчикового хода является
- хирургическое лечение в плановом порядке

5. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что:

1. свищевой ход огибает глубокоую порцию наружного сфинктера

2. свищевой ход без затеков

3. отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища

6. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

1. широким внутренним отверстием в одной из крипт

2. Рубцовыми изменениями в стенке анального канала

3. Рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища

7. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

1. внутренним отверстием без рубцовой деформации

2. наличием затеков в клетчаточном пространстве

8. Четвертая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:

внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затеки

9. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется: **свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия**

10. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно:

1. наличие короткого свищевого хода

2. наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию

3. свободное прохождение зонда в просвет кишки

11. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно: **иссечение свища в просвет прямой кишки**

12. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях возможно при каком виде свища:

возможно при интрасфинктерном свище

13. При чрессфинктерном свище прямой кишки возможно в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить:

1. выполнять иссечение свища в просвет кишки

2. иссечение свища с ушиванием сфинктера

3. применять лигатурный метод с использованием шелка

4. провести латексную лигатуру

14. Во время операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо:

- 1. иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки**
- 2. вскрыть затеки**
- 3. иссечь внутреннее свищевое отверстие**
- 4. выскоблить внутрстеночную часть свищевого хода**
- 5. иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры**

15. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой могут быть связаны с:

- 1. ретракцией лоскута слизистой**
- 2. несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут**
- 3. оставлением части свищевого хода или затека**

16. Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно:

- 1. если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия**
- 2. при боковых свищах**
- 3. при передних свищах у женщин**
- 4. при передних свищах у мужчин**
- 5. при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране промежности**

17. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны:

- 1. ежедневные перевязки**
- 2. затягивания лигатуры при ее ослаблении**
- 3. своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой|**

18. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно:

- 1. не форсировать затягивание лигатуры**
- 2. избегать длительной тампонады раны анального канала**
- 3. следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно**

19. Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктер целесообразно:

наложить дополнительные чрезожные П-образные швы на сфинктер

20. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие:

1. нагноения раны
2. раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
3. прохождения твердых каловых комков при длительной задержке стула

21. Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью:

очистительной клизмы

22. Пальцевое исследование после операции по поводу свища прямой кишки с ушиванием сфинктера необходимо для:

1. определения тонуса сфинктера
2. определения волевых сокращений сфинктера
3. контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер
4. контроля затечением раневого процесса (наличие инфильтрата и др.)
5. предотвращения слипания краев слизистой

23. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как:

1-ю степень недостаточности анального

24. При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать:

медикаментозную стимуляцию сфинктера
лечебную физкультуру

25. Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно **- при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и, есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута**

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

- **отсутствие повреждения анального сфинктера**
-

27. При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению

- **перфорация лоскута выше внутреннего отверстия**
-

28. При операциях по поводу свища прямой кишки задняя дозированная сфинктеротомия

- **показана при заднем интрасфинктерным свищем**

29. Затягивание лигатуры интраоперационно проводится при операции по поводу свища прямой кишки:

целесообразно, если нет параректальных затеков не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, чем заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища

30. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано:

- 1. при 1 степени сложности свища**
- 2. при 2 степени сложности**

31. Под термином "ректоцеле" понимают:

мешковидное выпячивание стенки прямой кишки

32. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

- 1. разрывы промежности в родах**
- 2. упорные запоры**
- 3. ослабление мышц тазового дна**
- 4. многократные роды**
- 5. возрастные изменения тканей промежности**

33. Ректоцеле следует дифференцировать с:

- 1. кистой ректовагинальной перегородки**
- 2. выпадением слизистой прямой кишки**
- 3. промежностной грыжей**
- 4. выпадением стенок влагалища**
- 5. внутренним выпадением прямой**

34. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является:

выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище

35. Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:

при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны

36. От чего зависит выбор доступа при переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера:

выбор доступа зависит от размеров ректоцеле

37. Остроконечные кондиломы могут локализоваться:

1. на перианальной коже
2. на коже половых органов
3. в анальном канале

38. Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:
вирусом

39. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является:

опухоль Бушке - Левенштейна

40. Предрасполагающими причинами выпадения прямой кишки являются:

1. наследственный фактор
2. особенности конституции организма
3. особенности строения прямой кишки
4. дегенеративные изменения в мышцах запирающего аппарата прямой кишки
5. глубокий тазовый карман брюшины

41. Основными причинами, приводящими к выпадению прямой кишки, являются:

1. истощение
2. тяжелый физический труд
3. желудочно-кишечные заболевания
4. тупые травмы живота

42. К анатомо-конституциональным особенностям, являющимися предрасполагающими условиями для выпадения прямой кишки, относятся:

1. уплощение крестцово-копчиковой кривизны
2. цилиндрическая форма прямой кишки
3. олихосигма
4. чрезмерная подвижность сигмовидной и прямой кишок
5. врожденная слабость связочного аппарата

43. Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются:

1. по типу скользящей грыжи
2. по типу кишечной инвагинации

44. Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но при физической нагрузке, то это какая степень

вторая степень выпадения

45. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует:

необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки

46. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интаректальная инвагинация) является:

