

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

Кафедра хирургических болезней №2

Оценочный материал
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЯ**
(приложение к рабочей программе дисциплины)
Специальность 31.08.55 Колопроктология

I. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цели освоения дисциплины Колопроктология: подготовка квалифицированного врача-колопроктолога, обладающего системой универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Задачи: формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний по специальности 31.08.55 Колопроктология; подготовка врача-колопроктолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин; формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов и обеспечивающих решение профессиональных задач в процессе осуществления всех видов профессиональной деятельности.

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. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки

- 1. в подкожной клетчатке
- 2. под сухожилием наружной косой мышцы живота
- 3. между наружной и внутренней косыми мышцами
- **4. между внутренней косой и поперечной мышцей**
- 5. между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

2. Прямая мышца живота

- 1. фиксирована только к переднему листку влагалища
- 2. фиксирована только к заднему листку влагалища
- **3. фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища**
- 4. не фиксирована к обоим листкам влагалища д) не имеет фасциальной оболочки

3. Нижняя надчревная артерия (a. profunda)отходит

- 1. от бедренной артерии
- 2. от внутренней подвздошной артерии
- 3. от пупочной артерии
- **4. от наружной подвздошной артерии**
- 5. от запирающей артерии

4. Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота распространяется

- 1. в околопупочную область
- 2. в предпузырное пространство
- 3. в свободную брюшную полость
- 4. в соседнее апоневротическое влагалище мышцы
- **5. гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы**

5. Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота распространяется

- 1. на бедро
- 2. в клетчатку малого таза
- 3. гнойник локализуется только во влагалище мышцы
- **4. в предпузырное пространство**
- 5. в околопупочную область

6. Стенками сальниковой сумки не является

- 1. задняя стенка желудка
- 2. малый сальник
- **3. начальная часть 12-перстной кишки**
- 4. брыжейка поперечной ободочной кишки
- 5. листок брюшины, покрывающий переднюю поверхность поджелудочной железы

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

- **1. справа**
 - 2. слева
 - 3. спереди от артерии
 - 4. позади артерии
 - 5. огибает артерию в виде кольца
-

8. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью

- 1. печеночной артерии
 - 2. желудочно – 12 перстной артерии
 - **3. брюшной аорты**
 - 4. правой желудочно-сальниковой артерии
 - 5. правой почечной артерии
-

9. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки

- 1. пять
 - 2. семь
 - **3. десять**
 - 4. шестнадцать
 - 5. нет ни одного
-

10. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1. привратник 2. баугиниева заслонка 3. наружный сфинктер заднего прохода 4. внутренний сфинктер 5. сфинктер Гирша 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. 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 запирательной 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 запирательной 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 запирательного 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. ретрооректальным 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. запираательная 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

При травме прямой кишки предпочтительна вид стомы:

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 какого процента пациентов:

- **У всех больных**

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 узловатые 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, 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 транссфинктерно**

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 межягодичной 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 снаружи 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 (сенаде 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 тромбофлебит геморроидальных узлов
2. Тромбоз является осложнением геморроя

3. Коагулограмма . В остром периоде дополнительные исследования противопоказаны

4 Консервативное лечение: теплые сидячие ванночки. Флеботоники (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. 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. 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 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 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. 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 слизистой**
 - 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 анокопчиковой 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 ретро ректальным затеком**
- 4. при свищах прямой кишки никогда не производится
- 5. не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера

22. Анокопчиковая 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 глубокую 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 чрезкожные 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 от эндофитных 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 сближающих 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 узловатая 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

Критерии оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
---	--	---	---

	компетенции		
<p>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</p>	<p>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 удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>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 дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

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 последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом;	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако	логичность и последовательность ответа

	свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	допускается одна - две неточности в ответе	
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 основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное	высокая	высокая	высокий уровень

	понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	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 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