

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

Оценочные материалы

по дисциплине: **«Избранные вопросы колопроктологии»**

Специальность 31.08.67 Хирургия

2023 г.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
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	определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6, готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

ПК- 5:

Задания закрытого типа:

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 аноскопическая 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 необязательным является

- 1. осмотр промежности
- 2. ректороманоскопия
- 3. anosкопия
- 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 гастроуденоскопии 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

Задания открытого типа:

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 не участвует 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 интаректальном 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 илеоанастомоза 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?
- аортоподвздошногазовой 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 постнаркотическом периоде чаще вызывает
- **морфин**

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

ПК – 6:

Задания закрытого типа:

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

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

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

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**

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

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

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

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**

затектов

- 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
-

Задания открытого типа:

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 эндодифитных опухолей прямой кишки приходится при:

наличие внутреннего выпадения и солитарной язвы

55. Самый достоверный способ отличить эндодифитную 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 тefлоновой 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:
кровооточающий 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 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 удовлетворительном уровне.	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 закреплённом практическом навыке	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.

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; 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	удовлетворительное 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 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 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