развитие солитарной язвы

47. Подтверждением слабости соединительно-тканых структур, что встречается при выпадении прямой кишки, является:

1. конституциональный тип больного
2. наличие грыжевых выпячиваний
3. наличие плоскостопия
4. варикозное расширение вен нижних конечностей

48. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить в каком положении:

в положении больного на корточках и с натуживанием

49. На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает:

наличие на выпавшей кишке зубчатой линии

50. К обязательным методам обследования у больных с выпадением прямой кишки относится:

1. наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки
2. ректороманоскопия
3. рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта

51. Шаровидная или яйцевидная форма выпадающей прямой кишки отмечается при:

1. при выраженной потере тонуса кишечной стенки
2. наличие петель тонкой кишки между стенками прямой кишки

52. Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15 см свидетельствует о:

вовлечение в патологический процесс сигмовидной кишки

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

дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки

54. Дифференцировать выпадение прямой кишки отэндофитных опухолей прямой кишки приходится при:

наличие внутреннего выпадения и солитарной язвы

55. Самый достоверный способ отличить эндофитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы

- **провести морфологическое исследование**
-

56. Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть

- **только хирургическим**
-

57. Операция Делорма заключается в

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

58. К фиксирующим операциям при выпадении прямой кишки относятся:

1. способ Зеренина - Кюммеля
2. способ Рипштейна
3. задне - петлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью тефлоновой сетки

59. В основу современной классификации хронического геморроя положены:

1. выраженность выпадения геморроидальных узлов
2. кровотечения из геморроидальных узлов

60. В патогенезе геморроя ведущими являются:

1. сосудистый фактор
2. механический фактор

61. При первой стадии геморроя внутренние узлы: **кровоточат, но не выпадают из анального канала**

62. Растяжение и дистрофия мышцы и связочного аппарата, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале, может развиваться из-за:

1. натуживаний при затрудненной дефекации
2. беременности и родов
3. злоупотребления алкоголем и острой пищей
4. подъема тяжестей
5. длительного вынужденного положения на работе

63. При третьей стадии геморроя внутренние узлы:

выпадают, для вправления необходимо ручное пособие

64. В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на: слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки

- **кровоточащий геморрой**
-

65. Этой пациентке целесообразно

- **амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении**

66. Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное. В крови умеренное снижение гемоглобина. При осмотре выявлен кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика

- **провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки**
-

67. Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя:

1. **кровотечения**
2. **выпадение узлов**

68. При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются:

1. **кровотечение**
 2. **выпадение узлов**
 3. **боли в заднем проходе**
-

69. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются:

1. **алым цветом крови**
2. **периодичностью**

70. Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на:

1. **устранение боли**
2. **улучшение микроциркуляции**
3. **улучшение кровотока в геморроидальных узлах**

4. уменьшение хрупкости сосудистых стенок

5. остановку кровотечений

71. Основные принципы действия препарата "Детралекс":

1. повышение венозного тонуса

2. купирование воспаления

3. стимуляция венозного кровотока

4. улучшение лимфодренажа

5. устранение микроциркуляторных расстройств

72. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся:

1. инфракрасная коагуляция

2. электрокоагуляция

3. склеротерапия

4. лигирование узлов латексными

73. Основные принципы применения малоинвазивных методик лечения геморроя:

1. они применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов

2. не применяются при выраженном наружном геморрое

3. не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности

74. Показанием к инфракрасной фотокоагуляции служит:
кровоточащий внутренний геморрой 1-2

75. Противопоказанием к проведению склеротерапии является:

1. тромбоз геморроидальных узлов

2. парапроктит острый

3. парапроктит хронический

4. анальная трещина

реабилитационная деятельность:

✓ ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

1. Выделение "алой" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для

- **1. геморроя**
- 2. раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- 3. раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
- 4. злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- 5. синдрома раздраженной толстой кишки

2. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является

- 1. на правом или левом боку
- 2. на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- **3. коленно-локтевое положение**
- 4. положение больного на спине в гинекологическом кресле

- 5. лежа на спине в постели

3. При проведении осмотра больного не имеет решающего значения

- 1. состояние кожи вокруг заднего прохода
- 2. глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
- **3. выраженность волосяного покрова**
- 4. следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже

- 5. наличие свищевых отверстий

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

- 1. боль в крестце
- **2. выделение крови при дефекации**
- 3. общая слабость
- 4. кишечная непроходимость

- 5. анемия

5. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является

- 1. анемия
- 2. нарушение выделительной функции толстой кишки
- 3. нарушение кишечной проходимости
- **4. боли в животе**

- 5. общая слабость

6. Для рака правой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является

- 1. кишечная непроходимость
- 2. общая слабость
- 3. боли в крестце
- **4. боли в животе**

- 5. выделение сгустков крови из прямой кишки

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

- **1. всегда 6-ти часам по циферблату**
- 2. 6-ти часам только при положении пациента на спине
- 3. 6-ти часам только положение пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- 4. 9-ти часам при положении пациента на левом боку
- 5. 9-ти часам при положении пациента на правом боку

8. Пальцевое исследование прямой кишки производится

- **1. как начальный этап обследования проктологического больного**
- 2. после ректороманоскопии
- 3. после проктографии
- 4. после проведения ирригоскопии
- 5. после выполнения колоноскопии

9. Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются: 1. ориентировочная оценка состояния костного скелета таза 2. оценка состояния внутренних половых органов (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин) 3. оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода 4. определение состояния просвета прямой кишки, степени ее подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки 5. оценка состояния ректовагинальной перегородки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

10. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1. на левом боку с приведенными к животу коленями 2. в коленно-локтевом положении 3. на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения) 4. стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклоненным вперед туловищем 5. лежа на животе по Депажу Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3

- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

11. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1. только в положении пациента на спине (в положении для камнесечения) 2. только в положении по Депажу 3. только в коленно-локтевом положении 4. в положении пациента в зависимости от конкретной ситуации и цели исследования 5. в положении, наиболее удобном для врача Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

12. Диагностическими задачами ректороманоскопии являются: 1. определение характера патологического процесса 2. определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки 3. оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки 4. биопсия 5. взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

13. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1. ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки 2. рабочие части ректоскопа должны быть теплыми и хорошо смазаны вазелином 3. введение тубуса с мандреном в задний проход не должно быть грубым 4. ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой 5. тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

14. В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1. позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия 2. протяженность осмотра 3. причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру 4. тип ректоскопа 5. выявленные находки, их локализацию в см при введении ректоскопа в соответствии с правилом "циферблата часов" Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

15. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1. геморроя 2. анальных трещин 3. криптита 4. язвенного проктита 5. новообразований прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

16. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1. сфинктерометрия 2. пальцевое исследование анального канала 3. изучение кремастерного и анального рефлекса 4. ректороманоскопия 5. ирригоскопия Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

17. Проба с красителем при диагностике свища прямой кишки используется для: 1. установления характера происхождения свища 2. дифференциальной диагностики специфического свища (туберкулезной и т.д. этиологии) 3. определения локализации свищевого хода 4. установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки 5. выявления затеков и полостей Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

18. Фистулография при свищах прямой кишки помогает: 1. выявить направление свищевого хода 2. установить наличие полостных образований 3. выявить разветвления свищевого хода 4. установить степень рубцовых изменений анального сфинктера 5. оценить функцию анального жома
Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

19. Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются: 1. острое начало 2. боли в области заднего прохода 3. повышение температуры тела 4. выделения из прямой кишки алой крови 5. гнойные выделения из заднего прохода
Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4

- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

20. Для хронического парапроктита наиболее характерным является

- 1. гематурия
- **2. наличие свищевого отверстия**
- 3. выделение алой крови в конце акта дефекации
- 4. боли внизу живота

- 5. диарея

21. При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести

- 1. общий анализ крови
- 2. общий анализ мочи
- 3. посев отделяемого из свища на микрофлору
- **4. биопсию**

- 5. исследование на раковый антиген

22. При хроническом геморрое необязательным является

- 1. осмотр промежности
- 2. ректороманоскопия
- 3. anoscopy

- 4. колоноскопия
 - **5. проктография**
-

23. При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является

- 1. кровотечение струйкой в конце акта дефекации
 - 2. выделение крови в конце акта дефекации каплями
 - **3. слизисто-кровянистые выделения из ануса**
 - 4. выделение малых порций алой крови
 - 5. "стулобоязнь"
-

24. Пальцевое исследование прямой кишки и анального канала нужно произвести

- 1. при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии
 - 2. при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии
 - 3. после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта
 - **4. до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента, обратившегося к специалисту - колопроктологу**
 - 5. после проктографии
-

25. Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является

- 1. наличие анальной трещины
 - 2. подозрение на рак нижнеампулярного отдела прямой кишки
 - **3. атрезия заднего прохода**
 - 4. травма прямой кишки
 - 5. кишечное кровотечение
-

Вопросы и задачи

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

- **2,5%-7,5%**
-

2. Чаще всего могут превращаться в злокачественные опухоли

- **полипы на широком основании**
-

3. Чаще всего подвергаются озлокачествлению

- **ворсинчатые полипы**
-

4. Озлокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в каком проценте случаев

- **2 - 4% наблюдений**
-

5. Облигатным предраком является

- **семейный аденоматоз**
-

6. Доброкачественные опухоли прямой кишки не могут

- **нарушать перевариваемость пищи**
-

7. Наиболее частый гистологический тип полипа толстой кишки

- **аденоматозный**
-

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

- **дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа**
-

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

- **колоноскопию с биопсией**
-

10. 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

- **госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа**
-

11. Наиболее характерным для одиночных полипов толстой кишки размерами до 1,0 см является

- **отсутствие симптомов**
-

12. Из перечисленных ниже признаков наиболее типичным для доброкачественных образований прямой кишки является

- **отсутствие симптомов**
-

13. Наиболее эффективным методом диагностики одиночных полипов прямой кишки является

- **ректороманоскопия**
-

14. При обнаружении полипа прямой кишки размером 1 см необходимо

- **произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип**
-

15. Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

- **от 0,5 см и более**
-

16. Отдаленные результаты лечения доброкачественных эпителиальных образований зависят

- **от способа удаления**
-

17. Наиболее эффективным из перечисленных способов лечения полипов прямой кишки является

- **электроэксцизия полипов**

18. Для лечения аденом прямой кишки лучше всего применять

- **электрокоагуляцию**
-

19. При электрокоагуляции (эндоскопическом удалении) доброкачественных образований прямой кишки возможно возникновение

- **кровотечения и перфорации кишки**
-

20. Если при гистологическом исследовании биоптата из полипа обнаружен участок перехода в аденокарциному, то необходимо

- **выполнить радикальную операцию**
-

21. После удаления одиночных полипов прямой кишки необходимо проводить профилактический осмотр

- **1 раз в год**
-

22. Если после удаления одиночного полипа получен ответ аденокарцинома в полипе, то необходимы

- **повторный осмотр места расположения полипа и взятие материала из ложа удаленного полипа для гистологического исследования**
-

23. Наиболее частый исход оперативного лечения одиночных полипов прямой кишки

- **выздоровление**
-

24. Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно

- **выделение крови и слизи из прямой кишки**
-

25. Озлокачествление множественных полипов происходит

- **в 15 - 20% наблюдений**
-

26. Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются

- **выделение слизи и крови из заднего прохода**
-

27. Эффективным методом диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки является

- **колоноскопия**
-

28. Наиболее вероятные отдаленные результаты хирургического лечения ворсинчатой опухоли прямой кишки - это

- **выздоровление, если не будет рецидива ворсинчатой опухоли**
-

29. Ворсинчатую опухоль прямой кишки размерами до 2см следует лечить путем выполнения

- **эндоскопического удаления**
-

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

- **трансанальная резекция прямой кишки**
-

31. Если обнаружен рецидив доброкачественной опухоли прямой кишки, то необходимо выполнить

- **повторное иссечение рецидива опухоли или электрокоагуляцию, если не произошло злокачественного перерождения**
-

32. После удаления доброкачественной опухоли прямой кишки необходимо наблюдение за больным

- **1. 1 раз в год**
-

33. Важнейшим отличительным признаком семейного аденоматоза толстой кишки является

- **наследственный характер заболевания**
-

34. Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является

- **супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки**

35. При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены

- **аденомами**
-

36. Ранним клиническим проявлением семейного аденоматоза толстой кишки чаще всего является:

- **примесь крови и слизи в кале**
-

37. К характерным внекишечным проявлениям семейного аденоматоза толстой кишки относятся

- **липомы, остеомы, десмоиды**
-

38. Для синдрома Пейтца - Егерса характерными внекишечными проявлениями являются

- **меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ**
-

39. К группе лиц, у которых семейный аденоматоз толстой кишки наиболее вероятен, относятся:

1. **дети больных семейным аденоматозом**
2. **близкие родственники больных**
3. **больные, у которых при обследовании обнаружены полипы желудка и двенадцатиперстной кишки**
4. **пациенты с множественными внекишечными доброкачественными**

40. В диагностике семейного аденоматоза толстой кишки ведущее значение имеют:

- 1. ректороманоскопия**
- 2. ирригоскопия**
- 3. колоноскопия**

41. Малигнизация полипов в толстой кишке наблюдается наиболее часто:

- 1. при аденоматозной стадии полипоза**
- 2. при аденопапилломатозной стадии полипоза**

42. Рак толстой кишки при семейном аденоматозе наиболее часто развивается:

- 1. в слепой и восходящей кишке**
- 2. в прямой кишке**
- 3. в нисходящей кишке**
- 4. в сигмовидной кишке**

43. При ювенильной форме полипоза толстой кишки наиболее редко поражается:

- 1. слепая и восходящая кишка**
- 2. нисходящая ободочная кишка**

44. При гамартном полипозе желудочно-кишечного тракта полипами наиболее часто поражается:

- 1. желудок**
- 2. тонкая кишка**

45. Диффузный полипоз толстой кишки чаще всего приходится идентифицировать с
множественными полипами толстой

46. При дифференциальной диагностике диффузного полипоза и множественных полипов толстой кишки необходимо учитывать:

- 1. наличие семейного характера заболевания**
- 2. число полипов в толстой кишке**
- 3. возраст больного**
- 4. пол больного**

47. Индекс малигнизации полипов при семейном аденоматозе толстой кишки составляет

- . 100%**

48. Основным видом лечения диффузного полипоза толстой кишки является

- **удаление толстой кишки, пораженной полипами**

49. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака не выше 6 см от края ануса необходимо выполнить

- **колпроктэктомия**
-

50. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака выше 7 см от края ануса необходимо выполнить

- **колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки**
-

51. При диффузном полипозе толстой кишки, когда свободными от полипов остаются только слепая и восходящая кишки и в прямой кишке на 7-8 см от края заднего прохода располагается злокачественная опухоль, целесообразно выполнить

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

52. В случае тотального поражения полипами ободочной кишки и отсутствия полипов в прямой кишке целесообразно выполнять

- **субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом**
-

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

- **субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректоанастомозом**
-

54. В отдаленные сроки после радикальных операций по поводу диффузного полипоза толстой кишки возможны:

1. **злокачественная трансформация полипов в оставшихся отделах толстой кишки**
2. **образование десмоидных фибром брюшной полости**
3. **образование свищей илеостомы**
4. **полное выздоровление пациента**

55. Диспансеризация больных, радикально оперированных, по поводу диффузного полипоза толстой кишки предусматривает:

1. **выявление и своевременная коррекция обменных нарушений**

2. контроль за ростом полипов в желудке и тонкой кишке, сохраненных сегментах толстой кишки
3. выявление рецидива рака толстой кишки, новых злокачественных опухолей
4. выявление десмоидных фибром брюшной полости

56. Для характеристики распространенности опухолевого процесса в Международной классификации злокачественных опухолей прямой кишки (рака) не применяются символы:

1. M 0
2. T1-4
3. N 0, N1, 2.

57. Распространенность опухолевого процесса в прямой кишке обозначается как I I-a стадия в том случае, когда

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

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

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

59. Какая тенденция с заболеваемостью раком толстой кишки в настоящее время

- увеличивается
-

60. Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте

- 50 - 59 лет
 - ворсинчатые опухоли
-

61. Заболеваемость раком прямой кишки коррелирует с такими факторами, как:

1. условия жизни и характер питания
2. условия работы
3. наличие воспалительного заболевания толстой кишки
4. сезонность заболевания

62. Пол человека на заболеваемость раком прямой кишки:

1. оказывает существенное влияние
2. оказывает, но с учетом качества пищи

63. Выделение крови из заднего прохода является наиболее характерным симптомом для:

1. геморроя
2. рака прямой кишки
3. неспецифического язвенного колита
4. свища прямой кишки
5. эпителиального копчикового хода

64. Крайним симптомам рака прямой кишки не относится:

1. избыток слизи в стуле
2. небольшое количество крови в стуле
3. неустойчивый стул
4. боли в крестце
5. тенезмы

65. Симптомы характерные для рака прямой кишки:

1. запор
2. гнойные выделения из кишки

66. Наименьшую информацию о состоянии заднего прохода проктологи получают при применении

- **ирригоскопии**
-

67. Дифференциальный диагноз между раком анального канала и трещиной заднего прохода может быть проведен на основании

- **цитологического исследования**
-

68. Наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки является

- **хирургический**
-

69. Дренирование лимфатических узлов прямой кишки первого порядка осуществляется по лимфатическим сосудам, проходящим вместе с

- **верхними прямокишечными сосудами**
-

70. Анатомическая граница между анальным каналом и прямой кишкой проходит

- **по аноректальной линии**
-

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

- **аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия**
-

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

- **удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания**
-

73. Невозможность выполнения радикальной операции по поводу рака прямой кишки объясняется

- **множественными отдаленными метастазами рака**
-

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

- **1. 1 см**
-

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

- **операцию Гартмана**
-

психолого-педагогическая деятельность:

✓ ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

1. Криптитом называется воспаление

- 1. в морганиевых синусах
 - 2. в анальных сосочках
 - **3. в морганиевых криптах**
 - 4. перианальной кожи
 - 5. слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки
-

2. Хирургическое лечение при криптите показано при

- 1. распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
 - **2. абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита**
 - 3. выделении фибрина из прямой кишки
 - 4. гиперемии крипты
 - 5. при болезненных ощущениях во время акта дефекации
-

3. Папиллит - это

- 1. спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- 2. тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- **3. воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии**
- 4. воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- 5. кондиломатозные разрастания кожи промежности

4. Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1. крипты 2. геморроя 3. острого парапроктита 4. остроконечных перианальных кондилом 5. неполного внутреннего свища Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

5. Основным отличием анального сосочка от аденомы является: 1. расположение на уровне аноректальной линии 2. расположение выше уровня аноректальной линии 3. выпадение из анального канала 4. гистологическое строение 5. отсутствие выраженной ножки Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

6. Радикальным лечением папиллита может быть: 1. иссечение анального сосочка 2. электрокоагуляция анального сосочка 3. иссечение сосочка вместе с соседней криптой 4. ежедневное прижигание сосочка ляписом 5. микроклизмы с 0,3% раствором колларгола Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

7. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием

- 1. злокачественного процесса
- 2. перианальных кондилом
- **3. острого парапроктита**

- 4. анальной трещины
 - 5. геморроя
-

8. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается

- **1. в морганиевой крипте**
 - 2. на линии Хилтона
 - 3. в нижнеампулярном отделе прямой кишки
 - 4. в верхнеампулярном отделе прямой кишки
 - 5. в среднеампулярном отделе прямой кишки
-

9. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является

- 1. зуд в области промежности
 - 2. боль в прямой кишке пульсирующего характера
 - 3. кровотечение во время дефекации
 - 4. наличие на коже промежности рубцов
 - **5. наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности**
-

10. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять

- 1. наружный осмотр и пальпацию перианальной области
 - 2. пальцевое исследование прямой кишки
 - 3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
 - **4. колоноскопию**
 - 5. ректороманоскопию
-

11. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению

- 1. к внутреннему сфинктеру
 - **2. наружному сфинктеру заднего прохода**
 - 3. к морганиевой крипте
 - 4. клетчаточному пространству
 - 5. к лонному сочленению
-

12. Причинами первичного анального зуда могут быть: 1. воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала 2. сахарный диабет 3. глистная инвазия 4. гепатит и пиелонефрит 5. несоблюдение гигиены
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
-

- 4. если правильный ответ 4
 - **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**
-

13. Течение хронического парапроктита может осложниться: 1. возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия 2. распространением воспалительного процесса 3. озлокачествлением 4. развитием недостаточности анального сфинктера 5. пектенозом Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - 4. если правильный ответ 4
 - **5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**
-

14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- 1. посев отделяемого свища для определения микрофлоры
 - 2. посев кала на дисбактериоз
 - **3. цитологическое или гистологическое исследование**
 - 4. сфинктерометрию
 - 5. рентгенографию крестцового отдела позвоночника
-

15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- 1. кишечная непроходимость
 - 2. кровотечение
 - **3. обострение воспаления**
 - 4. малигнизация
 - 5. анальный зуд
-

16. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и

- 1. рак прямой кишки
 - **2. кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки**
 - 3. эпителиальный копчиковый ход
 - 4. остеомиелит копчика
 - 5. свищевую форму пиодермии
-

17. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что: 1. свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера 2. свищевой ход без затеков 3. отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища 4. свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы 5. есть воспалительные

изменения в запирательном аппарате прямой кишки Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - 4. если правильный ответ 4
 - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

18. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется: 1. широким внутренним отверстием в одной из крипт 2. Рубцовыми изменениями в стенке анального канала 3. Рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища 4. затеками в параректальной клетчатке 5. воспалительными изменениями в соседних криптах Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - 4. если правильный ответ 4
 - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

19. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется: 1. широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией 2. внутренним отверстием без рубцовой деформации 3. свищевым ходом без затеков и полостей 4. наличием затеков в клетчаточном пространстве 5. прямым свищевым ходом Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - **3. если правильные ответы 2 и 4**
 - 4. если правильный ответ 4
 - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

20. Четвертая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что: 1. свищевой ход всегда прямой 2. свищевой ход идет экстрасфинктерно без затеков в параректальной клетчатке 3. внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации 4. внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затеки 5. всегда есть инфильтрация стенки анального канала Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
-

- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

21. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется:
1. два внутренних отверстия при одном наружном 2. два наружных отверстия при одном внутреннем 3. извилистые свищевые ходы с дополнительными затеками в одном параректальном клетчаточном пространстве 4. свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия 5. свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

22. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно: 1. наличие короткого свищевого хода 2. наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию 3. свободное прохождение зонда в просвет кишки 4. наличие гнойных полостей 5. частое обнаружение гнойных затеков
Выберите правильный ответ по схеме:

- **1. если правильные ответы 1,2 и 3**
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- 4. если правильный ответ 4
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

23. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно: 1. иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом 2. рассечение свищевого хода без иссечения тканей 3. иссечение свища с низведением слизистой 4. иссечение свища в просвет прямой кишки 5. иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами
Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
- 2. если правильные ответы 1 и 3
- 3. если правильные ответы 2 и 4
- **4. если правильный ответ 4**
- 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

24. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях:
1. полностью исключено 2. нецелесообразно только по причине неадекватной

анестезии 3. если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике 4. возможно при интрасфинктерном свище 5. целесообразно при неполных внутренних свищах Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - **4. если правильный ответ 4**
 - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

25. При чрессфинктерном свище прямой кишки лучше всего: 1. всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки 2. иссечение свища с ушиванием сфинктера 3. применять лигатурный метод с использованием шелка 4. в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций 5. провести латексную лигатуру Выберите правильный ответ по схеме:

- 1. если правильные ответы 1,2 и 3
 - 2. если правильные ответы 1 и 3
 - 3. если правильные ответы 2 и 4
 - **4. если правильный ответ 4**
 - 5. если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.
-

Вопросы и задачи

1. Тератоидные образования параректальной клетчатки

- **имеют эмбриональное происхождение**
-

2. Для тератоидных образований параректальной клетчатки наиболее характерными клиническими симптомами являются

- **боли в крестцово-копчиковой области и промежности и воспалительные процессы с образованием свищей**
-

3. Наиболее частым клиническим симптомом пресакральных тератоидных образований являются

- **боли в крестцово-копчиковой области и заднем проходе**
-

4. Для тератоидных образований характерно

- **отсутствие кровотечения.**

5. К обязательным методам обследования больных каудальными тератомами относится:

- 1. наружный осмотр крестцово-копчиковой области и промежности**
- 2. пальцевое исследование прямой кишки**
- 3. ректороманоскопия**
- 4. проктография**

6. Эндоскопическая картина при каудальных тератомах чаще всего характеризуется:

сдавлением извне стенки кишки, сужением ее просвета и смещением прямой кишки при неизменной слизистой оболочке

7. Характерными признаками эмбриона пресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются:

- 1. расширение ретроректального пространства**
- 2. смещение прямой кишки вперед**
- 3. сдавление задней стенки прямой кишки**

8. Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом

- **хирургическое лечение с удалением эмбрионы и свищей**
-

9. Хирургическое лечение тератоидных образований необходимо

- **во всех случаях при установленном диагнозе**
-

10. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является

- **ранение мочеочника**

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

- **маточной артерии**
-

12. После удаления тератомы в ближайшем послеоперационном периоде труднее всего ожидать

- **рецидива тератомы**
-

13. Наименее вероятным в отдаленные сроки после удаления каудальных тератом является

- **недостаточность анального сфинктера**
-

14. Самая вероятная причина рецидивов тератоидных образований связана

- **с неполным удалением оболочек кисты или оставлением незамеченной дочерней кисты малых размеров**
-

15. Важнейшим отличительным признаком крестцово-копчиковых хордом от пресакральных тератом являются

- **наличие разрушения костной ткани, обнаруживаемого при рентгенологическом исследовании крестца и копчика**
-

16. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет

- **гистологическое исследование пункционного биоптата**
-

17. Для переднегоакрального менингоцеле, в отличие от пресакральных тератом, характерно:

1. **высокое расположение образования в пресакральной области**
2. **положительный симптом кашлевого толчка**
3. **нарушение функции тазовых органов**

18. Решающим при дифференциальной диагностике переднего сакрального менингоцеле и каудальных тератом является:

миелография

19. Отличительными признаками эндометриоза прямой кишки от пресакральных тератом является:

1. **кровянистые выделения из прямой кишки во время менструации**
2. **увеличение узлов эндометриоза во время менструации**
3. **усиление болей во время менструации**

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

- **пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств**
-

21. Неизменный воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой

- **подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика**
-

22. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен

- **врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области**
-

23. Клиническими проявлениями неосложненного копчикового хода могут быть

- **наличие первичных отверстий хода**

24. Особенности течения болезни при эпителиальном копчиковом ходе:

1. при аномалии развития эпителиальный копчиковый ход существует к моменту рождения ребенка

2. эпителиальный копчиковый ход в первые годы жизни может быть незамечен

3. в период половой зрелости часто возникает воспалительный процесс в самом ходе и окружающей клетчатке

25. Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является:

воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке

26. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является

- **наличие первичных отверстий хода в межягодичной складке**
-

27. Эпителиальный копчиковый ход анатомически связан:

- **связан с крестцом**
-

28. К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относится:

пальцевое исследование прямой кишки

введение краски в первичные отверстия хода

29. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода могут образоваться гнойные свищи крестцово-копчиковой области. При этом сам копчик:

1. всегда вовлекается в воспалительный процесс

2. никогда не вовлекается в процесс

3. приобретает патологическую подвижность

30. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода:

1. общее состояние больного страдает мало

2. гнойное отделяемое из отверстий хода скудное

3. по ходу вторичных свищей могут быть рубцы

31. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при

- **рецидивирующих воспалениях крестцово-копчиковой области**
-

32. После иссечения неосложненного эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области после операционной раны, есть небольшая инфильтрация краев раны. Больному необходимо

- **не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники**
-

33. Через несколько месяцев после операции по поводу неосложненного 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 межягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является

- **оставление первичного отверстия**
-

34. Причиной развития мегаколон у взрослых может быть:

1. **врожденная аномалия интрамурального нервного аппарата толстой кишки**
2. **механическое препятствие в толстой кишке или в анальном канале**
3. **заболевание ЦНС, эндокринной системы**
4. **токсическое воздействие различных веществ**
5. **инфекция**

35. Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является: **врожденное недоразвитие интрамуральной нервной системы толстой кишки**

36. При болезни Гиршпрунга может быть:

1. **отсутствие ганглиев мышечно-кишечного сплетения**
2. **уменьшение числа и размеров ганглиев межмышечного сплетения**
3. **дистрофия ганглиев в расширенных отделах толстой кишки**
4. **наличие ганглиев без нервных клеток в них**
5. **пучки безмякотных нервных волокон**

37. Характерным для болезни Гиршпрунга является:

1. **отсутствие самостоятельного стула**
2. **постоянное вздутие живота**
3. **отставание в физическом развитии**

38. Вздутие живота при болезни Гиршпрунга насколько часто отмечается: **постоянно**

39. Выраженные изменения внешнего вида пациента бывают при каких заболеваниях:

- 1. при психогенном мегаколоне**
- 2. при идиопатическом мегаколоне**
- 3. при болезни Гиршпрунга**

40. При болезни Гиршпрунга у взрослых отмечается:

- 1. бочкообразная грудная клетка**
- 2. увеличение объема живота**
- 3. бледность кожных покровов**
- 4. расхождение прямых мышц живота**

41. Ведущими симптомами болезни Гиршпрунга у взрослых являются:

- 1. отсутствие самостоятельного стула**
- 2. метеоризм**

42. Течение болезни Гиршпрунга зависит от:

- 1. протяженности аганглионарной зоны**
- 2. степени компенсации вышележащих отделов кишечника**
- 3. времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения**

43. Выделяют анатомические формы аганглиоза толстой кишки, к ним относятся:

- 1. супраанальная форма**
- 2. ректальная форма**
- 3. ректосигмоидальная**
- 4. субтотальная форма**

44. Супраанальная форма болезни Гиршпрунга - это:

недоразвитие нервного аппарата нижеампулярного отдела прямой кишки

45. Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить у какого процента пациентов:
у всех больных

46. Основное значение в диагностике болезни Гиршпрунга имеет:

- 1. ирригоскопия**
- 2. полнослойная биопсия прямой кишки**

47. Ирригоскопия и ирригография при наличии мегаколон должна определить:

- 1. наличие или отсутствие аганглионарной зоны и ее протяженность**
- 2. протяженность и степень расширения толстой кишки**
- 3. сократительную способность стенки толстой кишки**

4. наличие или отсутствие других изменений (стриктура, опухоль)

48. Аганглиоз наиболее часто бывает в каком отделе кишечника:
в прямой кишке

49. При морфологическом исследовании стенки прямой кишки в зоне аганглиоза при болезни Гиршпрунга может быть обнаружено:

- 1. отсутствие ганглиев в межмышечном и подслизистом нервных сплетениях**
- 2. уменьшение числа ганглиев интрамурального нервного аппарата прямой кишки**
- 3. гиперплазия ганглиев без увеличения их числа**

50. При физиологическом исследовании замыкательного аппарата прямой кишки для болезни Гиршпрунга патогномично:
отсутствие реакции внутреннего сфинктера в ответ на его раздражение

51. Полнослойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет:
определить состояние интрамурального нервного аппарата

52. Правильным методом лечения болезни Гиршпрунга является:
только хирургический

53. Главной целью оперативного лечения при болезни Гиршпрунга является:
"выключение" из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны

54. Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует:

на границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки

55. Уровень наложения двуствольной колостомы при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга определяется:

- 1. целью колостомии**
- 2. состоянием всех отделов толстой кишки**
- 3. локализацией зоны аганглиоза**

56. При многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга целью первого этапа является:

- 1. ликвидация кишечной непроходимости**
- 2. налаживание эвакуации кишечного содержимого у ослабленных больных**
- 3. сохранение части толстой кишки при тотальном мегаколоне**

57. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется:

- 1. длиной аганглионарной зоны**
- 2. протяженностью декомпенсированных расширенных отделов кишечника**
- 3. общим состоянием больных**

58. Применение многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга показано:

- 1. при декомпенсированном состоянии больного**
- 2. при наличии калового камня**
- 3. при тотальном мегаколоне**

59. Операция Соаве – это:

низведение компенсированной части толстой кишки после резекции измененных ее отделов через демукозизированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза

60. Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец" по автору называется

операция Свенсона

61. Операция Дюамеля – это:

низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры

62. Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых диаметров – это:

операция Ребейна

63. Основной причиной отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью Гиршпрунга явилось:

трудности выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза

64. Мобилизацию зоны аганглиоза, особенно прямой кишки, при болезни Гиршпрунга проводят как можно ближе к кишке для:

уменьшения травматизации нервных путей в малом тазу профилактики мочеполовых расстройств

65. К преимуществам модифицированной операции Дюамеля относятся:

- 1. максимальное удаление аганглионарной зоны без излишней травматизации тазовых органов**
- 2. отсутствие повреждения внутреннего сфинктера прямой кишки**

3. безопасный и асептический колоанальный анастомоз

4. профилактика несостоятельности анастомоза

66. При субтотальном и тотальном мегаколон у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции:

- 1. Ребейна**
- 2. Свенсона**

67. Нехарактерными осложнениями операции Дюамеля являются:

- 1. недостаточность швов колоректального анастомоза**
- 2. мочеполовые расстройства**

68. Чаще всего противопоказанием к наложению "первичного" анастомоза по Дюамелю у больных с болезнью Гиршпрунга является:

невозможность тщательной очистки толстой кишки перед операцией

69. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:

- 1. рецидиве мегаколон**
- 2. различных осложнениях в области сформированного анастомоза**
- 3. недостаточности анального сфинктера**

70. Основным методом лечения психогенного мегаколон является:

консервативное, направленное калечение основного заболевания и коррекцию функции толстой кишки

71. Появление неудержимого поноса (так называемого парадоксального поноса) на фоне длительного отсутствия стула при болезни Гиршпрунга обусловлено:

- 1. развитием воспалительного процесса в кишке**
- 2. образованием в кишке стеркороальных язв**
- 3. выраженным дисбактериозом**

72. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является

- бесвищевая форма атрезии**
-

73. Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является

- **двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом по Дюамелю**

74. Для врожденной ангиодисплазии характерно все, кроме

- **поражение на слизистой в виде телеангиоэктазии**

75. Для врожденной ангиодисплазии характерно поражение локализуется в дистальных отделах толстой кишки

изменение сосудов кишки могут сочетаться с поражением сосудов других органов малого таза

большая протяженность поражения.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной

	удовлетворительно м уровне.	на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельству ет об устойчиво закрепленном практическом навыке	дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированно й на высоком уровне.
--	--------------------------------	---	--

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать ВЫВОДЫ	логичность и последовательн ость ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать	высокая логичность и последовательно сть ответа

	глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительно умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	--	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности

				ти решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует