

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО
Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 05/2025
«20» мая 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.
Алмазова» Минздрава России
Е.В. Шляхто
«02» июня 2025 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования
по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.55 Колопроктология**

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2025

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Сигуа Бадри Валериевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой общей хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Сингаевский Андрей Борисович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры общей хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Фионик Ольга Владимировна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры общей хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Соколова Анна Сергеевна	к.м.н.	Доцент кафедры общей хирургии ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
5.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
8.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
11.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
12.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
13	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры общей хирургии «20» февраля 2025 г., протокол № 2.

Программа «Государственная итоговая аттестация» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «20» мая 2025 г., протокол № 05/2025.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации по специальности ординатуры 31.08.55 Колопроктология разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (в действующей редакции);
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Минобрнауки России от 25 августа 2014 г. № 1098;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 февраля 2019 г. № 69н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-колопроктолог»;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. n 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
- Уставом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее - Центр Алмазова);
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

1.2. К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план основной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология.

2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр Алмазова) по специальности 31.08.55 Колопроктология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

3. ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

- проверка уровня сформированности необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с профессиональным стандартом.

Выпускник программы по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень ординатуры) должен быть готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- диагностика беременности;
- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

4. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.55 КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

4.1. В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке

государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее - ПК) в соответствии с видами деятельности, указанными в п.3 настоящего документа:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

5. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из двух этапов.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1. Дисциплины (модули) и оценочные материалы для практик Блока 2. «Практики» учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Государственная итоговая аттестация (Блок 3) программы ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации.

7. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

8. ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

8.1. Государственный экзамен проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

- Колопроктология
- Педагогика
- Медицина чрезвычайных ситуаций
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Патология
- Хирургия
- Онкология
- Производственная (клиническая) практика (базовая часть)
- Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)
- Основы военной подготовки

9. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И СДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен по специальности 31.08.55 Колопроктология осуществляется в два этапа:

1 этап – **Тестирование** (оценка уровня теоретической подготовленности);

2 этап – **Собеседование** (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи).

Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по программе:

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПК-12	ТЗ
2 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	КВ, СЗ

По результатам двух этапов выставляется итоговая оценка.

Формой проведения 1 этапа государственного экзамена является компьютерное тестирование, которое проводится по тестовым заданиям, комплектуемых для каждого обучающегося с использованием информационных систем путем выбора 80 тестовых заданий из единой базы оценочных средств. На решение варианта тестовых заданий отводится 80 минут.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего числа тестовых заданий. Оценка уровня сформированности знаний выставляется по результатам тестирования в зависимости от доли правильно выполненных тестовых заданий.

Критерии оценивания 1 этапа государственного экзамена:

- «Отлично» - 90-100% правильных ответов,
- «Хорошо» - 80-89 % правильных ответов,
- «Удовлетворительно» - 70-79 % правильных ответов,
- «Неудовлетворительно» - до 69 % правильных ответов.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения I этапа (оценка «Удовлетворительно» и выше).

Формой проведения 2 этапа государственного экзамена является устное собеседование с решением конкретных профессиональных задач и вопросам профессионального характера.

Целью собеседования является выявление глубины подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Для подготовки к ответу, обучающемуся дается до 0,5 академического часа, продолжительность ответа на экзамене составляет не более 0,5 академического часа. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по вопросам билета на выданных техническим секретариатом государственной итоговой аттестации листах бумаги со штампом ИМО.

Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Образцы ситуационных задач представлены в Приложении № 1. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать рекомендуемую литературу.

Оценка уровня сформированности у выпускников умений, опыта практической деятельности и освоения компетенций в ходе решения практических задач является дифференцированной – оценивается уровень готовности к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, четкость полнота изложения ответов на каждое задание экзаменационного билета.

Критерии оценивания 2 этапа государственного экзамена:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и

литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«Неудовлетворительно» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.55 Колопроктология проводятся на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 80 вопросов по всем профильным дисциплинам. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в электронной системе дистанционного обучения MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются тесты для текущего контроля знаний по дисциплине, представленные на образовательном портале, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценка уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера и вопросам. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

Примеры типовых оценочных средств I этапа государственного экзамена

Примеры тестовых заданий.

Тестовые задания открытого типа

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11

Дополните определение. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим: _____
Ответ: вирус Гепатита С

При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов категории расхождений устанавливаются по: _____

Ответ: основному заболеванию

Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные клинические, патологоанатомические данные и: _____

Ответ: танатологическое заключение о причинах смерти

Тестовые задания закрытого типа

Проверяемые компетенции: УК-1; ПК-5; ПК-6

Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

1. до 0,5 см
2. от 0,5 см и более (+)
3. более 2 см
4. более 5 см
5. любых размеров

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

1. пальцевого исследования
2. ректороманоскопии
3. ирригоскопии
4. цитологического исследования (+)
5. осмотра перианальной области

Дренирование лимфатических узлов прямой кишки первого порядка осуществляется по лимфатическим сосудам, проходящим шесте с

1. левыми толстокишечными сосудами
2. верхними брыжеечными сосудами
3. средними толстокишечными сосудами
4. средними крестцовыми сосудами
5. верхними прямокишечными сосудами (+)

Наименьшую информацию о состоянии заднего прохода проктологи получают при применении

1. пальцевого исследования
2. ректороманоскопии
3. ирригоскопии (+)
4. наружного осмотра области ануса
5. аноскопии

Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача.

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-11

Задача №1

Больной И. 65 лет, шофер. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное,

проводится во все отделы. Per rectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

Задача № 2

Больная И., 66 лет. В анамнезе хронический проктит. Жалобы на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудела за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Per rectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке верхней трети кишки имеется экзофитное опухолевидное образование с изъязвлением в центре, до 4 см в диаметре. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Каков объем лечения?

Примеры контрольных вопросов

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9

Вопрос 1. Каковы показания к операции иссечения свища прямой кишки с низведением слизистой?

Показания к операции иссечения свища прямой кишки с низведением слизистой включают следующие клинические ситуации:

Пример ответа:

1. Хронический простая или сложный свищ с наличием постоянных симптомов — выраженная боль, выделения, воспалительные изменения в области ануса, неэффективность консервативного лечения.
2. Наличие рецидивирующих свищей после консервативных методов терапии — повторные воспаления, гнойные выделения, невозможность полного заживления.
3. Обнаружение свища, расположенного низко в анальном канале, с коротким ходом и без значительных осложнений — отсутствие признаков осложненных форм (например, свищей с абсцессами, фистулов, осложненных воспалительных процессов).
4. Отсутствие противопоказаний к хирургическому вмешательству — хорошее общее состояние пациента, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний.
5. Наличие локальных изменений, препятствующих заживлению — гипертрофия сфинктера, наличие рубцов, воспалительных изменений, которые требуют хирургического устранения.

Данная операция показана при стабильных, локализованных свищах, особенно при их рецидивах и при невозможности достижения полного заживления консервативными методами.

Вопрос 2. Перечислите этапы развития колопроктологии, как самостоятельной клинической дисциплины.

Пример ответа:

Этапы развития колопроктологии как самостоятельной клинической дисциплины включают следующие периоды:

Ранний этап (до XIX века):

- Использование общих хирургических методов, лечение заболеваний кишечника в рамках общей хирургии.

- Ограниченное понимание анатомии и патологии толстой кишки, отсутствие специализированных методов диагностики и лечения.

Формирование базовых представлений (XIX — начало XX века):

- Развитие анатомии и патологии кишечника, создание первых классификаций заболеваний.
- Внедрение первых методов диагностики, таких как ректальное исследование и рентгенография.
- Начало формирования специализированных хирургических методов при заболеваниях прямой и ободочной кишки.

Создание специализированных методов диагностики и хирургии (середина XX века):

- Внедрение колоноскопии, ректоскопии, рентгенологических методов.
- Разработка новых хирургических технологий: операции при геморрое, свищах, раке кишечника.
- Формирование научных школ и профессиональных обществ, посвященных колопроктологии.

Современный этап (конец XX — начало XXI века):

- Внедрение минимально инвазивных технологий: лапароскопия, эндоскопические методы.
- Разработка стандартов диагностики и лечения, создание клинических протоколов.
- Активное использование современных методов диагностики (МРТ, КТ, биомаркеры).
- Расширение научных исследований, междисциплинарных подходов, развитие профилактики и скрининга.

Настоящее время и перспективы:

- Интеграция генетических и молекулярных методов диагностики.
- Развитие персонализированной медицины и малоинвазивных технологий.
- Постоянное совершенствование стандартов и протоколов, повышение качества и безопасности лечения.

10. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU»
(www.medlib.ru)
СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)
ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)
ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)
ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitrans.ru/>)
Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

Основная литература:

1. Колопроктология: руководство для врачей / М. А. Осадчук, Т. Е. Липатова, Л. А. Тюльтяева, Е. Д. Миронова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 336 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477120.html>
2. Загрядский, Е. А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е. А. Загрядский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458792.html>
3. Ачкасов, С. И. Кишечные стомы / Ачкасов С. И., Калашникова И. А., Стародубов В. И., Шельгин Ю. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464694.html>
4. Геморрой. Диагностика и лечение / под ред. Ю. А. Шельгина, А. Ю. Титова, Л. А. Благодарного, С. И. Ачкасова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 216 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471487.html>
5. Медико-социальная экспертиза при онкологических заболеваниях: учебник для вузов / С. Н. Пузин [и др.]; под редакцией С. Н. Пузина, А. В. Гречко, И. Э. Есауленко. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 380 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14923-4. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/543353>
6. Лучевые методы лечения / Липатов О. Н., Муфазалов Ф. Ф., Турсуметов Д. С., Гончарова О. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459072.html>
7. Онкология: учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев [и др.]. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL:

- <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456163.html>
8. Симптомы и синдромы в онкологии / Тимербулатов В. М., Ганцев Ш. Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460672.html>
 9. Хирургические методы лечения в онкологии / авт. -сост. К. Ш. Ганцев, К. В. Меньшиков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462751.html>
 10. Сборник заданий в тестовой форме по онкологии: учебное пособие / Р. Н. Чирков, М. Ю. Рыков, И. В. Вакарчук ; под ред. М. Ю. Рыкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467701.html>
 11. Кузин, М. И. Хирургические болезни: учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454381.html>
 12. Хирургия: учебник / А. И. Ковалев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455494.html>
 13. Меньков, А. В. Общая хирургия: история болезни в хирургической клинике: учебное пособие для вузов / А. В. Меньков. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/520522>
 14. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7751-9. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html>
 15. Лемешко, З. А. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка / Лемешко З. А. , Османова З. М. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 88 с. - ISBN 978-5-9704-5944-7. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459447.html>
 16. Гериатрическая гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. Л. П. Хорошиной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 736 с. - (Серия "Библиотека врача-гериатра"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464861.html>
 17. Детская гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. С. В. Бельмера, А. Ю. Разумовского, А. И. Хавкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469903.html>
 18. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html>
 19. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html>

Дополнительная литература:

1. Шельгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шельгина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html>
2. Олейников, П. Н. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П. Н. Олейникова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 416 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444481.html>
3. Загрядский, Е. А. Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни / Е. А. Загрядский - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 176 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434147.html>

4. Ардатская, М. Д. Пробиотики, пребиотики и метабиотики в клинической практике: руководство для врачей / М. Д. Ардатская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 264 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970481622.html>
5. Заболевания кожи промежности и перианальной области / А. А. Хрянин, А. В. Соколовская, Д. Р. Маркарьян [и др.] ; под ред. А. А. Хрянина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970469170.html>
6. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. (Серия "Национальные руководства"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html>
7. Онкогинекология: введение в специальность и клинические решения / А.Г. Солопова, В.О. Бицадзе, А.Д. Макацария, Д.В. Блинов. - М.:ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. - Текст: электронный // URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/44667>
8. Онкология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
9. Общая анестезия в клинике детской онкологии / А.И. Салтанов, Н.В. Матинян. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. - Текст: электронный // URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/2900>
10. Нутритивная поддержка в онкологии / Шакирова Л. В. , Гайнуллин А. Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456453.html>
11. Рациональная фармакотерапия в онкологии / под ред. М. И. Давыдова, В. А. Горбуновой — М.: Литтерра, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502447.html>
12. Терапевтическая радиология: национальное руководство / под ред. А. Д. Каприна, Ю. С. Мардынскогo. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451281.html>
13. Общая хирургия: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
14. Детская хирургия / под ред. А.Ю. Разумовского ; отв. ред. А.Ф. Дронов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.. - Текст: электронный // URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438039.html>
15. Савельев, В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439982.html>
16. Савельев, В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 2: учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439999.html>
17. Общая хирургия: основные клинические синдромы / Г.Е. Родоман, Т.И. Шалаева, И.Р. Сумеди, Т.Е. Семенова, Е.К. Наумов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439562.html>
18. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html>
19. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. - (Серия "Стандарты медицинской помощи"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436707.html>

20. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
21. Бельмер, С. В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печкуров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456439.html>
22. Циммерман Я.С. Трудный диагноз и лечение в гастроэнтерологии / Циммерман Я.С. - Москва: МИА, 2015. - 256 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/2280>
23. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме: руководство / под ред. М. Ш. Хубутя, П. А. Ярцева — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427484.html>

Нормативные документы:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
2. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
3. Приказ от 2 ноября 2020 г. N 1186н «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения российской федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
4. Приказ от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздрава России от 23 августа 2016 г. №625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

11. АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;

- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

12. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность:	31.08.55 Колопроктология
Квалификация выпускника:	Врач-колопроктолог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. В результате изучения программы дисциплины по специальности обучающегося формируются следующие компетенции:

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими

универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3) <1>.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее - ПК) в соответствии с видами деятельности, указанными в п.2 настоящего документа:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

- психолого-педагогическая деятельность;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПК-12	ТЗ
2 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	КВ, СЗ

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

3. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
Собеседование (Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера, не может правильно ответить

	языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз
--	---	--	---	---

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Общие вопросы организации медицинской помощи.

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10

1. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства
 - а) только если нужна плановая операция
 - б) только при использовании инвазивных диагностических методов (например, лапароскопия, ангиография и пр.)
 - в) если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы
 - г) если операция будет проводиться под наркозом
 - д) всегда
2. Международная классификация болезней — это:
 - а) перечень наименований болезней в определённом порядке
 - б) перечень диагнозов в определённом порядке
 - в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определённому принципу
 - г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определёнными установленными критериями
 - д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определённом порядке
3. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:
 - а) областных и городских многопрофильных больницах
 - б) больницах скорой помощи
 - в) участковых больницах
 - г) реабилитационных центрах
 - д) во всех перечисленных лечебно-профилактических учреждениях
4. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет
 - а) от 20 до 30 коек
 - б) от 30 до 40 коек
 - в) от 40 до 60 коек
 - г) от 60 до 80 коек
 - д) свыше 80 коек
5. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается:
 - а) на 50 тыс. населения
 - б) на 100 тыс. населения
 - в) на 150 тыс. населения
 - г) на 200 тыс. населения
 - д) на 300 тыс. населения

6. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники
- а) 1 ставка на 50 тысяч взрослого населения
 - б) 1 ставка на 100 тысяч взрослого населения
 - в) 1 ставка на 150 тысяч взрослого населения
 - г) 1 ставка на 175 тысяч взрослого населения
 - д) 1 ставка на 200 тысяч взрослого населения
7. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять:
- а) 11 человек в 1 час
 - б) 8 человек в 1 час
 - в) 6 человек в 1 час
 - г) 4 человека в 1 час
 - д) норматив не установлен
8. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами:
- а) геморроем
 - б) семейным аденоматозом толстой кишки
 - в) неспецифическим язвенным колитом
 - г) полипами толстой кишки
 - д) ворсинчатыми опухолями толстой кишки
9. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на:
- а) 5 колопроктологических коек
 - б) 10 колопроктологических коек
 - в) 15 колопроктологических коек
 - г) 20 колопроктологических коек
 - д) 25 колопроктологических коек
10. Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее время составляет:
- а) 0, 35
 - б) 0, 40
 - в) 0, 45
 - г) 0, 50
 - д) 0, 62
11. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:
- 1) защиты внутреннего мира человека, его автономии
 - 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил
 - 3) защиты социальных и экономических интересов личности
 - 4) поддержания престижа медицинской профессии
 - 5) создания основы доверительности и открытости взаимоотношений "врач -пациент"
- а) если правильные ответы 1,2 и 3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильный ответ 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
12. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи: 1) специализированной стационарной 2) диагностической 3) лечебной 4) консультативно-методической хирургам ЦРБ 5) по линии санитарной авиации

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

13. Первичная медицинская статистическая документация необходима для: 1) регистрации изучаемого явления (заболеваемость с впервые в жизни диагностируемым заболеванием) 2) оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением 3) выработки конкретного, обоснованного решения 4) изучения демографической ситуации 5) изучения здоровья населения

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

2. Анатомия и физиология толстой кишки, анального канала и промежности

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

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

- а) в подкожной клетчатке
- б) под сухожилием наружной косой мышцы живота
- в) между наружной и внутренней косыми мышцами
- г) между внутренней косой и поперечной мышцей
- д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота

15. Прямая мышца живота

- а) фиксирована только к переднему листку влагалища
- б) фиксирована только к заднему листку влагалища
- в) фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища
- г) не фиксирована к обоим листкам влагалища
- д) не имеет фасциальной оболочки

16. Нижняя надчревная артерия (a. profunda) отходит

- а) от бедренной артерии
- б) от внутренней подвздошной артерии
- в) от пупочной артерии
- г) от наружной подвздошной артерии
- д) от запирательной артерии

17. Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота распространяется

- а) в околопупочную область
- б) в предпузырное пространство
- в) в свободную брюшную полость
- г) в соседнее апоневротическое влагалище мышцы
- д) гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы

18. Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота распространяется
- а) на бедро
 - б) в клетчатку малого таза
 - в) гнойник локализуется только во влагалище мышцы
 - г) в предпузырное пространство
 - д) в окологрушевую область
19. Стенками сальниковой сумки не является
- а) задняя стенка желудка
 - б) малый сальник
 - в) начальная часть 12-перстной кишки
 - г) брыжейка поперечной ободочной кишки
 - д) листок брюшины, покрывающий переднюю поверхность поджелудочной железы
20. Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии
- а) справа
 - б) слева
 - в) спереди от артерии
 - г) позади артерии
 - д) огибает артерию в виде кольца
21. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью:
- а) печеночной артерии
 - б) желудочно-12перстной артерии
 - в) брюшной аорты
 - г) правой желудочно-сальниковой артерии
 - д) правой почечной артерии
22. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки
- а) пять
 - б) семь
 - в) десять
 - г) шестнадцать
 - д) нет ни одного
23. 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
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
24. 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

- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
25. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется:
- а) на латеральную поверхность бедра
 - б) на внутреннюю поверхность бедра
 - в) под малую ягодичную мышцу
 - г) под большую ягодичную мышцу
 - д) под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра
26. Нижняя прямокишечная артерия отходит
- а) от внутренней подвздошной артерии
 - б) от запирательной артерии
 - в) от внутренней срамной артерии
 - г) от нижней ягодичной артерии
 - д) от промежностной артерии
27. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно
- а) на грушевидной мышце
 - б) на внутренней запирательной мышце
 - в) на копчиковой мышце
 - г) на подвздошно-поясничной мышце
 - д) на лонно-прямокишечной мышце
28. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:
- а) в верхнеампулярном отделе
 - б) в среднеампулярном отделе
 - в) в нижнеампулярном отделе
 - г) в области запирательного аппарата прямой кишки
 - д) циркулярные волокна везде развиты одинаково
29. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены
- а) только мочевой пузырь
 - б) мочевой пузырь и прямая кишка
 - в) предстательная железа и прямая кишка
 - г) мочевой пузырь, предстательная железа и прямая кишка
 - д) мочевой пузырь и предстательная железа
30. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является
- а) диафрагмально -ободочная связка
 - б) печеночно-дуоденальная связка
 - в) пузырно-толстокишечная связка
 - г) правая половина большого сальника
 - д) малый сальник
31. Срамной нерв происходит
- а) из поясничного сплетения
 - б) непосредственно из крестцового сплетения

- в) из подчревного сплетения
- г) из нижнего брыжеечного сплетения
- д) из сплетения, образованного 2,3 и 4 крестцовыми нервами

32. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

- а) запирающего нерва
- б) срамного нерва
- в) тазового нерва
- г) бедренного нерва
- д) промежностного нерва

33. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет:

- а) копчиковая мышца
- б) подвздошно-копчиковая мышца
- в) лонно-прямокишечная мышца
- г) ано-копчиковая связка
- д) все перечисленные: копчиковая мышца; подвздошно-копчиковая мышца; лонно-прямокишечная мышца; ано-копчиковая связка

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

- а) мочеточники
- б) подчревные артерии
- в) семенные пузырьки у мужчин
- г) предстательная железа
- д) все перечисленное: мочеточники; подчревные артерии; семенные пузырьки у мужчин; предстательная железа

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

- а) межмышечным пространством
- б) пельвиоректальным пространством
- в) подкожным клетчаточным пространством
- г) ишиоректальным пространством
- д) ретроректальным пространством

36. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1) паховые, 2) подчревные, 3) аноректальные, 4) верхние прямокишечные, 5) подвздошные

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

37. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1) боковые клетчаточные пространства таза, 2) позадипрямокишечное клетчаточное пространство, 3) околосагитальную клетчатку у женщин, 4) забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу, 5) околопростатическую клетчатку у мужчин

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4

д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

38. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует: 1) луковично-губчатая и седалишно-пещеристая мышцы, 2) собственная фасция мочеполого треугольника, 3) глубокая поперечная мышца промежности, 4) запирающая мышца, 5) поверхностная поперечная мышца промежности

а) правильные ответы 1,2 и 3

б) правильные ответы 1 и 3

в) правильные ответы 2 и 4

г) правильный ответ 4

д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

39. 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):

а) ретроректальное

б) ишиоректальное

в) постанальное

г) пельвиоректальное

д) межмышечное

40. В основу сегментарного деления печени положено

а) внутри печеночное ветвление печеночной артерии

б) внутripеченочное формирование желчных протоков

в) разветвление портальной системы

г) разветвление вкутripеченочных нервов

д) лимфатическая система печени

41. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет

а) верхней брыжеечной артерии

б) печеночной артерии

в) артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты

г) нижней брыжеечной артерии

д) всех перечисленных артерий: верхней брыжеечной артерии; печеночной артерии; артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты; нижней брыжеечной артерии

42. Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет

а) до 2-х литров кишечного сока

б) до 5-ти литров кишечного сока

в) до 7-ми литров кишечного сока

г) до 15-тилитров кишечного сока

д) до 20-ти литров кишечного сока

43. В толстой кишке не всасываются: 1) вода и электролиты, 2) спирт, 3) глюкоза и моносахариды, 4) белки, 5) все жирорастворимые витамины

а) правильные ответы 1,2 и 3

б) правильные ответы 1 и 3

в) правильные ответы 2 и 4

г) правильный ответ 4

д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

44. Верхняя брыжеечная вена: 1) начинается у кониа подвздошной кишки, 2) поднимается к корню брыжейки тонкой кишки, 3) проходит впереди нижней горизонтальной части двенадцати-перстной кишки, 4) элопку поддел улич нон * 5) соединяется с селезеночной веной

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

45. 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, 4) наличием жировых подвесков, 5) наличием гаустр

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

46. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует кониевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1) подвздошная, 2) ободочная, 3) правая ободочная, 4) артерия червеобразного отростка, 5) средняя слепокишечная

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

47. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

- а) нижней брыжеечной артерии
- б) подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
- в) ветвей, непосредственно отходящих от аорты
- г) восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
- д) средней ободочной артерии

48. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является

- а) правая ободочная артерия
- б) левая ободочная артерия
- в) правая и левая ободочная артерии
- г) средняя ободочная артерия
- д) нижняя брыжеечная артерия

49. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования

- а) левой и правой ветвей средней ободочной артерии
- б) левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- в) подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
- г) левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
- д) в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии

50. Артерии сигмовидной кишки отходят

- а) непосредственно от аорты

- б) от верхней брыжеечной артерии
- в) от нижней брыжеечной артерии
- г) от средней ободочной артерии
- д) от левой ободочной артерии

51. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

52. Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1) восходящая ободочная кишка, 2) правый изгиб ободочной кишки, 3) поперечная ободочная кишка, 4) селезеночный угол, 5) нисходящая ободочная кишка

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

53. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: 1) являются капиллярами, 2) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки, 3) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана, 4) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее, 5) в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

3. Патоморфологическая характеристика заболеваний толстой кишки

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

54. Внутренние геморроидальные узла располагаются

- а) ниже аноректальной линии
- б) над аноректальной линией
- в) на уровне межефинктерной борозды
- г) на уровне аноректальной линии
- д) на линии Хилтона

55. Микроскопически геморрой характеризуется

- а) варикозным расширением вен
- б) гиперплазией кавернозных телец
- в) ангиодисплазией
- г) тромбофлебитом
- д) склерозом гломерульных анастомозов

56. Острая анальная трещина не имеет:

- а) шелевидной формы
- б) гладких ровных краев
- в) анального (сторожевого) бугорка
- г) мышечной ткани на дне дефекта
- д) фибрина на раневой поверхности

57. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид

- а) округлых плоских бляшек
- б) разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты

58. Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность

- а) сегментарное поражение слизистой оболочки
- б) воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- в) блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
- г) гладких бугристых образований
- д) грануляционной ткани

59. Микроскопическая картина поражения при неспецифическом язвенном колите характеризуется

- а) воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки
- б) воспалительным инфильтратом, локализуемым только в слизистой оболочке
- в) преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания
- г) развитием склероза мышечного слоя
- д) образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки

60. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется

- а) изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков
- б) тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
- в) тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
- г) обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
- д) наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

61. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются

- а) округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
- б) поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
- в) шелевидными язвами, идущими в различных направлениях
- г) слизистой оболочка практически отсутствует и представляет собой "сплошную" язву
- д) на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается

62. Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является

- а) выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
- б) возникновение воспалительных полипов
- в) трансмуральное поражение толстой кишки
- г) образование раковых опухолей
- д) образование дивертикулов

63. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится: 1) плоскоклеточный рак, 2) аденокарцинома из анальных желез, 3) базалиоидный рак, 4) злокачественная меланома, 5) мукоэпидермоидный рак

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

64. Макроскопическая картина болезни Гиршпрунга у взрослых характеризуется чаще всего: 1) расширением всех отделов прямой и ободочной кишки, 2) относительным сужением в дистальном отделе и расширением вышерасположенных отделов толстой кишки, 3) воспалительными изменениями слизистой оболочки толстой, 4) наличием язв на слизистой толстой кишки, 5) отсутствием гаустр в расширенных отделах кишки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

65. Микроскопическая картина болезни Гиршпрунга может характеризоваться: 1) полным отсутствием межмышечного (Ауорбаховского) и под-слизистого (Мейснерова) нервных сплетений, 2) значительным уменьшением числа ганглиев межмышечного сплетения, 3) укрупнением нервных стволов, 4) отсутствием клеток в нервных сплетениях, 5) отсутствием нервных сплетений

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

66. В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гиршпрунга может иметь место: 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервного сплетения, 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, 3) гипертрофия мышечных слоев, 4) усиление гаустрации, 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

67. При дивертикулярной болезни: 1) наблюдается гиперэластоз продольного мышечного слоя кишки, 2) дивертикулы образованы не всеми слоями кишечной стенки, 3) дивертикулы локализуются чаще всего, а сигмовидной кишке, 4) отмечается утолщение стенки сигмовидной кишки, 5) циркулярные мышцы кишечной стенки разволакиваются

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

68. По микроструктуре кауалальные тератомы могут представлять собой: 1) дермоид, 2) опухоль из трёх зародышевых листков, 3) эпидермоид, 4) эпителиальный копчиковый ход, 5) эпителиальное погружение

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

69. Кауалальные тератомы характеризуются тем, что: 1) могут быть кистозного строения, 2) могут иметь солидное строение, 3) образования солидного строения не имеют крупных кист, 4) при кистозном строении кисты крупные, 5) кисты могут быть одно- или многокамерные

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

70. При гистологическом исследовании солидных тератом могут быть обнаружены: 1) структуры, характерные для органов дыхания, 2) респираторный эпителий, 3) ткань щитовидной железы, 4) ткань головного мозга, 5) хрящевая ткань

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

71. Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

72. Карциноиды толстой кишки характеризуются тем, что: 1) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, 2) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, 3) имеют плотную консистенцию, 4) не озлокачиваются и не метастазируют, 5) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

73. Для эндометриоза характерно: 1) отек и гиперемия слизистой оболочки, 2) синеватые пятна и полосы на слизистой, 3) наличие плотных узлов в стенке кишки, спаянных с окружающими тканями, 4) обязательное увеличение паховых лимфатических узлов, 5) прорастание эндометрием в стенку кишки со стороны серозной оболочки

- а) правильные ответы 1,2 и 3

- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

74. Для тубулярной аденомы толстой кишки наиболее характерно: 1) резкое увеличение бокаловидных клеток, 2) преобладание процессов альтерации эпителия, 3) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме, 4) преобладание процессов пролиферации эпителия, 5) изъязвление слизистой оболочки, покрывающей аденому

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

75. В ювенильных полипах: 1) строма резко преобладает над железистым компонентом, 2) в эпителиальных клетках усилено слизеобразование, 3) обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток, 4) преобладают процессы пролиферации эпителия, 5) в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

76. Если при гистологическом исследовании полипа толстой кишки обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки в строме, то это говорит в пользу: 1) ювенильного полипа, 2) тубулярно-ворсинчатой аденомы, 3) аденокарциномы, 4) гамартомы, 5) тубулярной аденомы

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

77. Эпидермальные кисты параректальной клетчатки характеризуются тем, что: 1) стенка кист представлена тонким слоем соединительной ткани, 2) внутренняя поверхность выстлана эпидермисом с явлениями ороговения, 3) эпидермис не содержит придатков кожи, 4) в кистах содержатся волосы, 5) внутренняя поверхность кист содержит реснитчатый эпителий

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

78. Дермоидные кисты параректальной клетчатки: 1) имеют тонкую соединительнотканную оболочку, 2) выстилка их состоит из многослойного плоского эпителия, 3) эпителий содержит придатки кожи, 4) в содержимом кист встречаются волосы, 5) в выстилке кисты обнаруживаются сальные железы

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4

- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

4. Семиотика и методы обследования в колопроктологии

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12

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

- а) геморроя
- б) раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- в) раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
- г) злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- д) синдрома раздражённой толстой кишки

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

- а) на правом или левом боку
- б) на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- в) коленно-локтевое положение
- г) положение больного на спине в гинекологическом кресле
- д) лёжа на спине

81. При проведении осмотра больного не имеет решающего значения:

- а) состояние кожи вокруг заднего прохода
- б) глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
- в) выраженность волосяного покрова
- г) следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже
- д) наличие свищевых отверстий

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

- а) боль в крестце
- б) выделение крови при дефекации
- в) общая слабость
- г) кишечная непроходимость
- д) анемия

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

- а) анемия
- б) нарушение выделительной функции толстой кишки
- в) нарушение кишечной проходимости
- г) боли в животе
- д) общая слабость толстой кишки

84. Для рака прямой кишки наиболее характерным признаком является

- а) кишечная непроходимость
- б) общая слабость
- в) боли в крестце
- г) боли в животе

д) выделение сгустков крови из прямой кишки

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

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

86. 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
- а) как начальный этап обследования проктологического больного
 - б) после ректороманоскопии
 - в) после проктографии
 - г) после проведения ирригоскопии
 - д) после выполнения колоноскопии

87. 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 её подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки

5) оценка состояния ректовагинальной перегородки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

88. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1) на левом боку с приведёнными к животу коленями, 2) в коленно-локтевом положении, 3) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения), 4) стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем, 5) лёжа на животе по Депажу

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

89. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1) только в положении пациента на спине (в положении для камнесечения), 2) только в положении по Депажу, 3) только в коленно-локтевом положении, 4) в положении пациента в

зависимости от конкретной ситуации и цели исследования, 5) в положении, наиболее удобном для врача

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

90. 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) биопсии, 5) взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

91. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1) ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки, 2) рабочие части ректоскопа должны быть тёплыми и хорошо смазанными, 3) введение тубуса с мантреном в задний проход не должно быть грубым, 4) ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой, 5) тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

93. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1) геморроя, 2) анальных трещин, 3) криптитов, 4) язвенного проктита, 5) новообразований прямой кишки

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

94. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1) сфинктерометрия, 2) пальцевое исследование анального канала, 3) изучение кремастерного и анального рефлекса, 4) ректороманоскопия, 5) ирригоскопия

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

96. Фистулография при свищах прямой кишки помогает: 1) выявить направление свищевого хода, 2) установить наличие полостных образований, 3) выявить разветвления свищевого хода, 4) установить степень рубцовых изменений анального сфинктера, 5) оценить функцию анального жома

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

97. Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются: 1) острое начало, 2) боли в области заднего прохода, 3) повышение температуры тела, 4) выделения из прямой кишки алой крови, 5) гнойные выделения из заднего прохода

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

98. Для хронического парапроктита наиболее характерным является

- а) гематурия
- б) наличие свищевого отверстия
- в) выделение алой крови в конце акта дефекации
- г) боли внизу живота
- д) диарея

99. При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) посев отделяемого из свища на микрофлору
- г) биопсию
- д) исследование на раковый антиген

100. При хроническом геморрое необязательным является

- а) осмотр промежности

- б) ректороманоскопия
- в) аноскопия
- г) колоноскопия
- д) проктография

101. При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является
- а) кровотечение струйкой в конце акта дефекации
 - б) выделение крови п конце акта дефекации каплями
 - в) слизисто-кровянистые выделения из ануса
 - г) выделение малых порций лой крови
 - д) «стулобоязнь»
102. Пальцевое исследование прямой кишки и анального канала нужно произвести:
- а) при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии
 - б) при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии
 - в) после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта
 - г) до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента, обратившегося к специалисту-проктологу
 - д) после проктографин
103. Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является:
- а) наличие анальной трещины
 - б) подозрение на рак нижеампулярного отдела прямой кишки
 - в) атрезия заднего прохода
 - г) травма прямой кишки
 - д) кишечное кровотечение
104. Кремастерные рефлексy и рефлексy с перианальной кожи следует определить:
- а) после пальцевого исследования прямой кишки
 - б) после аноскопии
 - в) если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера
 - г) после пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии
 - д) до всех видов исследования, включая пальцевое
105. Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является:
- а) зуд в области заднего прохода
 - б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
 - в) гнойевидные выделения из заднего прохода
 - г) наличие свищевого отверстия
 - д) кровянистые выделения из кишки
106. При подозрении на озлокачествление свища прямой кишки целесообразнее до операции выполнить:
- а) посев отделяемого из свища
 - б) исследование кишечной микрофлоры
 - в) рентгенографию костей таза
 - г) пункционную биопсию
 - д) цитологическое исследование материала, полученного после выскабливания свищевого хода, при необходимости — биопсию стенки свищевого хода

107. Наиболее информативным для диагностики внутреннего пролапса прямой кишки является:

- 1) жалоба больного на выделения крови при дефекации
 - 2) жалоба на чувство неполного опорожнения прямой кишки
 - 3) сцинцидефекография
 - 4) рентгенологическая дефекография
 - 5) исследование запирающего аппарата прямой кишки
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

108. Достоверными методами диагностики болезни Гишпрунга являются:

- а) исследование ректоанального рефлекса
- б) гистохимическое определение ацетилхолинэстеразы
- в) биопсия по Свенсону
- г) ректороманоскопия
- д) колоноскопия

109. Определение ацетилхолинэстеразы производится в:

- а) в мышечном слое прямой кишки
- б) в межмышечном слое прямой кишки
- в) в подслизистом слое прямой кишки
- г) в слизистой оболочке прямой кишки
- д) в серозном покрове ободочной кишки

5. Заболевания прямой кишки и анального канала

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12

110. Криптитом называется воспаление:

- а) в морганиевых синусах
- б) в анальных сосочках
- в) в морганиевых криптах
- г) перианальной кожи
- д) слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки

111. Хирургическое лечение при криптите показано при:

- а) распространении процесса на слизистую оболочку в области морганьева синуса
- б) абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
- в) выделении фибрина из прямой кишки
- г) гиперемии крипты
- д) при болезненных ощущениях, но время акта дефекации

112. Папиллит - это:

- а) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
- б) тромбированные внутренние геморроидальные узлы
- в) воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
- г) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- д) кондиломатозные разрастания кожи промежности

113. Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1) криптиты, 2) геморроя, 3) острого парапроктита, 4) остроконечных перианальных кондилом, 5) неполного внутреннего свища

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

114. 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

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

115. 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

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) злокачественного процесса
- б) перианальных кондилом
- в) острого парапроктита
- г) анальной трещины
- д) геморроя

117. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- а) в морганиевой крипте
- б) на линии Хилтона
- в) в нижеампулярном отделе прямой кишки
- г) в вышеампулярном отделе прямой кишки
- д) в среднеампулярном отделе прямой кишки

118. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является

- а) зуд в области промежности
- б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- в) кровотечение во время дефекации
- г) наличие на коже промежности рубцов
- д) наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности

119. При обследовании больного со свищем прямой кишки обязательно выполнять:

- а) наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- б) пальцевое исследование прямой кишки
- в) прокрашивание свищевого хода и зондирование

- г) колоноскопию
- д) ректороманоскопию

120. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению: А) к внутреннему сфинктеру Б) наружному сфинктеру заднего прохода В) к морганиевой крипте Г) клетчаточному пространству Д) к лонному сочленению

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

121. Причинами первичного анального зуда могут быть:

- а) воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
- б) сахарный диабет
- в) глистная инвазия
- г) гепатит и пиелонефрит
- д) несоблюдение гигиены

122. Течение хронического парапроктита может осложниться:

- а) возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия
- б) распространением воспалительного процесса
- в) озлокачествлением
- г) развитием недостаточности анального сфинктера

123. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- а) посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- б) посев кала на дисбактериоз
- в) цитологическое или гистологическое исследование
- г) сфинктерометрию
- д) рентгенографию крестцового отдела позвоночника

124. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- а) кишечная непроходимость
- б) кровотечение
- в) обострение воспаления
- г) малигнизация
- д) анальный зуд

125. 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
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера
- б) свищевой ход без затеков
- в) отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища
- г) свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы
- д) есть воспалительные изменения в запирательном аппарате прямой кишки

127. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- а) широким внутренним отверстием водной из крипт
- б) рубцовыми изменениями в стенке анального канала
- в) рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища
- г) затеками в параректальной клетчатке
- д) воспалительными изменениями в соседних криптах

128. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- а) широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
- б) внутренним отверстием без рубцовой деформации
- в) свищевым ходом без затеков и полостей
- г) наличием затёков в клетчаточном пространстве
- д) прямым свищевым ходом

129. Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:

- а) свищевой ход всегда прямой
- б) свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке
- в) внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации
- г) внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки
- д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала

130. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется

- а) два внутренних отверстия при одном наружном
- б) два наружных отверстия при одном внутреннем
- в) извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
- г) свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
- д) свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием

131. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно:

- а) наличие короткого свищевого хода
- б) наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию
- в) свободное прохождение зонда в просвет кишки
- г) наличие гнойных полостей
- д) частое обнаружение гнойных затёков

132. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно

- а) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- б) рассечение свищевого хода без иссечения тканей
- в) иссечение свища с низведением слизистой

- г) иссечение свища в просвет прямой кишки
 - д) иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами
133. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях
- а) полностью исключено
 - б) нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии
 - в) если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике
 - г) возможно при интрасфинктерном свище
 - д) целесообразно при неполных внутренних
134. При чреесфинктерном свище прямой кишки лучше всего:
- а) всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки
 - б) иссечение свища с ушиванием сфинктера
 - в) применять лигатурный метод использования щелка
 - г) в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций
 - д) провести латексную лигатуру
135. При экстрасфинктерных свищах деление на степени сложности в основном имеет значение для:
- а) дифференцированного подхода к выбору вида операции
 - б) прогнозирования исходов лечения
 - в) разработки мер профилактики осложнений
 - г) выбора вида обезболивания
 - д) для планирования сроков пребывания больного в стационаре
136. При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно:
- а) иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
 - б) иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизистой
 - в) иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краёв ко дну
 - г) иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием её
 - д) иссечение свища с проведением латексной лигатуры
137. При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать:
- а) шёлк
 - б) никрил или полисорб
 - в) лавсан
 - г) кетгут хромированный
 - д) кетгут простой
138. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки. Оптимальным методом операции следует считать
- а) иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
 - б) иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
 - в) иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков
 - г) иссечение свища с подшиванием краёв раны ко дну
 - д) иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затёков
139. Пересечение анокопчиковой связки

- а) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в независимости от глубины расположения свищевого хода
- б) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
- в) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
- г) при свищах прямой кишки никогда не производится
- д) имеющейся слабости анального сфинктера

140. Анокопчиковая связка пересекается с целью

- 1) вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
 - 2) вскрытия межефинктерного пространства
 - 3) вскрытия ретро -ректального клетчаточного пространства
 - 4) вскрытия ишио-ректального клетчаточного пространства
 - 5) профилактики недостаточности анального сфинктера
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

141. Вовремя операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо:

- а) иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки
- б) вскрыть затеки
- в) иссечь внутреннее свищевое отверстие
- г) выскабливать внутрстеночную часть свищевого хода
- д) иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры

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

- а) ретракцией лоскута слизистой
- б) несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут
- в) оставлением части свищевого хода или затека
- г) наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки
- д) несоблюдением постельного режима в течение 7 дней

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

- а) если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия
- б) при боковых свищах
- в) при передних свищах у женщин
- г) при передних свищах у мужчин
- д) при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране промежности

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

- а) ежедневные перевязки
- б) затягивания лигатуры при её ослаблении
- в) своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой
- г) бесшлаковая диета
- д) препараты для ускорения заживления ран

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

- а) не форсировать затягивание лигатуры
- б) избегать длительной тампонады раны анального канала
- в) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно
- г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе
- д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции

146. Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинкса, целесообразно:

- а) применять / образные швы на мышцу
- б) сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны
- в) накладывать шелковые швы на периферическую часть раны
- г) наложить дополнительные чрезокожные П-образные швы на сфинктер Н
- д) не ушивать кожу промежностной раны

147. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие:

- а) нагноения раны
- б) раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
- в) прохождения твердых каловых комков при длительной задержке стула
- г) наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер
- д) низведения элизисто-мышечного лоскута

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

- а) солевого слабительного
- б) приема внутрь касторового масла
- в) приема внутрь вазелинового масла
- г) очистительной клизмы
- д) лаважа

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

- а) определения тонуса сфинктера
- б) определения волевых сокращений сфинктера
- в) контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер
- г) контроля за течением раневого процесса (наличие инфильтрата и др.)
- д) предотвращения сращения краев слизистой оболочки

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

- а) нормальное явление после операции
- б) 2-ю степень недостаточности анального жома
- в) временное явление
- г) 1-ю степень недостаточности анального жома
- д) рецидив свища прямой кишки

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

- а) хирургическое лечение
- б) медикаментозную стимуляцию сфинктера
- в) отказ от овощей и фруктов

- г) лечебную физкультуру
- д) ежедневную постановку очистительных клизм

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

- а) при 2 степени сложности свища
- б) при 1 степени сложности свища
- в) при 3 степени сложности свища
- г) при 4 степени сложности свища
- д) при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута

153. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой передлигатурным методом является

- а) отсутствие повреждения анального сфинктера
- б) большая радикальность
- в) меньший процент нагноений раны
- г) меньшая травматичность операции
- д) уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

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

- а) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
- б) перфорация лоскута выше внутреннего отверстия
- в) выделение слизистой с внутренним сфинктером
- г) использование электрокоагуляции для гемостаза
- д) фиксация низведенного лоскута кетгутом

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

- 1) необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера
 - 2) выполняется при иссечении свища в просвет кишки
 - 3) показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута
 - 4) выполняется при иссечении свища с проведением и затягиванием лигатуры
 - 5) не показана ни при одной из перечисленных операций
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) необходимо всегда
- б) целесообразно, если нет параректальных затеков
- в) никогда не производится
- г) не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища
- д) не выполняется у женщин

157. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с шиванием сфинктера показано:

- а) при 1 степени сложности свища

- б) при 3 степени сложности свища
- в) при 2 степени сложности
- г) при 4 степени сложности свища
- д) при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома

158. Под термином "ректоцеле" понимают

- а) выпадение прямой кишки
- б) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- в) опущение передней стенки влагалища и матки
- г) мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- д) выпадение слизистой прямой кишки

159. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

- а) разрывы промежности в родах
- б) упорные запоры
- в) ослабление мышц тазового дна
- г) многократные роды
- д) возрастные изменения тканей промежности

160. Ректоцеле следует дифференцировать с

- а) кистой ректо-вагинальной перегородки
- б) выпадением слизистой прямой кишки
- в) промежностной грыжей
- г) выпадением стенок влагалища
- д) внутренним выпадением прямой кишки

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

- а) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- б) недержание газов
- в) частые позывы на дефекацию
- г) выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- д) трудности при опорожнении прямой кишки

162. Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:

- а) у нерожавших женщин
- б) только при I степени
- в) при II и III степени
- г) при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны
- д) у женщин старше 50 лет

163. При переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера можно выполнить:

- а) леваторопластику только перинеальным доступом
- б) леваторопластику только вагинальным доступом
- в) выбор доступа зависит от возраста пациентки
- г) выбор доступа зависит от размеров ректоцеле
- д) выбор доступа зависит от степени чистоты влагалища

164. Остроконечные кондиломы могут локализоваться:

- а) на перианальной коже
- б) на коже половых органов
- в) в анальном канале
- г) на слизистой оболочке прямой кишки

д) только на коже вокруг заднего прохода

165. Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:

- а) бледной спирохетой
- б) клостридией
- в) актиномицетами
- г) вирусом
- д) этиология не установлена

166. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является

- а) аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки
- б) саркома промежности
- в) плоскоклеточный кератогеновавший рак
- г) опухоль Вушке-Левенштейна
- д) анальный рак

167. Предрасполагающими причинами выпадения прямой кишки являются:

- а) наследственный фактор
- б) особенности конституции организма
- в) особенности строения прямой кишки
- г) дегенеративные изменения в мышцах запирающего аппарата прямой кишки
- д) глубокий тазовый карман брюшины

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

- а) истощение
- б) тяжелый физический труд
- в) желудочно-кишечные заболевания
- г) тупые травмы живота
- д) тяжелые роды

169. К анатомо-конституциональным особенностям, являющийся предрасполагающими условиями для выпадения прямой кишки, относятся:

- а) уплощение крестцово-копчиковой кривизны
- б) цилиндрическая форма прямой кишки
- в) чрезмерная подвижность сигмовидной и прямой кишок
- г) врожденная слабость связочного аппарата

170. Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются:

- а) по типу скользящей грыжи
- б) из-за недостаточности наружного сфинктера заднего прохода
- в) по типу кишечной инвагинации
- г) по типу висцероптоза
- д) из-за опущения матки и стенок влагалища

171. Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но и при физической нагрузке, то это-

- а) пятая степень выпадения
- б) четвертая степень выпадения
- в) третья степень выпадения
- г) вторая степень выпадения
- д) первая степень выпадения

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

- а) выпадение кишки при каждом акте дефекации
- б) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
- в) недержание газов
- г) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки
- д) недержание газов и жидкого кала

173. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интраректальная инвагинация) является:

- а) обильные выделения крови при дефекации
- б) тупые боли внизу живота при дефекации
- в) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- г) развитие солитарной язвы
- д) многомоментная дефекация

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

- а) конституциональный тип больного
- б) наличие грыжевых выпячиваний
- в) наличие плоскостопия
- г) варикозное расширение вен нижних конечностей
- д) опущение органов брюшной полости

175. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить:

- а) в коленно-локтевом положении
- б) в положении как для камнесечения
- в) лежа на животе
- г) в положении больного на корточках и с натуживанием
- д) в вертикальном положении

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

- а) яйцевидная форма выпадающей кишки
- б) конусовидная форма выпадающей кишки
- в) длина выпавшего участка кишки более 15 см
- г) наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
- д) отек и гиперемия слизистой оболочки

177. К необязательным методам обследования у больных с выпадением прямой кишки относится:

- а) наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректороманоскопия
- в) рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта
- г) ультразвуковое исследование полости малого таза
- д) исследования функции запирающего аппарата прямой кишки

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

- а) при выраженной потере тонуса кишечной стенки
- б) недостаточности анального сфинктера
- в) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
- г) наличии петли сигмовидной кишки между стенками прямой кишки

д) длине выпадающей части более 20см

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

- а) потере тонуса кишечной стенки
- б) недостаточности сфинктера заднего прохода
- в) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
- г) вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки
- д) декомпенсации мышц тазового дна

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

- а) длина выпадающей части
- б) цвет слизистой оболочки
- в) алый цвет крови
- г) дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки
- д) отсутствие боли в заднем проходе

181. Дифференцировать выпадение прямой кишки от эндофитных опухолей прямой кишки приходится при:

- а) ущемлении выпавшего отрезка кишки из-за инфильтрации ее стенки
- б) наличии ворсинчатых опухолей прямой кишки
- в) крупных выпадающих анальных сосочках
- г) наличии внутреннего выпадения и солитарной язвы
- д) выделении при дефекации темной крови

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

- а) пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные
- б) ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала
- в) установить отсутствие интаректальной инвагинации с помощью видеодефекографии
- г) провести морфологическое исследование
- д) оценить данные ультрасонографии

183. Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть:

- а) только хирургическим
- б) хирургическим только при осложнениях
- в) консервативным при первой степени выпадения
- г) хирургическим у пациентов не старше 40 лет
- д) консервативным у больных старше 50 лет

184. Операция Делорма заключается в: 1. так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки 2. циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки 3. циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сближающих швов на мышечную стенку в виде валика 4. использовании при операции по Тиршу тefлоновой нити 5. использовании при операции по Тиршу тefлоновой сетки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4

д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

185. К фиксирующим операциям при выпадении прямой кишки относятся:

- а) способ Зеренина-Кюммеля
- б) способ Рипштейна
- в) задне-петлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью тефлоновой сетки
- г) операция Тирша
- д) операция Делорма

186. В основу современной классификации хронического геморроя положены:

- а) размеры геморроидальных узлов
- б) выраженность выпадения геморроидальных узлов
- в) частота тромбизования узлов
- г) кровотечения из геморроидальных узлов
- д) наличие или отсутствие наружных узлов

187. В патогенезе геморроя ведущими являются:

- а) сосудистый фактор
- б) характер питания
- в) механический фактор
- г) фактор хронических запоров
- д) у женщин фактор беременности и родов

188. При первой стадии геморроя внутренние узлы:

- а) выпадают, но вправляются самостоятельно
- б) выпадают и самостоятельно не вправляются
- в) кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно
- г) кровоточат, но не выпадают из анального канала
- д) не кровоточат и не выпадают

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

- а) натуживаний при затрудненной дефекации
- б) беременности и родов
- в) злоупотребления алкоголем и острой пищей
- г) подъема тяжестей
- д) длительного вынужденного положения на работе

190. При третьей стадии геморроя внутренние узлы:

- а) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно
- б) увеличены и кровоточат при дефекации
- в) увеличены, кровоточат при дефекации, 1-2 раза в году тромбируются
- г) выпадают, для вправления необходимо ручное пособие
- д) постоянно выпадают и не вправляются

191. 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 0,3см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки:

- а) миома матки
- б) кровоточащий геморрой
- в) полип желудка

- г) полипы прямой кишки
- д) опухоль прямой кишки

192. Этой пациентке целесообразно:

- а) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами
- б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов
- в) направить под наблюдение гинеколога
- г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя
- д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении

193. 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:

- а) срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции
- б) провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки
- в) назначить больному диету, свечи
- г) посоветовать применять свечи и наладить стул
- д) провести обследование в стационаре

194. Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя: 1. кровотечение 2. боли после дефекации 3. выпадение узлов 4. анальный зуд 5. кишечный дискомфорт

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

195. При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются: 1. кровотечение 2. выпадение узлов 3. боли в заднем проходе 4. кишечный дискомфорт 5. анальный зуд

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

196. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются: 1. темным цветом крови 2. алым цветом крови 3. наличием сгустков 4. периодичностью 5. постоянством

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

197. 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 кровотечения

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3

- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

198. Основные принципы действия препарата "Детралекс" : 1. повышение венозного тонуса 2. купирование воспаления 3. стимуляция венозного кровотока 4. улучшение лимфодренажа 5. устранение микроциркуляторных расстройств

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

199. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся: 1. инфракрасная коагуляция 2. электрокоагуляция 3. склеротерапия 4. лигирование узлов латексными кольцами 5. шовное лигирование геморроидальных сосудов

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

200. 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 4. все манипуляции выполняются с применением обезболивания 5. все оборудование должно быть от известных фирм-производителей

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

201. Показанием к инфракрасной фотокоагуляции служит: 1. геморрой в любой стадии 2. только геморрой 1 стадии 3. комбинированный геморрой без кровотечений 4. кровоточащий внутренний геморрой 1-2 стадии 5. геморрой без кровотечений, но с выпадением узлов

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

202. Противопоказанием к проведению склеротерапии является: 1. тромбоз геморроидальных узлов 2. парапроктит острый 3. парапроктит хронический 5. крипт

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

203. Противопоказанием к лигированию узлов латексными кольцами является: 1. тромбоз геморроидальных узлов 2. воспалительные заболевания анального канала 3. комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами 4. геморрой без выпадения узлов 5. внутренний геморрой по типу циркулярного, без четкой локализации узлов на 3,7 и 11 часах

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

204. Основной причиной сильных болей после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами служит: 1. одновременное лигирование более двух узлов 2. втяжение гребешковой зоны в латексное кольцо 3. тромбоз соседних узлов 4. несоблюдение строгой диеты 5. несоблюдение постельного режима

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

205. Основными причинами кровотечения в ранние сроки после лигирования латексными кольцами являются: 1. соскальзывание лигатуры после лигирования небольшого узла, когда масса его недостаточна для удерживания кольца 2. разрыв латексного кольца из-за большой массы узла 3. дефекация в первый день после лигирования 4. несоблюдение строгого постельного режима 5. прием пищи в день проведения лигирования

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

206. Недостаточность анального сфинктера маловероятна после операции по поводу: 1. парапроктита острого 2. свища прямой кишки 3. геморроя 4. анального полипа 5. анальной трещины со сфинктеротомией

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

207. Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвете прямой кишки может развиваться вследствие: 1. неправильной оценки локализации свищевого хода 2. повреждения глубокой порции наружного жома 3. широкого рубца в анальном канале 4. введения в задний проход во время операции ректального зеркала 5. применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

208. Развитие недостаточности анального сфинктера после операции иссечения свища прямой кишки с ушиванием сфинктера вероятнее всего из-за: 1. применения электрокоагуляции для гемостаза в ране 2. недостаточности швов на сфинктере 3. локализации свищевого хода в глубокой порции наружного жома 4. нагноения и расхождения швов 5. использования ректального зеркала во время операции

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

209. Недостаточность анального жома после операции по поводу свища прямой кишки с использованием лигатурного метода чаще всего развивается вследствие: 1. слишком быстрого прорезывания лигатуры 2. использования в качестве лигатуры шелка 3. образования обширного рубца на сфинктере 4. применения лигатуры при переднем свище прямой кишки 5. использования в качестве лигатуры латекса

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если палильные ответы 1 и 3
- в) если палильные ответы 2 и 4
- г) если палильные ответы 4
- д) если палильные ответы 1,2,3,4 и 5

210. Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за: 1. оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища 2. недостаточного дренирования межсфинктерного пространства 3. проведения лигатуры по ложному ходу 4. рубцовых изменений в сфинктере 5. использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если палильные ответы 1 и 3
- в) если палильные ответы 2 и 4
- г) если палильные ответы 4
- д) если палильные ответы 1,2,3,4 и 5

211. Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие: 1. разрывов шейки матки 2. повреждения стенки влагалища 3. разрыва преддверия влагалища 4. растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода 5. перерастяжения в родах кожи передней промежности

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если палильные ответы 1 и 3
- в) если палильные ответы 2 и 4
- г) если палильные ответы 4
- д) если палильные ответы 1,2,3,4 и 5

212. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера показано при: 1. функциональной недостаточности 2. постравматической 2 степени 3. постравматической 1 степени 4. постравматической у больных старше 60 лет 5. постравматической 2 степени при повреждении сфинктера в боковых сегментах протяженностью менее окружности

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если палильные ответы 1 и 3
- в) если палильные ответы 2 и 4
- г) если палильные ответы 4
- д) если палильные ответы 1,2,3,4 и 5

213. Самой частой причиной развития посттравматической недостаточности анального сфинктера является: 1. использование клизм для очищения прямой кишки в течение длительного времени 2. инородные тела прямой кишки 3. разрывы и растяжения сфинктера в родах 4. операционная травма сфинктера 5. бытовая травма сфинктера

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

214. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при: 1. функциональной недостаточности 2 степени 2. органической недостаточности 2 степени 3. органической недостаточности 1 степени 4. органической недостаточности 3 степени 5. при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени.

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

215. У больных с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода 2 степени с дефектом жома протяженностью до $\frac{1}{3}$ окружности может быть выполнена операция: 1. только сфинктеропластика 2. сфинктероглютеопластика 3. только сфинктеролеваторопластика 4. в зависимости от состояния мышцы и локализации поражения сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика 5. по Тиршу

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

216. При недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до $\frac{1}{3}$ окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция: 1. сфинктеропластика 2. сфинктеролеваторопластика 3. в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика 4. сфинктероглютеопластика 5. лейомиопластика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

217. При наличии дефекта сфинктера более $\frac{1}{2}$ окружности выполняются операции: 1. создания жома из длинных лоскутов ягодичных мышц формирования запирающего аппарата из нежной мышцы бедра 3. формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра 4. сфинктеролеваторопластика 5. сфинктеропластика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

218. Показанием к операции сфинктероплевропластика является: 1. недостаточность сфинктера при наличии дефекта до $\frac{1}{2}$ окружности по боковым сегментам 2. недостаточность сфинктера при наличии дефекта до $\frac{1}{2}$ окружности по передней или задней полуокружности 3. недостаточность сфинктера 2-3 степени при наличии дефекта до $\frac{1}{3}$ окружности 4. недостаточности 2-3 степени у больных с выпадением прямой кишки 5. любая степень недостаточности после операции по поводу заднего свища прямой кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы ты 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

219. Сфинктероглютеопластика показана при: 1. дефекте сфинктера по передней полуокружности 2. дефекте сфинктера по задней полуокружности 3. недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки 4. недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до $\frac{1}{3}$ окружности по боковым полуокружностям 5. недостаточность сфинктера 2-3 степени с дефектом до $\frac{1}{3}$ по задней полуокружности

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

220. Глютеопластика нецелесообразна при: 1. травматическом повреждении ягодичных мышц 2. органической недостаточности сфинктера 1 степени 3. атрофии ягодичных мышц 4. наличии дефекта сфинктера более $\frac{1}{2}$ окружности 5. полном отсутствии сфинктера

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

221. При операции сфинктероглютеопластики используется: 1. длинный лоскут большой ягодичной мышцы 2. длинный лоскут малой ягодичной мышцы 3. длинный лоскут средней ягодичной мышцы 4. короткий лоскут большой ягодичной мышцы 5. короткий лоскут малой ягодичной мышцы

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

222. При дефекте сфинктера более $\frac{1}{2}$ окружности используются: 1. длинные лоскуты малой ягодичной мышцы 2. короткие лоскуты большой ягодичной мышцы 3. длинный лоскут средней ягодичной мышцы 4. длинный лоскут большой ягодичной мышцы 5. короткий лоскут средней ягодичной мышцы

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

223. Сфинктероплеваторопластика у больных выпадением прямой кишки выполняют: 1. как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки 2. выполнение при недостаточности 2-3 степени 3. выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения 4. после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 ст. 5. только у больных не старше 40 лет

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

6. Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-11

224. Причиной неспецифического язвенного колита является

- а) психическая травма
- б) физическая травма
- в) пресечённая кишечная инфекция
- г) микробное начало
- д) причина неизвестна

225. В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор:

- а) этиология
- б) локализация процесса
- в) тяжесть заболевания
- г) острота болезни
- д) летальность заболевания

226. Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются: 1. понос 2. кровь в стуле 3. боли в животе 4. тошнота и рвота 5. головные боли

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

227. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с: 1. бактериальной дизентерией 2. амёбной дизентерией 3. болезнью Крона 4. опухолями толстой кишки 5. недифференцированными колитами

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

228. Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является:

- а) карпология
- б) посев кала на микрофлору
- в) колоскопия
- г) рентгенологическое исследование тонкой кишки

д) гастроскопия

229. Для оценки тяжести атаки неспецифического язвенного колита не учитывается критерий

- а) склонность к запорам
- б) частота стула в сутки
- в) примесь крови в стуле
- г) температура тела
- д) изменение лабораторных показателей

230. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют: 1) сульфаниламидные препараты 2) стероидные гормоны 3) антибактериальные препараты 4) слабительные средства 5) промывания кишечника

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

231. Целесообразным хирургическим вмешательством при неспецифическом язвенном колите является: 1) двустольная илеостомия 2) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы 3) колэпроктэктомия 4) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки 5) резекция левых отделов ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

232. Показанием к экстренной операции у больных неспецифическим язвенным колитом служит: 1) неэффективность консервативной терапии 2) перфорация кишки 3) нарастающая общая слабость, потеря в весе 4) токсическая дилатация толстой кишки 5) ежедневные выделения крови с калом

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

233. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является:

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

234. Элементами предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита являются

- а) введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики
- б) очистительная клизма, антибиотики, наркотики

- в) очистительная клизма, гормональные препараты, наркотики
- г) кишечный лаваж
- д) 15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут

235. Нежелательным элементом в процессе предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита, осложненного кровотечением, является:

- а) локальная гипотермия
- б) применение гемостатиков, препаратов крови
- в) применение противошоковых инфузионных средств
- г) назначение антикоагулянтов
- д) назначение стероидных препаратов

236. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются:

- а) закрытие двустольной илеостомы после операции отключения
- б) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
- в) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
- г) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
- д) илеотрансверзоанастомоз

237. Введение послеоперационного периода у больных неспецифическим язвенным колитом предусматривает:

- а) в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену из сразу же после операции
- б) постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель
- в) длительное продолжение гормональной терапии
- г) увеличение дозы гормональных препаратов
- д) снижение дозы гормонов в два раза через день после операции

238. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает:

- а) формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
- б) ушивания "окна" между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
- в) подшивания серозной оболочки кишки к коже
- г) подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
- д) подшивания париетальной брюшины к коже

239. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является:

- а) J-образный
- б) S-образный
- в) O-образный
- г) W-образный
- д) Г-образный

240. Больные после радикальных операций по поводу неспецифического язвенного колита являются:

- а) инвалидами 1 группы
- б) инвалидами 2 группы с запрещений работы
- в) инвалидами 2 группы с правом работы в специально созданных условиях
- г) больные могут быть допущены ко всем видам труда

д) пациенты должны выполнять работу без физических и психических нагрузок

241. Причиной развития болезни Крона является:

- а) инфекционное начало
- б) эмоциональные стрессы
- в) травма живота
- г) перенесенные операции
- д) причина неизвестна

242. Классификация болезни Крона не предусматривает:

- а) локализации поражения
- б) протяженности поражения
- в) тяжести течения болезни
- г) наличия осложнений
- д) степени сложности

243. Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона являются:

- а) запоры, вздутие живота, повышение температуры
- б) понос, боли в суставах
- в) постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура
- г) боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
- д) наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов

244. Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является:

- а) наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки
- б) множественные выпячивания стенки толстой кишки
- в) наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
- г) наличие спикул по контуру кишки
- д) наличие внутренних и наружных кишечных свищей

245. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. рак толстой кишки 2. лимфома тонкой кишки 3. неспецифический язвенный колит 4. ишемический колит 5. осложненный дивертикулёз толстой кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

246. Для консервативного лечения болезни Крона применяются: 1. иммунорегуляторы 2. сульфаниламиды 3. гормоны 4. опиаты 5.

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

247. Показанием к плановому оперативному лечению болезни Крона является: 1. кишечное кровотечение 2. прикрытая перфорация кишки 3. дилатация толстой кишки 4. отсутствие эффекта от консервативного лечения 5. стриктура кишки с явлениями непроходимости

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3

- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

248. Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и периаанальных осложнений при болезни Крона включает: 1. применение очистительных клизм 2. проведение кишечного лаважа 3. пенообразующие микроклизмы 4. бесшлаковую диету, вазелиновое масло 5. внутрь касторовое масло и очистительные клизмы

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

249. При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной подготовки применяется: 1. гормональная терапия 2. коррекция белковых нарушений 3. энтеральное питание 4. санация гнойно-септических очагов 5. лечение сопутствующих заболеваний

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

250. При болезни Крона толстой кишки не применяется: 1. сегментарная резекция толстой кишки 2. резекция илеоцекального отдела 3. гемиколэктомия 4. серозотомия 5. стриктуропластика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

251. Наиболее рациональный объем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона: 1. тотальное удаление толстой кишки 2. илеостомия в качестве операции отключения 3. резекция кишки с наложением анастомоза 4. резекция кишки с наложением отдельной стомы 5. стриктуропластика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

252. К особенностям применения гормональных препаратов после радикальных операций у пациентов с болезнью Крона относится: 1. отмена гормональных препаратов сразу после операции 2. постепенная отмена гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель 3. увеличение дозы гормонов 4. длительное применение гормональных препаратов 5. применение гормонов только в первые три дня после операции

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4

д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

253. Особенности перианальных поражений при болезни Крона является: 1. сочетание свищей и язв-трещин 2. склонность к рецидивированию 3. самопроизвольное заживление язв и свищей при ремиссии болезни Крона 4. внутреннее отверстие свища всегда располагается в анальной крипте 5. свищевой ход, как правило, является экстрасфинктерным

- а) если павильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

254. По характеру болезни синдрому раздраженной толстой кишки наиболее соответствует название: 1. хронический колит 2. спастический колит 3. хронический энтероколит 4. кишечная диспепсия 5. колостаз

- а) если павильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

255. Этиопатогенетическим механизмом развития синдрома раздраженной кишки является: 1. инфекционный 2. паразитарный 3. психический стресс 4. нарушение моторики толстой кишки 5. аллергический

- а) если павильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

256. При синдроме раздраженной кишки имеют место: 1. изменение иммунного статуса 2. изменения биоценоза толстой кишки 3. глубокие нарушения обмена веществ 4. нарушения секреции толстой кишки 5. глубокие психические отклонения

- а) если павильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

257. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздражённой кишки относятся

- а) постоянный жидкий стул
- б) постоянные запоры
- в) постоянная примесь крови в кале
- г) затруднённое опорожнение прямой кишки
- д) неустойчивый стул, чередование запоров и поносов

258. При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь

- а) алой крови
- б) гноя
- в) слизи
- г) прожилок крови

д) сукровицы

259. Наиболее типичный характер болей при синдроме раздраженной кишки:

- а) боли постоянного характера
- б) боли, возникающие после еды
- в) боли, стихающие после дефекации
- г) боли при ходьбе и физической нагрузке
- д) ночные боли

260. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется:

- а) сбор анамнеза
- б) рентгенологическое обследование
- в) колоноскопия
- г) бактериологическое исследование кала
- д) ангиография

261. При синдроме раздраженной кишки эндоскопическое исследование выявляет: 1. гиперемию и отек слизистой оболочки 2. смазанность сосудистого рисунка 3. частые спазмы стенки кишки 4. резкую болезненность при осмотре 5. контактную кровоточивость слизистой оболочки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

262. Важными диагностическими критериями, позволяющими отличить синдром раздраженной кишки от заболеваний органической природы (критерии Маннинга), заключаются в том, что: 1. боль в животе стихает после дефекации 2. стул сопровождается болью 3. отмечается вздутие живота 4. определяется слизь в кале, бывают ложные позывы с выделением слизи 5. бывает ощущение неполного опорожнения

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

263. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:

- а) механические и термически обработанные продукты
- б) ограничение углеводов
- в) полное исключение мясных продуктов
- г) пищу с повышенным содержанием клетчатки
- д) продукты с пониженным содержанием соли

264. Ишемический колит обусловлен

- а) сердечной недостаточностью
- б) длительным применением пероральных контрацептивов
- в) нарушением кровообращения в нижней брыжеечной артерии
- г) применением вазопрессоров
- д) травмой передней брюшной стенки

265. Симптомами развития дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются: 1. внезапное урежение стула на фоне диареи 2. вздутие живота 3. боли в животе 4. учащение стула до 15-20 раз в сутки 5. увеличение примеси крови и слизи в кишечном содержимом

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

266. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют: 1. дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки 2. врожденная слабость соединительной ткани 3. приобретенная слабость соединительной ткани 4. дискоординация моторики толстой кишки 5. сосудистые изменения в стенке толстой кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

267. Анатомическими предпосылками к развитию дивертикулов в ободочной кишке являются: 1. формирование наружного мышечного слоя ободочной кишки в виде полос 2. наличие артерий и вен, перфорирующих мышечный каркас кишечной стенки 3. наличие гаустр, в которых может генерироваться повышенное внутрикишечное давление 4. астенический тип сложения 5. гиперстенический тип сложения

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

268. Морфология дивертикулярной болезни характеризуется: 1. разволокнением циркулярных мышц кишечной стенки 2. гиперэластозом продольного мышечного слоя 3. мешковидными выбуханиями слизистого и подслизистого слоёв кишки, покрытых серозной оболочкой 4. отсутствием мышечной оболочки в стенке дивертикулов 5. мио- и нейропатией стенки кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

269. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится: 1. дивертикулит 2. паракишечный инфильтрат 3. паракишечный абсцесс 4. озлокачествление 5. кишечное кровотечение

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

270. Самым частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является: 1. перфорация дивертикула в свободную брюшную полость 2. внутренние и наружные кишечные свищи 3. кишечное кровотечение 4. дивертикулит 5. стриктура кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

271. Абсолютными показаниями к операции по поводу осложненного дивертикулеза толстой кишки являются: 1. перфорация дивертикула 2. массивное кровотечение 3. абсцедирование инфильтрата 4. кишечная непроходимость 5. невозможность исключить рак

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

272. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни: 1. периодические кишечные кровотечения 2. рецидивирующий дивертикулит 3. кишечные свищи 4. отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе 5. паракишечный инфильтрат

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

273. О степени адаптации и выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как: 1. сроки приживания кишки 2. состояние слизистой оболочки кишки 3. объём кишечных выделений 4. отсутствие параилеостомического дерматита 5. появлении аппетита у больного

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

274. После операции с наложением илеостомы при гладком течении: 1. заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней 2. заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней 3. максимальный суточный объём выделений из илеостомы 800-900 мл 4. суточный объём выделений из илеостомы более 1 литра 5. стабилизация функции илеостомы наступает не раньше полугода

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

275. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде: 1. воспалительные 2. кишечная непроходимость 3. некроз илеостомы 4. параилеостомическая грыжа 5. выпадение илеостомы

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

276. К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся: 1. стеноз илеостомы 2. выпадение илеостомы 3. свищ илеостомы 4. параилеостомическая грыжа 5. перистомальный дерматит

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

277. Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной: 1. выпадения кишки через илеостому 2. свища илеостомы 3. ретракции илеостомы 4. стеноза илеостомы на уровне кожи 5. стеноз илеостомы на уровне апоневроза

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

278. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием: 1. параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде 2. развития параилеостомической грыжи 3. свища илеостомы 4. недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы 5. перистомального дерматита

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

279. По прошествии 2-х месяцев после наложения концевой илеостомы (по Бруку) суточный объём выделений из кишки должен составлять: 1. 300 мл 2. от 300 до 500 мл 3. от 500 до 600 мл 4. от 600 до 700 мл 5. не менее 1 литра

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

280. Через 2 месяца после операции с наложением двустольной илеостомы (по Тоболу) суточный объём выделений из кишки должен составлять: 1. 300 мл 2. от 300 до 500 мл 3. от 500 до 600 мл 4. от 600 до 700 мл 5. не менее 1 литра

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

281. Основными причинами несостоятельности швов анастомоза при операциях по поводу дивертикулеза толстой кишки являются: 1. формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы 2. использование сшивающих аппаратов 3. изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза 4. недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией 5. недостаточный опыт оперирующего

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильные ответы 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

7. Врожденные заболевания толстой кишки

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7

282. Тератоидные образования параректальной клетчатки:

- а) имеют эмбриональное происхождение
- б) являются истинными опухолями
- в) представляют собой ретенционные кисты
- г) являются следствием хронического парапроктита
- д) представляют собой грыжи спинномозгового канала

283. Для тератоидных образований параректальной клетчатки наиболее характерными клиническими симптомами являются:

- а) опухолевидные образования на промежности, обнаруживаемые уже при наружном осмотре
- б) боли в крестцово-копчиковой области и промежности, и воспалительные процессы с образованием свищей
- в) нарушение мочеиспускания
- г) запоры
- д) диарея

284. Наиболее частым клиническим симптомом пресакральных тератоидных образований являются:

- а) боли в крестцово - копчиковой области и заднем проходе
- б) гематурия
- в) боли в нижних отделах живота
- г) частый жидкий стул
- д) примесь крови и слизи в кале

285. Для тератоидных образований не характерно:

- а) образование свищей
- б) кишечная непроходимость
- в) кишечная непроходимость
- г) озлокачествление
- д) кровотечение

286. К обязательным методам обследования больных каудальными тератомами относится: 1. наружный осмотр крестцово - копчиковой области и промежности 2. пальцевое исследование прямой кишки 3. ректороманоскопия 4. проктография 5. фистулография при наличии свищевого отверстия

- а) если правильные ответы 1,2,3

- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

287. Эндоскопическая картина при каудальных тератомах чаще всего характеризуется: 1. изъязвлением слизистой оболочки прямой кишки над образованием 2. наличием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование 3. отсутствием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование 4. сдавлением извне стенки кишки, сужением ее просвета и смещением прямой кишки при неизменённой слизистой оболочке 5. контактной кровоточивостью слизистой оболочки прямой кишки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

288. Характерными признаками эмбриом пресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются: 1. расширение ретроректального пространства 2. смещение прямой кишки кпереди 3. сдавление задней стенки прямой кишки 4. зазубренность контура кишки 5. ригидность кишечной стенки

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

289. Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом:

- а) лучевая терапия
- б) хирургическое лечение с удалением эмбриомы и свищей
- в) введение склерозирующих растворов в полость кисты
- г) марсупиализация
- д) удаление опухоли и свищей единым блоком с прямой кишкой

290. Хирургическое лечение тератоидных образований необходимо:

- а) во всех случаях при установленном диагнозе
- б) только при озлокачествлении образования
- в) только в случаях нагноения тератомы
- г) при сдавлении тератомой просвета прямой кишки
- д) при появлении неврологических нарушений

291. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является:

- а) неполное удаление тератомы
- б) кровотечение
- в) перфорация стенки прямой кишки
- г) вскрытие тазовой брюшины
- д) ранение мочеочника

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

- а) крестцовых венозных сплетений
- б) срединной крестцовой артерии

- в) маточной артерии
- г) развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях
- д) верхней прямоишечной артерии

293. После удаления тератомы в ближайшем послеоперационном периоде труднее всего ожидать:

- а) образования свищей прямой кишки
- б) нагноения послеоперационной раны
- в) кровотечения
- г) рецидива тератомы
- д) недостаточности анального сфинктера

294. Наименее вероятным в отдаленные сроки после удаления каудальных тератом является:

- а) рецидив тератоидного образования
- б) остаточные гнойные полости
- в) свищи прямой кишки
- г) недостаточность анального сфинктера
- д) боли в крестцово-копчиковой области и промежности

295. Самая вероятная причина рецидивов тератоидных образований связана:

- а) с неполным удалением оболочек кисты или оставлением незамеченной дочерней кисты малых размеров
- б) с оставлением рубцовых тканей, окружающих тератому
- в) с открытым ведением послеоперационной раны
- г) с закрытым ведением послеоперационной раны
- д) с видом дренажа

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

- а) боли в крестцово -копчиковой области
- б) наличие тугоэластической опухоли на передней поверхности крестца
- в) парестезии в крестцово-копчиковой области
- г) наличие разрушения костной ткани, обнаруживаемого при рентгенологическом исследовании крестца и копчика
- д) малоподвижность слизистой оболочки прямой кишки над образованием

297. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет:

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректороманоскопия
- в) проктография
- г) гистологическое исследование пункционного биоптата
- д) рентгенография крестца и копчика

298. Для переднего сакрального менингоцеле, в отличие от пресакральных тератом, характерно: 1. высокое расположение образования в пресакральной области 2. положительный симптом кашлевого толчка 3. нарушение функции тазовых органов 4. чередование кистозных и солидных участков 5. бугристая неоднородная поверхность

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

299. Решающим при дифференциальной диагностике переднего сакрального менингоцеле и каудальных тератом является: 1. пальцевое исследование прямой кишки 2. наружный осмотр крестцово - копчиковой области 3. проктография 4. миелография 5. рентгенологическое исследование костей таза

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

300. Отличительными признаками эндометриоза прямой кишки от пресакральных тератом является: 1. кровянистые выделения из прямой кишки во время менструации 2. увеличение узлов эндометриоза во время менструации 3. усиление болей во время менструации 4. подвижность слизистой прямой кишки над образованием 5. гладкая слизистая над образованием

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) зондирование свищевого хода
- б) пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств
- в) эндоскопические методы исследования
- г) рентгенологическое исследование костей таза
- д) пункционная биопсия

302. Неизмененный воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой:

- а) дермоидную кисту
- б) эпидермоидную кисту
- в) подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика
- г) эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос
- д) эмбриому

303. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

- а) постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области
- б) неправильной закладкой зародышевых листков
- в) врастанием в кожу волос
- г) врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области
- д) ношением узкой одежды

304. Клиническими проявлениями неосложненного копчикового хода могут быть:

- а) периодические ноющие боли в области крестца
- б) нарушение опорожнения прямой кишки
- в) гнойные выделения из первичных ходов копчикового хода
- г) болезненные инфильтраты в клетчатке крестцово-копчиковой области
- д) наличие первичных отверстий хода

305. Особенности течения болезни при эпителиальном копчиковом ходе: 1. при аномалии развития эпителиальный копчиковый ход существует к моменту рождения ребенка 2. эпителиальный копчиковый ход в первые годы жизни может быть не замечен 3. в период половой зрелости часто возникает воспалительный процесс в самом ходе и окружающей клетчатке 4. воспалительный процесс не возникает, если ребенку не исполнилось 16 лет 5. воспаление эпителиального копчикового хода возникает только после травмы копчика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

306. Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является: 1. развитие кокцигодии 2. озлокачествление хода 3. свищи прямой кишки 4. воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке 5. остеомиелит копчика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

307. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является: 1. наличие первичных отверстий хода в межягодичной складке 2. появление гнойных свищей крестцово-копчиковой области 3. рецидив воспаления в области крестца 4. болезненность при пальпации копчика 5. травма копчика в анамнезе

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

308. Эпителиальный копчиковый ход: 1. связан с крестцом 2. связан с копчиком 3. оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области 4. расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца 5. расположен под крестцовой фасцией

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

309. К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относится: 1. наружный осмотр крестцово-копчиковой области 2. пальцевое исследование прямой кишки 3. ректороманоскопия 4. введение краски в первичные отверстия хода 5. рентгенография крестца и копчика

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

310. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода могут образоваться гнойные свищи крестцово-копчиковой области. При этом сам копчик : 1. всегда вовлекается в воспалительный процесс 2. никогда не вовлекается в процесс 3. приобретает патологическую подвижность 4. как правило, не вовлекается в процесс 5. поражается всегда, если этому предшествовал ушиб крестцово-копчиковой области

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

311. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода: 1. общее состояние больного страдает мало 2. гнойное отделяемое из отверстий хода скудное 3. по ходу вторичных свищей могут быть рубцы 4. гной выделяется, в основном, из прямой кишки 5. отмечается отек и гиперемия кожи в области крестца

- а) если правильные ответы 1,2,3
- б) если павильные ответы 1 и 3
- в) если павильные ответы 2 и 4
- г) если павильные ответы 4
- д) если павильные ответы 1,2,3,4 и 5

312. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

- а) наличии первичных отверстий хода в межягодичной складке
- б) гиперемии и отек задней стенки кишки на уровне копчика
- в) отсутствие патологических образований в пресакральном пространстве
- г) рецидивирующих воспалениях крестцово-копчиковой области
- д) выделениях гноя из заднего прохода

313. После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны. Больному необходимо:

- а) Не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники
- б) Снять сразу все швы
- в) Назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать
- г) Снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы
- д) Провести курс гипербарической оксигенации

314. Через несколько месяцев после операции по поводу неосложненного эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является: 1. Оставление первичного отверстия 2. Несоблюдение гигиенических мероприятий 3. Употребление острой пищи, солений, алкоголя 4. Глухой шов раны после иссечения хода 5. Применение дренажа

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

315. Причиной развития мегаколон у взрослых может быть:
- а) Врождённая аномалия интрамурального нервного аппарата толстой кишки
 - б) Механическое препятствие в толстой кишке или в анальном канале
 - в) Заболевание ЦНС, эндокринной системы
 - г) Токсическое воздействие различных веществ
 - д) Инфекция
316. Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является:
- а) Длительное употребление слабительных
 - б) Врождённое недоразвитие внутреннего сфинктера прямой кишки
 - в) Врожденное недоразвитие наружного сфинктера прямой кишки
 - г) Врождённое недоразвитие интрамуральной нервной системы толстой кишки
 - д) Длительное применение очистительных клизм
317. При болезни Гиршпрунга может быть:
- а) Отсутствие ганглиев мышечно-кишечного сплетения
 - б) Уменьшение числа и размеров ганглиев межмышечного сплетения
 - в) Дистрофия ганглиев в расширенных отделах
 - г) Наличие ганглиев без нервных клеток в них
 - д) Пучки безмякотных нервных волокон
318. Характерным для болезни Гиршпрунга является:
- а) Отсутствие самостоятельного стула
 - б) Постоянное вздутие живота
 - в) Отставание в физическом развитии
 - г) Длительное бессимптомное течение
 - д) Хороший эффект от приема слабительных средств
319. Вздутие живота при болезни Гиршпрунга отмечается:
- а) Если в течении недели не было стула
 - б) Только после сифонных клизм
 - в) После приема слабительных в больших дозах
 - г) Постоянно
 - д) При употреблении в пищу растительной клетчатки
320. Выраженные изменения внешнего вида пациента чаще всего бывают при:
- а) Психогенном мегаколоне
 - б) Идиопатическом мегаколоне
 - в) Привычных запорах
 - г) Болезни Гиршпрунга
 - д) Токсическом мегаколоне
321. При болезни Гиршпрунга у взрослых отмечается:
- а) Бочкообразная грудная клетка
 - б) Увеличение объемов живота
 - в) Бледность кожных покровов
 - г) Расхождение прямых мышц живота
 - д) Видимая через переднюю стенку живота кишечная перистальтика
322. Ведущими симптомами болезни Гиршпрунга у взрослых являются:
- а) Боли в животе

- б) Отсутствие самостоятельного стула
- в) Общая слабость
- г) Метеоризм
- д) Тошнота, отсутствие аппетита

323. Течение болезни Гиршпрунга зависит от:

- а) Протяженности аганглионарной зоны
- б) Степени компенсации выпячивающихся отделов кишечника
- в) Времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения
- г) Возраста пациента
- д) Пола пациента

324. К анатомическим формам аганглиоза толстой кишки относятся:

- а) Супраанальная форма
- б) Ректальная форма
- в) Ректосигмоидальная
- г) Субтотальная форма
- д) Тотальная форма аганглиоза

325. Супраанальная форма болезни Гиршпрунга - это:

- а) Аганглиоз внутреннего сфинктера
- б) Аганглиоз на уровне верхнего геморроидального сплетения
- в) Гипоганглионарный вариант болезни всей прямой кишки
- г) Недоразвитие нервного аппарата нижеампулярного отдела прямой кишки
- д) Сегментарное поражение на уровне ано-ректальной линии

326. Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить:

- а) При обструктивном мегаколоне
- б) При болезни Гиршпрунга
- в) При мегаколоне неясной этиологии
- г) У всех больных
- д) При наличии жалоб на упорные запоры

327. Основное значение в диагностике болезни Гиршпрунга имеет:

- а) Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- б) Ирригоскопия
- в) Исследование прохождения бариевой взвеси по ЖКТ
- г) Полнослойная биопсия прямой кишки
- д) Колоноскопия

328. Ирригоскопия и ирригография при наличии мегаколона должны определить:

- а) Наличие или отсутствие аганглионарной зоны и ее протяженность
- б) Протяженность и степень расширения толстой кишки
- в) Сократительную способность стенки толстой кишки
- г) Наличие или отсутствие других изменений (стриктура, опухоль)
- д) Наличие и протяженность неизмененных отделов кишки

329. Аганглиоз наиболее часто бывает в:

- а) Слепой кишке
- б) Месте перехода нисходящей кишки в сигмовидную
- в) Поперечноободочной кишке

- г) Прямой кишке
- д) Сигмовидной кишке

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

- а) Отсутствие ганглиев в межмышечном и подслизистом нервных сплетениях
- б) Уменьшение числа ганглиев интрамурального нервного аппарата прямой кишки
- в) Гиперплазия ганглиев без увеличения их числа
- г) Нормальное развитие интрамурального нервного аппарата
- д) Приобретенные дистрофические изменения нервных клеток

331. При физиологическом исследовании замыкательного аппарата прямой кишки при болезни Гиршпрунга патогномонично:

- а) Снижение сократительной способности наружного сфинктера
- б) Увеличение тонуса внутреннего сфинктера
- в) Отсутствие рефлекса с наружного сфинктера
- г) Отсутствие реакции внутреннего сфинктера в ответ на его раздражение
- д) Снижение адаптационной способности прямой кишки

332. Послойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет:

- а) Установить степень атипии клеток слизистой оболочки
- б) Выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы
- в) Позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза
- г) Определить состояние интрамурального нервного аппарата
- д) Установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки

333. Правильным методом лечения болезни Гиршпрунга является:

- а) Только консервативный
- б) Хирургический при безуспешности консервативного
- в) Консервативный при протяженности аганглионарной зоны 3-4см
- г) Только хирургический
- д) Хирургический, если зона аганглиоза более 4см

334. Главной целью оперативного лечения болезни Гиршпрунга является:

- а) Резекция расширенной части толстой кишки
- б) Ликвидация спазма внутреннего сфинктера
- в) Сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки
- г) "Выключение" из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны
- д) Ликвидация спазма аганглионарной зоны

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

- а) Восходящую ободочную кишку
- б) Сигмовидную кишку
- в) Поперечноободочную кишку
- г) Границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки
- д) Подвздошную кишку

336. Уровень наложения двустольной колостомы при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга определяется:

- а) Целью колостомии
- б) Состоянием всех отделов толстой кишки

- в) Локализацией зоны аганглиоза
- г) Протяженностью зоны аганглиоза
- д) Характером планируемой в дальнейшем радикальной операции

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

- а) Ликвидация кишечной непроходимости
- б) Налаживание эвакуации кишечного содержимого у ослабленных больных
- в) Сохранение части толстой кишки тотальном мегаколоне
- г) Только резекция расширенной части толстой кишки
- д) При наличии калового камня - удаление его путем колотомии

338. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется:

- а) Длиной аганглионарной зоны
- б) Протяженностью декомпенсированных расширенных отделов кишечника
- в) Общим состоянием больных
- г) Возрастом больных
- д) Негативным отношением больных к наложению колостомы

339. Применение многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга показано:

- а) При декомпенсированном состоянии больного
- б) При наличии калового камня
- в) При тотальном мегаколоне
- г) У всех больных старше 20 лет
- д) У всех больных старше 30 лет

340. Операция Соаве — это:

- а) Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец"
- б) Левосторонняя гемиколэктомия с отсроченным анастомозом
- в) Низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры
- г) Низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
- д) Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с вовлечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

341. Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец" — это:

- а) Операция Соаве
- б) Операция Дюамеля
- в) Операция Ребейна
- г) Операция Свенсона
- д) Модифицированная операция Дюамеля

342. Операция Дюамеля — это:

- а) Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец"

б) Низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза

в) Левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком

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

д) Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки с целью адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру

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

а) Операция Соаве

б) Операция Дюамеля

в) Операция Свенсона

г) Операция Ребейна

д) Модифицированная операция Свенсона

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

а) Нерадикальность операции

б) Трудность мобилизации ободочной кишки для низведения

в) Трудность мобилизации прямой кишки у взрослых пациентов

г) Трудность выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза

д) Трудности наложения анастомоза из-за разных диаметров кишок

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

а) Уменьшения кровопотери

б) Уменьшения травматизации нервных путей в малом тазу

в) Профилактики повреждения внутреннего сфинктера

г) Профилактики мочеполовых расстройств

д) Уменьшения повреждения наружного сфинктера

346. К преимуществам модифицированной операции Дюамеля относятся:

а) Максимальное удаление аганглионарной зоны без излишней травматизации тазовых органов

б) Отсутствие повреждения внутреннего сфинктера прямой кишки

в) Безопасный и асептический колоанальный анастомоз

г) Профилактика несостоятельности анастомоза

д) Предотвращение образования слепого мешка в прямой кишке

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

а) Ребейна

б) Дюамеля

в) Свенсона

г) Соаве

д) Без формирования первичного анастомоза

348. Нехарактерными осложнениями операции Дюамеля являются:
- а) Недостаточность швов колоректального анастомоза
 - б) Несостоятельность культи прямой кишки
 - в) Мочеполовые расстройства
 - г) Развитие пресакрального абсцесса
 - д) Образование "шпоры" колоректального анастомоза
349. Чаще всего противопоказанием к наложению "первичного" анастомоза по Дюамелю у больных с болезнью Гиршпрунга является:
- а) Тяжесть общего состояния больного
 - б) Травматичность самого оперативного вмешательства
 - в) Особенности кровоснабжения низводимых органов
 - г) Невозможность тщательной очистки толстой кишки перед операцией
 - д) Возраст больных старше 50 лет
350. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:
- а) Рецидиве мегаколон
 - б) Различных осложнениях в области сформированного анастомоза
 - в) Недостаточности анального сфинктера
 - г) Воспалительных осложнениях в параректальной клетчатке
 - д) Многоэтапном лечении
351. Основным методом лечения психогенного мегаколон является:
- а) Консервативное, направленное на нормализацию функции толстой кишки
 - б) Только хирургическое
 - в) Хирургическое при неэффективности консервативного
 - г) Консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию функции толстой кишки
 - д) Только лечение основного заболевания
352. Появление неудержимого поноса (так называемого парадоксального поноса) на фоне длительного отсутствия стула при болезни Гиршпрунга обусловлено:
- а) Развитием воспалительного процесса в кишке
 - б) Образованием в кишке стеркоральных язв
 - в) Выраженным дисбактериозом
 - г) Реакцией на клизмы
 - д) Реакцией на прием слабительных средств
353. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:
- а) Бессвищевая форма атрезии
 - б) Свищ в мочевого пузырь
 - в) Уретральный свищ
 - г) Узкий и длинный промежностный свищ
 - д) Все перечисленное: Бессвищевая форма атрезии; Свищ в мочевого пузырь; Уретральный свищ; Узкий и длинный промежностный свищ
354. Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является:
- а) Операция Дюамеля
 - б) Операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы
 - в) Операция Соаве

- г) Двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом - по Дюамелю
- д) Илеостомия, в последующем операция Соаве

8. Неотложная колопроктология

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12

355. Острым парапроктитом называется:

- а) Любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
- б) Острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
- в) Острое воспаление в области морганиевых крипт
- г) Острое воспаление слизистой прямой кишки
- д) Изъязвление слизистой в области морганиевых крипт

356. Острый парапроктит является:

- а) Крайне редким заболеванием
- б) Достаточно редким заболеванием
- в) Самым частым заболеванием человека
- г) Самым частым проктологическим заболеванием
- д) Распространённым заболеванием, стоящим на четвёртом месте после геморроя, анальных трещин и колитов

357. Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции:

- а) Гематогенным путём
- б) Лимфогенным путём
- в) Через кожу
- г) Из прямой кишки
- д) Из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

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

- а) Внутри морганиевых крипт
- б) В параректальной клетчатке
- в) В подслизистом слое дистальной части прямой кишки
- г) В толще внутреннего сфинктера
- д) В толще наружного сфинктера

359. Выводные протоки анальных желез открываются:

- а) На дне морганиевых крипт
- б) В межсфинктерном пространстве
- в) В параректальной клетчатке
- г) На слизистой в области гребешка
- д) В области анальных сосочков

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

- а) Из крипты гематогенным путём
- б) Из крипты по межфасциальным промежуткам
- в) Через повреждённую слизистую прямой кишки выше аноректальной линии
- г) Из крипты через протоки анальных желез
- д) Через дефект слизистой анального канала

361. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является:

- а) Туберкулезная палочка
- б) Стафилококк
- в) Кишечная палочка
- г) Протей
- д) Смешанная микрофлора

362. Специфический парапроктит вызывается: 1. Туберкулёзной палочкой 2. Актиномицетами 3. Бледной спирохетой 4. Неспорообразующим анаэробом в ассоциации с кишечной палочкой и протеем 5. Гемолитическим стрептококком

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

363. При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить: 1. Локализацию пораженной крипты 2. Характер микробной флоры 3. Расположение гнойного хода по отношению к сфинктеру 4. Распространенность гнойного процесса 5. Давность заболевания

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

364. К поверхностным формам острого парапроктита относят: 1. Ишиоректальные 2. Пельвиоректальные 3. Межмышечные 4. Подкожные и подслизистые 5. Ретроректальные

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

365. К глубоким формам острого парапроктита относят: 1. Пельвиоректальные 2. Подкожные 3. Ишиоректальные 4. Подковообразные подкожные 5. Подслизистые

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

366. Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить:

- а) Только у больных диабетом
- б) У пациентов старше 50 лет
- в) У всех больных
- г) При распространённом гнойном процессе
- д) При анаэробном парапроктите

367. Самой частой формой острого парапроктита является:

- а) Подслизистый парапроктит
- б) Подкожный парапроктит
- в) Ишиоректальный
- г) Пельвиоректальный
- д) Ретроректальный

368. Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести:

- а) Осмотр и пальпацию перианальной области
- б) Осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
- в) Осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
- г) Осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
- д) Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию

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

- а) Выше аноректальной линии
- б) На уровне аноректальной линии
- в) Ниже аноректальной линии
- г) Зависит от величины абсцесса
- д) Зависит от расположения поражённой крипты

370. При ишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии:

- а) Ниже
- б) На уровне
- в) Выше
- г) Зависит от расположения поражённой крипты
- д) Зависит от конституции больного

371. В начале заболевания особенно трудна диагностика:

- а) Подкожного парапроктита
- б) Подслизистого парапроктита
- в) Ишиоректального парапроктита
- г) Пельвиоректального парапроктита
- д) Межмышечного парапроктита

372. При подкожном парапроктите гнойный ход чаще располагается:

- а) Кнутри от сфинктера
- б) Транссфинктерно
- в) Экстрасфинктерно
- г) В глубокой порции наружного сфинктера
- д) В подкожной порции наружного сфинктера

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

- а) Только транссфинктерно
- б) Только экстрасфинктерно
- в) Всегда кнутри от сфинктера
- г) Транссфинктерно и экстрасфинктерно

д) Чаще всего трансфинктерно

374. При ишиоректальном парапроктите пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить:

- а) Только нижнюю границу гнойника
- б) Нижнюю и верхнюю границы
- в) Верхнюю границу
- г) Верхняя граница достижима только при небольших размерах гнойника
- д) Верхняя граница недостижима у высоких и тучных мужчин

375. Вовлечение в воспалительный процесс тазовой брюшины вероятнее всего: 1. При межмышечном парапроктите 2. При ишиоректальном парапроктите 3. При подслизистом парапроктите 4. При пельвиоректальном парапроктите 5. При всех видах парапроктита

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

376. При наличии клинических признаков воспаления и обнаружении инфильтрата в параректальном пространстве следует исключить: 1. Прорыв гноя из дугласова пространства 2. Острое воспаление эпителиального копчикового хода 3. Нагноившуюся кисту параректальной клетчатки 4. Подкожный парапроктит 5. Ишиоректальный парапроктит

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

377. Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего:

- а) Госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- б) Вскрыть гнойник в поликлинике
- в) Назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- г) Назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- д) Амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке

378. При осмотре больного в приемном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37,3. Целесообразнее всего:

- а) Госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать
- б) Сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать
- в) Госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке
- г) Назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой
- д) Госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния

379. После вскрытия гнойника при остром парапроктите без иссечения гнойного хода и поражённой крипты наименее вероятно:

- а) Формирование свища прямой кишки
- б) Рецидивирование парапроктита
- в) Выздоровление
- г) Периодическое появление болей в промежности
- д) Послеоперационная недостаточность анального сфинктера

380. 1392 Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите:

- а) Формирование свища прямой кишки
- б) Рецидивирующий парапроктит
- в) Выздоровление
- г) Недостаточность анального сфинктера
- д) Выздоровление в 50% наблюдений

381. Пельвиоректальный парапроктит лучше всего вскрыть:

- а) Через просвет прямой кишки, так как гнойник располагается рядом со стенкой кишки
- б) Полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку с соответствующей стороны и рассечением мышцы, поднимающей задний проход, в поперечном направлении
- в) Полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении
- г) Радиальным разрезом кожи
- д) Прямолинейным разрезом перпендикулярно линии между задним проходом и седалищным бугром

382. Катетеризация мочевого пузыря чаще бывает необходима при операции по поводу:

- а) Подкожного парапроктита
- б) Ишиоректального парапроктита
- в) Подслизистого парапроктита
- г) Пельвиоректального парапроктита
- д) Межмышечного парапроктита

383. При наличии интрасфинктерного гнойного хода лучше всего:

- а) Рассечь гнойный ход в просвет кишки без иссечения его
- б) Иссечь ход в просвет кишки
- в) Провести лигатуру
- г) Иссечь гнойный ход и ушить рану
- д) Иссечь ход, сделать сфинктеротомию

384. При наличии транесфинктерного гнойного хода возможно:

- а) Только проведение лигатуры
- б) Выполнение нерадикальной операции
- в) Только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- г) Иссечение в просвет кишки, независимо от глубины расположения хода
- д) В зависимости от расположения и глубины хода возможны различные варианты: от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры

385. Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого парапроктита, если: 1. Обеспечена адекватная анестезия

2. Выявлена поражённая крипта 3. Достаточен опыт оперирующего 4. Пациент страдает сахарным диабетом 5. Выявлено расположение гнойного хода

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4

- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

386. Если во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита не выявлена поражённая кривта, лучше всего: 1. После вскрытия абсцесса иссечь две-три кривты, расположенные близко к гнойнику 2. Вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние кривты, так как чаще всего бывает задний парапроктит 3. Вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию 4. Ограничиться вскрытием гнойника и дренированием 5. После вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую кривту

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

387. При остром подкожном переднем парапроктите с интрасфинктерным гнойным ходом у женщины лучше всего выполнить 1. Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой кривты 2. Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой кривты и заднюю дозированную сфинктеротомию 3. Только вскрытие абсцесса 4. Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой кривты и гнойного хода в просвет прямой кишки 5. Вскрытие абсцесса и заднюю дозированную сфинктеротомию

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

388. Во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита с поражением задней кривты выявлено, что гнойный ход идет через подкожную порцию наружного сфинктера. В этом случае целесообразнее: 1. Ограничиться вскрытием и дренированием гнойника 2. Вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривту, провести лигатуру 3. Вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию 4. Вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривту и гнойный ход в просвет прямой кишки 5. Вскрыть гнойник и иссечь поражённую кривту

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

389. После операций по поводу острого парапроктита в назначении антибиотиков нуждаются: 1. Все больные 2. Только оперированные радикально 3. Только оперированные нерадикально 4. Все больные с распространённым гнойным процессом, лихорадкой, интоксикацией, независимо от вида операции 5. Только при гнилостной инфекции

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

390. К осложнённым формам острого парапроктита относятся: 1. Самопроизвольно вскрывшийся на кожу промежности 2. Самопроизвольно вскрывшийся в просвет прямой

кишки 3. Подковообразный 4. Инфильтративный 5. Ишиоректальный с вовлечением в процесс межсфинктерного пространства

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

391. У женщины во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита с поражением передней крипты выявлено, что гнойный ход идёт через подкожную порцию наружного сфинктера. Целесообразнее всего:

- а) Вскрыть гнойник и иссечь поражённую переднюю крипту
- б) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
- в) Вскрыть гнойник, иссечь крипту, провести лигатуру
- г) Вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- д) Ограничиться вскрытием и дренированием гнойника

392. 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:

- а) Попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- б) Срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- в) Ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- г) Назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
- д) Наложить сигмостому

393. Для специфических парапроктитов характерно то, что они: 1. Являются редкими формами заболевания 2. Имеют торпидное течение 3. Чаще протекают в виде инфильтративного поражения 4. Довольно легко диагностируются 5. Легко излечиваются

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

394. Газовую гангрену вызывают только: 1. Фузобактерии 2. Кишечная палочка и протей 3. Бактероиды 4. Клостридии 5. Ассоциация аэробов с бактероидами

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

395. Возбудителями неклостридиального анаэробного парапроктита являются: 1. Только бактероиды 2. Клостридии 3. Ассоциация аэробов с бактероидами 4. Бактероиды, фузобактерии, пептококки и другие анаэробы 5. Эшерихии и протейная палочка:

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

396. Анаэробы (палочка газовой гангрены, бактероиды и др.): 1. Попадают в желудочно-кишечный тракт с водой 2. Появляются в кишке и параректальной клетчатке только после повреждения извне 3. Появляются только при снижении иммунитета 4. Являются обитателями толстой кишки в норме 5. Попадают в параректальную клетчатку через кожу

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

397. При клостридиальном парапроктите не бывает: 1. Сильной боли 2. Отёка тканей и распада мышц 3. Газообразования (крепитация) 4. Большого количества гноя 5. Классических признаков воспаления

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

398. Возбудители неклостридиальной инфекции могут вызвать: 1. Целлюлит 2. Миозит 3. Фасциит 4. Только целлюлит 5. Только миозит

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

399. При гнилостном парапроктите: 1. Гной может содержать пузырьки газа 2. Газ может обнаруживаться в клетчатке 3. Гнилостный процесс распространяется только по клетчатке 4. В процесс всегда вовлекаются фасции и мышцы 5. Гноя и газа не бывает

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

400. При подозрении на наличие клостридиального парапроктита в первую очередь следует: 1. Получить лабораторное подтверждение клостридиальной инфекции 2. Начать интенсивную инфузионную терапию 3. Поместить больного в барокамеру до операции 4. Выполнить экстренную операцию 5. Получить пунктат из тканей для определения чувствительности к антибиотикам

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

401. Следует закрыть операционную на период санитарной обработки после проведения там операции по поводу: 1. Клостридиального парапроктита 2. Неклостридиального анаэробного парапроктита 3. Гнилостного парапроктита 4. Гнойного процесса, вызванного синегнойной палочкой 5. Обычного парапроктита

- а) Верно 1,2,3

- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

402. 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:

- а) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- б) Вскрыть гнойник, сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- в) Вскрыть гнойник, радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища
- г) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
- д) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и рубцы

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

- а) Вскрыть гнойник полукруглыми разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки
- б) Вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и рубцы вокруг гнойного хода
- в) Только вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки
- г) Вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию
- д) Вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру

404. При клостридиальном парапроктите: 1. Больной беспокоен 2. Температура тела часто нормальная 3. Быстро нарастает тахикардия, падает артериальное давление 4. Всегда высокая температура тела 5. В области промежности кожа резко гиперемирована

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

405. Пузырьки газа при клостридиальном парапроктите находятся: 1. Только в клетчатке 2. Только в раневом содержимом 3. В раневом содержимом и прилегающей клетчатке 4. В мышцах, по ходу фасций, в клетчатке 5. Только в мышцах

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

406. Для подтверждения диагноза клостридиального парапроктита самым быстрым является: 1. Посев из раны 2. Визуальная оценка раневого отделяемого 3. Визуальная оценка изменений в мышцах и клетчатке 4. Бактериоскопическое исследование мазка, взятого из раны и окрашенного метиленовым синим 5. Наличие пузырьков газа в тканях

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3

- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

407. Хирургическое вмешательство при анаэробном парапроктите не следует проводить с применением: 1. Масочного наркоза 2. Внутривенного наркоза 3. Эндотрахеального наркоза 4. Местной инфильтрационной анестезии 5. Перидуральной анестезии

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

408. При операции по поводу анаэробного парапроктита выявление и иссечение поражённой крипты и хода: 1. Всегда обязательно 2. Показано при ограниченном процессе 3. Показано при относительно удовлетворительном состоянии больного 4. Нецелесообразно 5. Противопоказано только при тяжёлом состоянии пациента

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

409. При гнилостных и анаэробных парапроктитах: 1. Достаточно сделать широкие разрезы тканей 2. Необходимо рассечь и иссечь нежизнеспособные ткани 3. Достаточно сделать широкие разрезы и промывать раствором перекиси водорода 4. Раны дренировать и наладить орошение их растворами перекиси водорода, антисептиков, антибиотиков 5. Достаточно сделать широкие разрезы и назначить антибиотики

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

410. Включение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации показано: 1. При клостридиальном парапроктите 2. При неклостридиальном анаэробном парапроктите 3. При гнилостном парапроктите 4. Только при клостридиальном парапроктите 5. При пельвиоректальных парапроктитах

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

411. Лечение в барокамере может заменить хирургическое вмешательство:

- а) При гнилостном парапроктите
- б) При неклостридиальном анаэробном парапроктите
- в) При клостридиальном ограниченном парапроктите
- г) При локализованном гнойном процессе
- д) Не может заменить операции ни при одном из видов инфекции

412. Карантин в отделении:

- а) Устанавливается, если поступил больной с гнилостным парапроктитом
- б) При неклостридиальной анаэробной инфекции
- в) При поступлении больного с гангреной Фурнье
- г) При поступлении больного с клостридиальным процессом
- д) Не объявляется ни при каком виде парапроктита

413. При остром геморрое первичным является:

- а) Тромбоз
- б) Воспаление
- в) Только при кровоточащем геморрое — тромбоз
- г) При геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление
- д) Единого мнения не существует

414. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- а) Сфинктерит
- б) Анусит
- в) Воспаление геморроидальных узлов
- г) Острый тромбоз геморроидальных узлов
- д) Тромбофлебит геморроидальных узлов

415. При остром тромбозе геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается:

- а) В морганиевых криптах
- б) В кавернозных тельцах
- в) В венах подслизистого слоя
- г) В сосудах слизистой оболочки прямой кишки
- д) Четкой закономерности нет

416. Присоединение инфекции при остром тромбозе геморроидальных узлов всегда приводит к:

- а) Развитию парапроктита
- б) Образованию свищей прямой кишки
- в) К восходящему тромбозу сосудов прямой кишки
- г) Улучшению микроциркуляции в слизистой оболочке дистальной части прямой кишки за счёт усиления притока крови к очагам, воспаления
- д) Нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

417. Объективным признаком присоединения воспаления при остром тромбозе геморроидальных узлов является:

- а) Усиление болей в области заднего прохода
- б) Повышение температуры тела
- в) Появление перианального отёка, отсутствие дифференцировки узлов
- г) Затруднённое мочеиспускание
- д) Затруднённый акт дефекации

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

- а) После наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала
- б) После пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию
- в) Для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома

- г) После наружного осмотра максимально щадяще сделать пальцевое исследование прямой кишки
- д) Ограничиться наружным осмотром области заднего прохода

419. При остром тромбозе геморроидальных узлов с перианальным отёком срочная операция:

- а) Показана во всех случаях
- б) Всегда противопоказана
- в) Показана при сильных болях
- г) Показана у молодых пациентов, если тромбоз не в первый раз
- д) Показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)

420. Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана:

- а) При наличии некроза слизистой
- б) При наличии перианального отёка, чтобы уменьшить боль
- в) При тромбозе наружного узла
- г) При нарастании перианального отёка
- д) Желанием больного

421. При тромбозе с перианальным отёком нужно отсрочить операцию из-за:

- а) Опасности тромбоэмболии
- б) Выраженных болей в области заднего прохода
- в) Отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений
- г) Невозможности ушить раны наглухо
- д) Возможности повредить наружный сфинктер заднего прохода

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

- а) Назначить приём солевых слабительных
- б) Сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
- в) Лигировать узлы латексными кольцами
- г) Назначить анальгетики, на первые два-три дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином и пр., диету
- д) Применить склерозирующую терапию

423. Операцию по поводу тромбоза наружного геморроидального узла правильнее всего назвать:

- а) Геморроидэктомия
- б) Экономная геморроидэктомия
- в) Тромбэктомия
- г) Иссечение геморроидальной бахромки
- д) Частичная геморроидэктомия

424. Радикальную операцию по поводу геморроя, осложнившегося острым тромбозом узлов и перианальным отёком, можно выполнить:

- а) Только через 1 месяц после тромбоза
- б) Только через 2 месяца после тромбоза
- в) Только через год после тромбоза
- г) После ликвидации перианального отёка
- д) После рассасывания всех тромбов

425. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является:

- а) Наличие свищей крестцово-копчиковой области
- б) Рецидивирующее воспаление в области крестца
- в) Обильный волосяной покров у пациента
- г) Болезненность при пальпации копчика
- д) Наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке

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

- а) В пресакральном пространстве
- б) В ишиоректальном клетчаточном пространстве
- в) Воспаление локализуется всегда только в самом ходе
- г) Под кожей крестцово-копчиковой области
- д) В периаанальной области

427. Одним из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода является:

- а) Развитие кокцигодии
- б) Озлокачествление хода
- в) Воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- г) Остеомиелит копчика
- д) Свищи прямой кишки

428. При остром воспалении эпителиального копчикового хода: 1. Появляются боли в крестцово-копчиковой области 2. Повышается температура тела 3. В области межъягодичной складки появляется болезненный инфильтрат 4. Из первичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения 5. Общее состояние больного в первые дни болезни страдает и значительно

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

429. Обязательными методами исследования при остром воспалении эпителиального копчикового хода являются: 1. Рентгенография крестца и копчика 2. Пальцевое исследование прямой кишки 3. Абсцессография 4. Ректороманоскопия 5. Введение метиленового синего в первичные отверстия хода

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

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

- а) Не ушивать рану
- б) Ушить рану наглухо швами по Донати
- в) Послойно ушить рану наглухо
- г) Проточное промывание через перфорированный дренаж при хом шве кожи
- д) Подшить края раны ко дну

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

- а) Послойным ушиванием раны наглухо
- б) Подшиванием краев раны ко дну
- в) Ушиванием раны по Донати
- г) Ушиванием раны с оставлением перфорированного дренажа для проточного промывания

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

- а) Ревизовать рану, не снимая швов
- б) Швы не снимать, назначить антибиотики, физиотерапию
- в) Снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы
- г) Сразу снять все швы

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

- а) Учитывая фазу раневого процесса
- б) Применяя физиотерапию
- в) Ежедневным выскабливанием дна раны острой ложкой
- г) Используя водные процедуры
- д) Не допуская инфицирования раны

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

- а) Считать, что это обычное течение раневого процесса, ничего не предпринимать
- б) Не снимая швов, применить ферменты
- в) Не снимая швов, назначить антибиотики внутримышечно
- г) Снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором
- д) Снять швы, применить ферменты, мази на водорастворимой основе, тёплые ванны, в последующие дни физиотерапию

435. Острая трещина заднего прохода — это:

- а) Воспаление параректальной клетчатки
- б) Дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
- в) Криптит
- г) Пектеноз
- д) Дефект слизистой анального канала, часто с повреждением мышечной оболочки

436. Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

- а) На задней стенке анального канала
- б) На передней стенке анального канала
- в) На 3-х часах по циферблату
- г) На 9 часах по циферблату
- д) Одинаково часто на задней и передней стенках

437. В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:

- а) Ректальным кровотечениям

- б) Затруднённому венозному оттоку
- в) Спазму внутреннего сфинктера
- г) Спазму наружного сфинктера
- д) Анальному зуду и мацерации

438. Для острой анальной трещины нехарактерно:

- а) Боли в заднем проходе
- б) Спазм сфинктера
- в) Скудные выделения крови
- г) Выделение гноя
- д) "Стулобоязнь"

439. Для острой анальной трещины более характерны боли:

- а) Постоянные
- б) После дефекации
- в) Во время дефекации
- г) До дефекации
- д) Ночные

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

- а) Геморроя
- б) Свища прямой кишки
- в) Рака прямой кишки
- г) Острой анальной трещины
- д) Кокцигодии

441. Для того, чтобы увидеть острую анальную трещину достаточно:

- а) Пальцевого исследования
- б) Наружного осмотра с разведением перианальных складок
- в) Осмотра с помощью аноскопа
- г) Осмотра с помощью ректального зеркала
- д) Осмотра с помощью ректоскопа

442. При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует:

- а) Обязательно выполнить уже при первичном осмотре
- б) Отсрочить до купирования болей и эпителизации дефекта
- в) Ректороманоскопия не показана вообще
- г) Выполнить после дивульсии заднего прохода
- д) Обязательно выполнить с применением обезболивания

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

- а) Острое начало заболевания
- б) Дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- в) Жалобы на периодический метеоризм
- г) Пожилой возраст больного
- д) Выделения крови и слизи из заднего прохода

444. Чаще всего глубокая анальная трещина заставляет исключать:

- а) Дивертикулёз толстой кишки
- б) Неспецифический язвенный колит

- в) Болезнь Крона
- г) Полипоз толстой кишки
- д) Внутреннее выпадение прямой кишки

445. Консервативная терапия острой анальной трещины:

- а) Даёт положительный эффект у большинства пациентов
- б) Дает эффект, если трещина появилась у женщины после родов
- в) Не даёт эффекта никогда
- г) Эффективна только на 2-3 недели
- д) Помогает очень редко

446. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:

- а) Сразу после установления диагноза
- б) Через две недели курса консервативной терапии
- в) Через два месяца после начала заболевания
- г) Только в случае выраженного спазма сфинктера
- д) При безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, "сторожевой бугорок"

447. Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять:

- а) Ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней
- б) Свечи со спазмолитиками
- в) Инъекции гидрокортизона "под трещину"
- г) Лекарственные средства, способствующие заживлению ран
- д) Лечебные микроклизмы

448. Если консервативное лечение острой анальной трещины не ликвидировало боли, спазм сфинктера, появились признаки перехода острой трещины в хроническую, операцией выбора следует считать:

- а) Иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия
- б) Иссечение трещины
- в) Иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия
- г) Иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия только при передней трещине, при задней трещине всегда задняя сфинктеротомия
- д) Иссечение трещины, ушивание раны

449. Повреждение стенки прямой кишки в родах:

- а) Возникает при разрыве промежности I степени
- б) Возникает при разрыве промежности II степени
- в) Возникает при разрыве промежности III степени
- г) Неизбежно при эпизиотомии
- д) Возникает вовремя перинеотомии

450. В первые часы после травмы прямой кишки обычно не наблюдается:

- а) Болей
- б) Кровотечения
- в) Выделения кала из раны
- г) Парапроктита
- д) Тенезмов

451. Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется:

- а) Парапроктитом

- б) Перитонитом
- в) Развитием стриктуры
- г) Недостаточностью анального сфинктера
- д) Кровотечением из параректальной клетчатки

452. При проникающем повреждении внебрюшной части прямой кишки выше уровня поднимателя заднего прохода: 1. Может развиваться флегмона таза 2. Может образоваться свищ прямой кишки высокого уровня 3. Есть опасность развития перитонита 4. Возможно интенсивное кровотечение из параректальной клетчатки 5. Возможно развитие стриктуры кишки

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

453. При повреждении стенки прямой кишки ниже уровня поднимателя заднего прохода наиболее вероятное осложнение: 1. Перитонит 2. Недостаточность анального сфинктера 3. Флегмона таза 4. Травматический парапроктит 5. Кокцигодиния

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

454. 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: 1. Иссечь неровные края раны, ушить стенку кишки, дренировать брюшную полость 2. Выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз 3. Выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз, сформировать для его защиты проксимальную колостому 4. Выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана 5. Ушить стенку кишки в поперечном направлении и наложить сигмостому

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

455. Показанием для наложения колостомы при травматическом повреждении прямой кишки является: 1. Ранение внутрибрюшного отдела прямой кишки 2. Ранение внебрюшной части кишки выше уровня леватора заднего прохода 3. Повреждение наружного сфинктера на протяжении более j 4. Сочетанное повреждение прямой кишки, костей таза и мочевыводящих путей 5. Любое проникающее ранение прямой кишки в сочетании с обширным повреждением промежности

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

456. Для отключения повреждённой прямой кишки лучше всего: 1. Сформировать илеостому — можно ожидать меньше осложнений при её ликвидации 2. Наложить цекостому 3. Наложить трансверзостому 4. Сформировать сигмостому 5. Уровень наложения стомы не имеет значения

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

457. При травме прямой кишки предпочтительна: 1. Пристеночная колостома 2. Двуствольная "столбиком" с пересечением задней стенки 3. Одноствольная с ушиванием отводящего колена 4. Двуствольная плоская 5. Вид стомы не имеет значения

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

458. Повреждена внебрюшная часть прямой кишки выше леватора, не исключена вероятность повреждения и внутрибрюшного отдела кишки. Необходима ревизия органов брюшной полости и наложение колостомы. Лучше всего: 1. Косым переменным разрезом слева войти в брюшную полость, после ревизии в разрез вывести сигмовидную кишку, сформировать сигмостому 2. Выполнить нижнюю срединную лапаротомию, после ревизии вывести сигмовидную кишку в виде стомы в нижний угол раны 3. Доступ не имеет значения 4. Выполнить срединную лапаротомию, после ревизии и установления объёма вмешательства вывести петлю сигмовидной кишки для формирования колостомы в отдельный разрез, срединную рану ушить наглухо 5. Применить для ревизии и наложения колостомы лапароскопическую технику

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

459. При травме заднего прохода глубокая порция наружного сфинктера: 1. Повреждается всегда 2. Никогда не повреждается 3. Повреждается только при нанесении повреждения со стороны параректального клетчаточного пространства 4. Повреждается при полном разрыве промежности 5. Повреждается только при травме по задней полуокружности

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

460. 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: 1. Осмотр промежности 2. Пальцевое исследование прямой кишки 3. Рентгенографию костей таза 4. Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости 5. При необходимости эндоскопическое исследование кишки

- а) Верно 1,2,3
- б) Верно 1,3

- в) Верно 2,4
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2,3,4,5

461. Рентгенологическое исследование костей таза следует обязательно произвести при:

- а) Малейших признаках повреждения прямой кишки
- б) Разрыве промежности в родах
- в) Повреждении анального канала
- г) Обширном повреждении промежности
- д) Наличии сукровичных выделений после удаления из прямой кишки инородного тела

462. У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения крови из заднего прохода. Заподозрено повреждение кишечной стенки на высоте 5-6 см. Для определения глубины повреждения стенки прямой кишки следует выполнить

- а) пальцевое исследование
- б) только ректороманоскопию
- в) обзорную рентгенографию брюшной полости
- г) пальцевое исследование и проктографию с контрастной клизмой
- д) пальцевое исследование, ректоскопию, в зависимости от ситуации дополнительно применить другие методы

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

- а) осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки
- б) осмотр промежности, влагалищное исследование
- в) влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию
- г) осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища, шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки
- д) осмотр промежности с оценкой глубины раны, пальцевое исследование влагалища и прямой кишки, ректороманоскопию, сфинктерометрию

464. При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно обязательно

- а) наложить колостому для отключения прямой кишки
- б) провести первичную хирургическую обработку раны с ушиванием сфинктера, при повреждении сфинктера более чем на 1/3 окружности наложить колостому
- в) провести первичную хирургическую обработку раны, послойно ушить наглухо внутренний сфинктер, наружный сфинктер, клетчатку
- г) провести первичную хирургическую обработку раны без ее ушивания
- д) ушить рану, назначить антибиотики

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

- а) произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер
- б) промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому
- в) провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса

г) после хирургической обработки раны без её ушивания назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем

д) промыть рану, назначить антибиотики

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

а) избегать введения в кишку каких-либо антисептиков, назначить пристальное динамическое наблюдение за больным

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

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

г) сразу наложить колостому

д) сразу наложить илеостому

467. Произошло внебрюшинное повреждение всех слоев стенки прямой кишки выше леватора. Со времени травмы прошло 2 часа. Рана прямой кишки более 2 см в диаметре, но поступления кишечного содержимого нет. Рана чистая, края не инфильтрованы. Целесообразнее всего

а) со стороны промежности произвести хирургическую обработку раны и послойно ушить двумя рядами швов стенку кишки, параректальную клетчатку, кожу. Медикаментозными средствами задержать стул на 5-6 дней

б) произвести хирургическую обработку раны, ушить стенку кишки, дренировать параректальную клетчатку, задержать стул

в) без хирургической обработки раны наложить сигмостому

г) после хирургической обработки раны без ушивания стенки кишки наложить сигмостому

д) после хирургической обработки раны без ушивания её наложить илеостому

468. В результате интубриального повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести

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

б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки

в) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана

г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману

д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой

469. 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

а) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана

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

- в) наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому
- г) сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза
- д) сделать сегментарную резекцию прямой кишки

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

- а) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана
- б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зон-да для декомпрессии
- в) ушивание стенки кишки, наложение колостомы
- г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции
- д) сегментарную резекцию прямой кишки

471. Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этом случае подготовка кишечника должна включать

- а) обязательную постановку очистительных клизм
- б) солевое слабительное
- в) лаваж
- г) клизмы и промывания противопоказаны
- д) касторовое масло внутрь

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

- а) в любом случае
- б) если с момента травмы прошло более 6 часов
- в) если много некротизированных тканей
- г) если есть загрязнение раны кишечным содержимым
- д) если не наложена колостома выше места повреждения

473. Для избежания инфицирования раны промежности при повреждении прямой кишки наиболее эффективно

- а) назначение средств, задерживающих стул — имодиум, норсульфазол, левомецетин
- б) применение настойки опия
- в) назначение кодеина
- г) наложение колостомы
- д) наложение илеостомы

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

- а) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции
- б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения

- в) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости
- г) наложение колостомы и эпицистостомы
- д) наложение илеостомы

475. Самое частое осложнение внебрюшинного ранения прямой кишки

- а) недостаточность анального сфинктера
- б) перитонит
- в) нагноение параректальной клетчатки
- г) кровотечение из вен крестцового сплетения
- д) стриктуры

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

- а) срочно наложить колостому
- б) ежедневно ставить высокие очистительные клизмы, дать препараты, задерживающие стул, колостому не накладывать ни в коем случае
- в) в течение нескольких дней ставить высокие клизмы, задержать стул, при положительной динамике (очищение раны, тенденция к заживлению) наложить колостому для сохранения функции сфинктера
- г) при отсутствии положительной динамики от высоких клизм и задержки стула наложить колостому
- д) наложить илеостому

477. Для профилактики воспалительных осложнений при травме прямой кишки назначение антибиотиков

- а) обязательно
- б) необязательно
- в) целесообразно лишь при сильном загрязнении раны
- г) целесообразно при обработке раны в поздние сроки после травмы
- д) необходимо только при сочетанных повреждениях

478. При обильном выделении крови из заднего прохода, появившемся у больного внезапно, лучше всего руководствоваться принципом

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

479. При проведении колоноскопии по поводу кровотечения труднее всего диагностировать

- а) рак толстой кишки
- б) дивертикулёз толстой кишки
- в) неспецифический язвенный колит
- г) приобретённую ангиодисплазию
- д) врождённую ангиодисплазию

480. При проведении рентгеновского исследования методом контрастной клизмы по поводу кишечного кровотечения труднее всего диагностировать

- а) дивертикулёз толстой кишки
- б) рак толстой кишки
- в) неспецифический язвенный колит
- г) врождённую ангиодисплазию
- д) приобретённую ангиодисплазию

481. Ирригоскопия при кишечном кровотечении применяется не только с диагностической, но и с лечебной целью при

- а) опухолях толстой кишки
- б) неспецифическом язвенном колите
- в) дивертикулёзе толстой кишки
- г) врождённой ангиодисплазии
- д) болезни Крона

482. У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная. Вмешательство целесообразнее всего закончить:

- а) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости
- б) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы
- в) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы
- г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы
- д) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы

483. 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:

- а) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости
- б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы
- в) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы
- г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы
- д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы

9. Онкопроктология

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10

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

- а) 2%
- б) 2,5%-7,5%
- в) 10%- 30%

- г) 31%-35%
- д) 45% и более

485. Чаще всего могут превращаться в злокачественные

- а) полипы на ножке
- б) ювенильные полипы
- в) псевдополипы
- г) полипы на широком основании
- д) гамартомные полипы

486. Чаще всего подвергаются озлокачествлению

- а) аденоматозные полипы
- б) ворсинчатые полипы
- в) подслизистые фибромы
- г) анальные полипы
- д) железисто-ворсинчатые полипы

487. Озлокачествление одиночных полипов толстой кишки происходит в

- а) 2 — 4% наблюдений
- б) 10 — 15% наблюдений
- в) 30 — 50% наблюдений
- г) 60 — 80% наблюдений
- д) 100% наблюдений

488. Облигатным предраком является

- а) аденоматозный полип
- б) ювенильный полип
- в) гиперпластический полип
- г) ворсинчатая опухоль
- д) семейный аденоматоз

489. Доброкачественные опухоли прямой кишки не могут

- а) вызывать кишечное кровотечение
- б) приводить к злокачественному перерождению
- в) вызывать запоры
- г) нарушать перевариваемость пищи
- д) приводить к истощению

490. Наиболее частый гистологический тип полипа толстой кишки

- а) аденоматозный
- б) полип, образовавшийся в результате воспаления
- в) ювенильный
- г) гамартомный
- д) псевдополип

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

- а) срочно проконсультироваться с патоморфологом
- б) сразу удалить полип через ректоскоп
- в) дополнительно обследовать больного и направить в стационар для удаления полипа
- г) установить динамическое наблюдение
- д) назначить повторную ректоскопию через 2 недели

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

- а) копрологическое исследование
- б) цистоскопию
- в) экскреторную урографию
- г) колоноскопию с биопсией
- д) рентгенологическое исследование толстой кишки с пероральным приемом бария

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

- а) рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев
- б) экстренно госпитализировать больного в стационар
- в) госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа
- г) направить к специалисту онкологу
- д) назначить лечебные микроклизмы

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

- а) выделение крови из заднего прохода
- б) выделение слизи из заднего прохода
- в) затруднение со стулом
- г) отсутствие симптомов
- д) боли в животе

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

- а) толстокишечная непроходимость
- б) температурная реакция
- в) отсутствие симптомов
- г) диарея
- д) появление слизи и крови при дефекации

496. Наиболее эффективным методом диагностики одиночных полипов прямой кишки является

- а) ректороманоскопия
- б) пальцевое исследование
- в) ирригоскопия
- г) колоноскопия
- д) ультразвуковое исследование

497. При обнаружении полипа прямой кишки размером 1 см необходимо

- а) удалить полип через ректоскоп
- б) направить больного к онкологу
- в) произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип
- г) направить больного на ирригоскопию
- д) направить больного на госпитализацию

498. Обязательно следует удалять полипы толстой кишки размером

- а) до 0,5 см
- б) от 0,5 см и более
- в) более 2 см
- г) более 5 см
- д) любых размеров

499. Отдалённые результаты лечения доброкачественных эпителиальных образований зависят

- а) от способа удаления
- б) от способа очистки кишечника
- в) закономерности не установлено
- г) от пола и возраста больных
- д) от локализации образования

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

- а) лучевая терапия
- б) клизмы с соком чистотела
- в) клизмы с ромашкой
- г) диета
- д) электроэксцизия полипов

501. Для лечения аденом прямой кишки лучше всего применять

- а) рентгенотерапию
- б) трансанальную резекцию прямой кишки
- в) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- г) электрокоагуляцию
- д) местное медикаментозное лечение

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

- а) анемии
- б) кровотечения и перфорации кишки
- в) непроходимости
- г) интоксикации
- д) недостаточности анального сфинктера

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

- а) выполнить операцию — электрокоагуляцию полипа
- б) провести курс лечения чистотелом
- в) провести курс химиотерапии
- г) выполнить радикальную операцию
- д) провести курс лучевой терапии

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

- а) 2 раза в год
- б) 1 раз в год
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в два месяца
- д) 1 раз в два года

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

- а) повторный осмотр места расположения полипа и взятие материала из ложа удалённого полипа для гистологического исследования
- б) выписать больного домой под диспансерное наблюдение
- в) подготовить больного к радикальной операции
- г) выполнить ирригоскопию
- д) направить на лучевое лечение

506. Наиболее частый исход оперативного лечения одиночных полипов прямой кишки

- а) язвенный проктит
- б) выздоровление
- в) появление рака прямой кишки
- г) рецидив полипа прямой кишки
- д) потеря позыва на дефекацию

507. Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно

- а) выделение крови и слизи из прямой кишки
- б) запоры
- в) боли в животе
- г) бессимптомное течение заболевания
- д) поносы

508. Озлокачествление множественных полипов происходит

- а) в 2 — 4% наблюдений
- б) в 15 — 20% наблюдений
- в) в 30% наблюдений
- г) в 50% наблюдений
- д) в 100% наблюдений

509. Характерными клиническими признаками ворсинчатой опухоли толстой кишки являются

- а) боли в животе
- б) выделение слизи и крови из заднего прохода
- в) затруднённый стул
- г) тошнота
- д) общая слабость, недомогание

510. Эффективным методом диагностики ворсинчатой опухоли толстой кишки является

- а) пальцевое исследование прямой кишки
- б) ректороманоскопия
- в) колоноскопия
- г) ультразвуковое исследование
- д) обзорная рентгенография брюшной полости

511. Наиболее вероятные отдалённые результаты хирургического лечения ворсинчатой опухоли прямой кишки - это:

- а) всегда только выздоровление
- б) выздоровление, если не будет рецидива ворсинчатой опухоли
- в) злокачественное перерождение
- г) стриктура прямой кишки

д) появление новых полипов прямой кишки

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

- а) резекции кишки с опухолью
- б) эндоскопического удаления
- в) лучевой терапии
- г) клизм с чистотелом
- д) химиотерапии

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

- а) электрокоагуляция
- б) трансанальное иссечение
- в) трансанальная резекция прямой кишки
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- д) задняя проктотомия

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

- а) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
- б) проктотомию
- в) повторное иссечение рецидива опухоли или электрокоагуляцию, если не произошло злокачественного перерождения
- г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки
- д) направить больного на лучевую терапию

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

- а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) ежемесячно
- г) 1 раз в три месяца
- д) 1 раз в два года

516. Важнейшим отличительным признаком семейного аденоматоза толстой кишки является

- а) множественное поражение полипами толстой кишки
- б) поражение полипами тонкой кишки
- в) поражение полипами желудка
- г) наследственный характер заболевания
- д) раннее возникновение глубоких метаболических расстройств

517. Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является

- а) хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- б) нарушение развития в эмбриогенезе
- в) вирусное поражение
- г) бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта
- д) супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки

518. При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены

- а) аденомами
- б) ювенильными

- в) гамартомами
- г) псевдополипами
- д) воспалительными образованиями

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

- а) боль в животе
- б) общая слабость
- в) примесь крови и слизи в кале
- г) тошнота, рвота
- д) выпадение прямой кишки

520. К характерным внекишечным проявлениям семейного аденоматоза толстой кишки относятся

- а) пигментация слизистой губ, кожи лица, ладоней
- б) изменения ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек»
- в) изменение ногтевых пластин в виде «часовых стёкол»
- г) липомы, остеомы, десмоиды
- д) множественные кисты слёзных желез

521. Для синдрома Пейтца-Еггерса характерными внекишечными проявлениями являются

- а) атрофия ногтей, алопеция
- б) меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
- в) опухоли мозга
- г) множественные кисты слёзных желёз
- д) экстракишечные доброкачественные опухоли

522. К группе лиц, у которых семейный аденоматоз толстой кишки наиболее вероятен, относятся 1) дети больных семейным аденоматозом 2) близкие родственники больных 3) больные, у которых при обследовании обнаружены полипы желудка и двенадцатиперстной кишки 4) пациенты с множественными внекишечными доброкачественными опухолями 5) лица, с молодого возраста отмечающие учащенный стул с примесью крови

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

523. В диагностике семейного аденоматоза толстой кишки ведущее значение имеют 1) ректороманоскопия 2) ирригоскопия 3) колоноскопия 4) эзофагогастродуоденоскопия 5) ультрасонография

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

524. Малигнизация полипов в толстой кишке наблюдается наиболее часто 1) при гиперпластической стадии полипоза 2) при аденоматозной стадии полипоза 3) при ювенильном полипозе 4) при аденопапилломатозной стадии полипоза 5) при гамартромном полипозе желудочно-кишечного тракта

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

525. Рак толстой кишки при семейном аденоматозе наиболее часто развивается 1) в слепой и восходящей кишке 2) в прямой кишке 3) в нисходящей кишке 4) в сигмовидной кишке 5) в поперечной ободочной кишке

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

526. При ювенильной форме полипоза толстой кишки наиболее редко поражается 1) слепая и восходящая кишка 2) сигмовидная ободочная кишка 3) нисходящая ободочная кишка 4) поперечная ободочная кишка 5) прямая кишка

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

527. При гамартном полипозе желудочно-кишечного тракта полипами наиболее часто поражается 1) пищевод 2) желудок 3) ободочная кишка 4) тонкая кишка 5) прямая кишка

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

528. Диффузный полипоз толстой кишки чаще всего приходится дифференцировать с:
1) неспецифическим язвенным колитом 2) первично-множественным синхронным раком толстой кишки 3) болезнью Крона 4) множественными полипами толстой кишки 5) дивертикулёзом

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

529. При дифференциальной диагностике диффузного полипоза и множественных полипов толстой кишки необходимо учитывать 1) наличие семейного характера заболевания 2) число полипов в толстой кишке 3) возраст больного 4) пол больного 5) выраженность метаболических расстройств

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

530. Индекс малигнизации полипов при семейном аденоматозе толстой кишки составляет
- а) 10%
 - б) 25%
 - в) 50%
 - г) 75%
 - д) 100%
531. Основным видом лечения диффузного полипоза толстой кишки является
- а) симптоматическое лечение
 - б) лучевая терапия, химиотерапия
 - в) лечение клизмами с соком травы чистотела
 - г) удаление полипов через эндоскоп
 - д) удаление толстой кишки, поражённой полипами
532. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака не выше 6 см от края ануса необходимо выполнить
- а) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
 - б) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
 - в) колпроктэктомию
 - г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
 - д) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой
533. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака выше 7 см от края ануса необходимо выполнить
- а) колпроктэктомию
 - б) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
 - в) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
 - г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал
 - д) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой
534. При диффузном полипозе толстой кишки, когда свободными от полипов остаются только слепая и восходящая кишки и в прямой кишке на 7-8 см от края заднего прохода располагается злокачественная опухоль, целесообразно выполнить
- а) колпроктэктомию
 - б) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
 - в) субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки с низведением правых отделов в анальный канал
 - г) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с колостомой
 - д) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
535. В случае тотального поражения полипами ободочной кишки и отсутствия полипов в прямой кишке целесообразно выполнять
- а) колэктомию с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
 - б) субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом
 - в) колпроктэктомию
 - г) субтотальную резекцию толстой кишки с илео- и сигмостомами
 - д) субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректальным анастомозом
536. В случае, когда отделы ободочной кишки поражены множественными полипами, а в прямой, слепой и восходящей кишках полипов нет, целесообразно произвести

- а) субтотальную резекцию толстой кишки с илеоректальным анастомозом
- б) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- в) колпроктэктомия
- г) субтотальную резекцию толстой кишки с асцендоректоанастомозом
- д) субтотальную резекцию ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой и низведением правых отделов в анальный канал

537. В отдалённые сроки после радикальных операций по поводу диффузного полипоза толстой кишки возможны: 1) злокачественная трансформация полипов в оставшихся отделах толстой кишки 2) образование десмоидных фибром брюшной полости 3) образование свищей илеостомы 4) полное выздоровление пациента 5) заворот сигмовидной кишки

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

538. Диспансеризация больных, радикально оперированных по поводу диффузного полипоза толстой кишки предусматривает: 1) выявление и своевременная коррекция обменных нарушений 2) контроль за ростом полипов в желудке и тонкой кишке, сохранённых сегментах толстой кишки 3) выявление рецидива рака толстой кишки, новых злокачественных опухолей 4) выявление десмоидных фибром брюшной полости 5) предложение обследовать близких родственников на предмет исключения полипоза

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

1)M0 2) T1-4 3) N 0, N 1,2,3 4) стадия 1,2,3,4M0 5) M+

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет
- б) опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака
- в) опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет
- г) опухоль занимает 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено
- д) опухоль занимает более 1/3, но менее 1/2 окружности стенки кишки, прорастает до мышечного слоя, в лимфатических узлах единичный метастаз рака

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

- а) наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями
- б) наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- в) наряду с опухолью удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания
- г) наряду с опухолью удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или, производится резекция печени по поводу метастазов рака
- д) одновременно удаляется матка из-за наличия крупных миом

542. Заболеваемость раком толстой кишки в настоящее время

- а) увеличивается
- б) снижается
- в) существенного изменения частоты не отмечается
- г) увеличивается только среди курящих женщин
- д) увеличивается только среди мужчин

543. Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте

- а) 20 — 29 лет
- б) 30 - 39 лет
- в) 40 - 49 лет
- г) 50 - 59 лет
- д) 60 лет и старше

544. Наиболее часто злокачественному перерождению подвергается

- а) единичные полипы
- б) множественные полипы
- в) ворсинчатые опухоли
- г) язвы при неспецифическом язвенном колите
- д) длительно существующий свищ прямой кишки

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

1) условия жизни и характер питания 2) условия работы 3) наличие воспалительного заболевания толстой кишки 4) сезонность заболевания 5) пол больного

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

546. Пол человека на заболеваемость раком прямой кишки 1) оказывает существенное влияние 2) имеет значение, но с учётом условий труда 3) оказывает, но с учётом качества пищи 4) не оказывает влияния 5) влияет в зависимости от среды обитания

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

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

- а) если правильные ответы 1,2 и 3

- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

548. Крайним симптомам рака прямой кишки не относится: 1) избыток слизи в стуле 2) небольшое количество крови в стуле 3) неустойчивый стул 4) боли в крестце 5) тенезмы

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

549. Симптомы характерные для рака прямой кишки: 1) кровь в стуле 2) запор 3) тенезмы 4) гнойные выделения из кишки 5) обильные выделения слизи

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

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

- а) пальцевого исследования
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- г) наружного осмотра области ануса
- д) аноскопии

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

- а) пальцевого исследования
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- г) цитологического исследования
- д) осмотра перианальной области

552. Наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки является

- а) лучевая терапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) клизмы с чистотелом
- д) приём больших доз облепихового масла

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

- а) левыми толстокишечными сосудами
- б) верхними брыжеечными сосудами
- в) средними толстокишечными сосудами
- г) средними крестцовыми сосудами
- д) верхними прямокишечными сосудами

554. Анатомическая граница между анальным каналом и прямой кишкой проходит
- а) по латеральной геморроидальной борозде
 - б) по внутренней геморроидальной борозде
 - в) по аноректальной линии
 - г) по анальной границе
 - д) по линии Хилтона
555. Расширенной операцией по поводу рака прямой кишки называется оперативное вмешательство по удалению кишки с опухолью и
- а) аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
 - б) части соседнего органа
 - в) другого органа по поводу другого заболевания
 - г) резекции печени по поводу метастазов
 - д) удаление соседних органов и тканей, вовлеченных в опухолевый процесс
556. Сочетанной операцией при раке прямой кишки называют удаление кишки с опухолью и
- а) удаление другого органа по поводу неопухолевого заболевания
 - б) аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
 - в) резекция какого-либо соседнего органа по поводу прорастания опухоли
 - г) низведение вышележащих отделов ободочной кишки
 - д) резекция печени по поводу метастазов
557. Невозможность выполнения радикальной операции по поводу рака прямой кишки объясняется
- а) толстокишечной непроходимостью
 - б) возрастом больного
 - в) множественными отдалёнными метастазами рака
 - г) солитарным отдалённым метастазом рака
 - д) большим размером опухоли
558. При резекции прямой кишки длина кишки дистальнее опухоли (ее макроскопической границы) должна быть не менее
- а) 1 см
 - б) 2 см
 - в) 3 см
 - г) 4 см
 - д) 5 см
559. При острой кишечной непроходимости, развившейся из-за циркулярной опухоли дистального отдела сигмовидной кишки, необходимо выполнить
- а) брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
 - б) наложение колостомы на вышележащие отделы толстой кишки
 - в) переднюю резекцию прямой кишки
 - г) операцию Гартмана
 - д) брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком
560. Формирование внутрибрюшной одноствольной колостомы при радикальной операции по поводу рака прямой кишки используется
- а) у пожилых больных
 - б) при короткой брыжейке сигмовидной кишки
 - в) при инфицировании брюшной полости

- г) при перифокальном воспалении
- д) при местнораспространенной раковой опухоли

561. Кровоснабжение сигмовидной кишки осуществляется за счет

- а) верхнебрыжеечной артерии
- б) нижнебрыжеечной артерии
- в) средней прямокишечной артерии
- г) средней ободочной артерии
- д) подвздошноободочной артерии

562. Для плоскоклеточного рака заднего прохода наиболее характерно то, что он

- а) имеет тенденцию распространяться вверх по анальному каналу под слоем слизистой
- б) даёт метастазы в паховые лимфатические узлы
- в) даёт метастазы в кости
- г) особенно опасен для женщин, когда локализован по передней полуокружности заднего прохода
- д) даёт метастазы в лёгкие

563. При раке прямой кишки, расположенном на 4 см выше рая анального канала, показана

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) задняя проктотомия
- д) ампутация прямой кишки

564. Основной причиной выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением с избытком по поводу рака прямой кишки является

- а) большие размеры опухоли
- б) возраст больного
- в) толстокишечная непроходимость
- г) наличие у больного тяжёлых сопутствующих заболеваний
- д) недостаточность анального сфинктера

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

- а) производится пересечение и перевязка леваторов
- б) оставляется задний проход и мышца, его поднимающая
- в) формируется колостома
- г) не удаляются подвздошные и тазовые лимфатические узлы
- д) не производится низведение сигмовидной кишки

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

- а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) передняя резекция прямой кишки
- г) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- д) трансанальное иссечение

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

- а) большего радикализма
- б) сохранения функции держания анального сфинктера
- в) более удобного доступа для выделения кишки
- г) абластики
- д) сохранения мышцы, поднимающей задний проход

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

- а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) передняя резекция прямой кишки
- г) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- д) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и колоанальным анастомозом

569. Противопоказанием для выполнения передней резекции прямой кишки является

- а) расположение опухоли выше 14 см от края заднего прохода
- б) возраст больного
- в) избыточный вес больного
- г) толстокишечная непроходимость
- д) наличие сопутствующих заболеваний

570. Паллиативную резекцию прямой кишки не следует выполнять, когда

- а) имеются неудалимые отдалённые метастазы рака
- б) опухоль больших размеров
- в) есть сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- г) имеются множественные метастазы рака в печени
- д) опухоль небольших размеров

571. Операцию двустольной колостомии в качестве симптоматической операции следует выполнять при: 1) наличии множественных метастазов в печени 2) выраженной кишечной непроходимости 3) наличии перитонита вследствие перфорации опухоли 4) невозможности удаления опухоли из-за её местного распространения 5) невозможности наложения обходного анастомоза

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

572. Под комбинированным лечением рака прямой кишки понимают: 1) лучевую терапию с последующей радикальной операцией 2) радикальную операцию с последующей лучевой терапией 3) лучевую терапию с химиотерапией и операцией 4) комбинированная операция без лучевой и химиотерапии 5) химиотерапия с лучевой терапией

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

573. Основным отягощающим фактором при опухолевой толстокишечной непроходимости, нередко способствующим летальному исходу, является

- а) возраст больного
- б) истощение больного
- в) длительность заболевания
- г) перфорация опухоли
- д) локализация опухоли

574. Наиболее эффективным способом подготовки кишки к операции при частичной толстокишечной частичной непроходимости является

- а) приём слабого раствора солевого слабительного (15% раствора магнезии) и вазелинового масла
- б) очистительные клизмы
- в) приём касторового масла
- г) голодание
- д) лаваж

575. Для лечения острой толстокишечной непроходимости при раке прямой кишки следует

- а) ввести зонд Миллера-Эббота
- б) выполнить неотложное хирургическое вмешательство
- в) прикладывать грелки к животу
- г) поставить очистительную клизму
- д) назначить лечение антибиотиками

576. Наиболее частой причиной механической толстокишечной непроходимости является

- а) спаечный процесс
- б) сужение кишечника после рентгенотерапии
- в) заворот кишки
- г) опухоль
- д) инвагинация

577. Наилучшим способом очистки кишечника для плановой операции является

- а) диета
- б) клизма
- в) слабительное
- г) лаваж (ортоградное промывание желудочно-кишечного тракта)
- д) голодание

578. Снизить число послеоперационных воспалительных осложнений в полости малого таза позволяет:

- а) дренирования забрюшинного пространства
- б) дренирования полости малого таза дренажными трубками
- в) применения отсоса для дренирования полости малого таза
- г) орошения полости малого таза растворами антисептиков в послеоперационном периоде
- д) применения антибиотиков

579. Паралитическую кишечную непроходимость вызывает

- а) безоар
- б) круглая поджелудочная железа
- в) перитонит
- г) заворот
- д) инвагинация

580. Наиболее частым осложнением брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением является

- а) эвентрация
- б) перитонит
- в) некроз низведённой кишки
- г) пресакральный абсцесс
- д) нагноение раны передней брюшной стенки

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

- а) орошение прямой кишки раствором гипохлорита натрия
- б) предоперационная антибиотикотерапия
- в) орошение полости малого таза растворами антисептиков
- г) использование двухканальных дренажей
- д) применение гипербарической оксигенации

582. Больные раком прямой кишки, перенесшие радикальные операции, нуждаются в диспансерном наблюдении в первые два года после операции

- а) каждые полгода
- б) каждые три месяца
- в) один раз в год
- г) достаточно одного раза в два года
- д) каждый месяц

583. Неизменённая кровь в стуле может быть обнаружена

- а) при катаральном проктосигмоидите
- б) при парапроктите
- в) при раке слепой кишки
- г) при раке желудка
- д) при раке прямой кишки

584. Рак прямой кишки чаще всего имеет морфологическую форму

- а) базалиомы
- б) папилломы
- в) фибромиомы
- г) лейомиомы
- д) аденокарциномы

585. К злокачественным опухолям прямой кишки относится

- а) аденокарцинома
- б) ювенильный полип
- в) ворсинчатая опухоль
- г) аденома
- д) липома

586. Под понятием «колоректальный рак» обычно подразумевают

- а) злокачественную меланому
- б) ворсинчатую опухоль
- в) аденокарциному
- г) саркому
- д) лейомиому

587. Рак анального канала обычно состоит из клеток типа
- а) аденокарциномы
 - б) базалиомы
 - в) меланомы
 - г) плоскоклеточного рака
 - д) лейомиомы
588. Опухоли, расположенные выше анального канала, чаще всего имеют строение
- а) базалиомы
 - б) аденокарциномы
 - в) плоскоклеточного рака
 - г) лейомиосаркомы
 - д) меланомы
589. Рак ректосигмоидного отдела обычно проявляет себя:
- а) развитием общей слабости
 - б) потерей аппетита
 - в) кровотечениями и явлениями кишечной непроходимости
 - г) анемией
 - д) увеличением геморроидальных узлов из-за сдавления сосудов опухолью
590. Правильный диагноз рака прямой кишки устанавливается на основании
- а) клинического анализа крови и мочи, ирригоскопии
 - б) цистоскопии, истмографии и колоноскопии
 - в) пальцевого исследования прямой кишки, ректоскопии, колоноскопии, биопсии
 - г) ирригоскопии и ультрасонографии
 - д) обзорной рентгенографии брюшной полости, ультрасонографии
591. Для выявления типичных отдалённых метастазов рака прямой кишки до операции следует произвести
- а) пальцевое исследование прямой кишки
 - б) ректороманоскопию
 - в) рентгеноскопию грудной клетки
 - г) колоноскопию
 - д) ультразвуковое исследование и рентгеноскопию органов грудной клетки
592. При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации. Боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено. Больному необходимо
- а) назначить повторный осмотр через две-три недели
 - б) направить на рентгенологическое исследование — ирригоскопию
 - в) сделать ректороманоскопию
 - г) направить на госпитализацию в хирургическое отделение для обследования
 - д) назначить анализы крови и мочи
593. На основании обследования в условиях поликлиники установлен диагноз рака прямой кишки. В этом случае необходимо
- а) экстренно госпитализировать больного в хирургический стационар
 - б) направить больного на госпитализацию в онкологическое или колопроктологическое отделение
 - в) рассказать в деталях о предстоящей операции

- г) направить больного на лучевое лечение
- д) направить больного на химиотерапию

594. Больной после оперативного лечения по поводу рака прямой кишки приходит на приём к проктологу. Врач должен

- а) отказать ему в приеме, если операция была паллиативной
- б) принять, осмотреть, дать рекомендации и назначить срок повторного осмотра
- в) без осмотра сразу направить к онкологу
- г) дать совет постоянно наблюдаться только у специалистов, которые выполняли операцию
- д) назначить прием обезболивающих и гомеопатических средств

595. Частота рецидива рака прямой кишки после радикальной операции

- а) до 5%
- б) 10- 15%
- в) 20 - 30%
- г) 35 - 40%
- д) более 50%

596. Наиболее эффективным методом лечения рецидива рака прямой кишки является

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия
- г) лечение чистотелом
- д) криодеструкция

597. Пятилетняя выживаемость среди больных, перенесших радикальные операции по поводу рака прямой кишки составляет

- а) 20 - 30%
- б) 35 - 40%
- в) 40 - 60%
- г) 70 - 80%
- д) более 80%

598. Для раковой опухоли ободочной кишки характерным является

- а) быстрый рост и выход за пределы кишечной стенки
- б) раннее метастазирование
- в) медленный рост и позднее метастазирование
- г) ранняя клиническая симптоматика
- д) анемия даже при небольших опухолях

599. К III-б стадии рака ободочной кишки относится опухоль, занимающая

- а) не более полуокружности стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
- б) более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки, метастазов в лимфоузлах нет
- в) более полуокружности стенки кишки, прорастающая все слои стенки кишки с метастазами в регионарных лимфатических узлах
- г) не более полуокружности кишечной стенки без регионарных метастазов
- д) циркулярная опухоль без регионарных метастазов

600. Ко II-а стадии рака ободочной кишки относится опухоль

- а) занимающая более полуокружности кишки
- б) занимающая не более полуокружности стенки кишки и не выходящая за её пределы, без регионарных метастазов
- в) любого размера опухоль при наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах
- г) циркулярная опухоль без метастазов в лимфоузлах
- д) любого размера опухоль без метастазов в лимфоузлах

601. При рентгенологическом исследовании больного раком ободочной кишки не имеет значения симптом:

- а) центрального или краевого дефекта наполнения
- б) сужения кишки, неровности контуров
- в) сужения просвета кишки с ригидностью стенок
- г) расширения кишки выше сужения
- д) заполнения контрастом подвздошной кишки

602. К макроскопическим формам роста рака ободочной кишки по эндоскопической классификации не относится:

- а) узловая
- б) полиповидная
- в) ворсиноподобная
- г) эндофитная и инфильтративная
- д) бляшковидная

603. Наиболее эффективным методом лечения рака ободочной кишки является

- а) лучевой
- б) химиотерапевтический
- в) хирургический
- г) комбинированный
- д) симптоматический

604. При раке восходящей кишки во время операции необходимо лигировать

- а) подвздошно-ободочную, правую ободочную и правую ветвь средней ободочной артерии
- б) правые и средние ободочные сосуды
- в) правые ободочные сосуды и аппендикулярные сосуды
- г) подвздошно-ободочные, средние ободочные с правой и левой ветвями средней ободочной артерии
- д) нижнебрыжеечные сосуды

605. Наиболее радикальной операцией при раке средней трети сигмовидной кишки является

- а) сегментарная резекция сигмовидной кишки с сигмо-сигмоидным анастомозом
- б) левосторонняя гемиколэктомия
- в) сигмоидэктомия
- г) дистальная резекция сигмовидной кишки
- д) расширенная передняя резекция

606. Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит

- а) в правосторонней гемиколэктомии с забрюшинным илеотрансверзоанастомозом
- б) в правосторонней гемиколэктомии с проксимальной петлевой илеостомой
- в) в правосторонней гемиколэктомии с илео- и трансверзостомой
- г) в проксимальной илеостомии без резекции кишки
- д) в наложении двуствольной трансверзостомы

607. При раке восходящей кишки с перифокальным абсцессом показана операция
- а) по типу операции Гартмана
 - б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
 - в) по типу операции Микулича
 - г) правосторонняя гемиколэктомия и илео- и трансверзостомией
 - д) резекция илеоцекального угла
608. При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция
- а) типа операции Гартмана
 - б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
 - в) типа операции Микулича
 - г) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
 - д) резекция илеоцекального угла
609. При раке дистального отдела сигмовидной кишки, осложнённом кишечной непроходимостью и перифокальным воспалением, показана операция
- а) только двустольная колостомия
 - б) операция Гартмана
 - в) левосторонняя гемиколэктомия
 - г) резекция по типу операции Микулича
 - д) передняя резекция
610. При раке проксимального отдела сигмовидной кишки, осложнённом перифокальным воспалением, показана операция
- а) Гартмана
 - б) сигмоидэктомия
 - в) Микулича
 - г) левосторонняя гемиколэктомия
 - д) передняя резекция
611. При раке нисходящей кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана
- а) левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом
 - б) резекция нисходящей ободочной кишки без формирования анастомоза
 - в) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
 - г) операция Гартмана
 - д) клиновидная резекция стенки кишки
612. При раке слепой кишки с прорастанием в забрюшинную клетчатку показана
- а) колэктомия с илео-ректальным анастомозом
 - б) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомией
 - в) колэктомия без первичного анастомоза
 - г) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
 - д) операция типа операции Гартмана
613. При раке левого изгиба, осложнённом перифокальным воспалением, показана
- а) левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
 - б) операция Гартмана
 - в) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
 - г) операция Лахей
 - д) резекция левого изгиба ободочной кишки

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

- а) левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом
- б) сигмоидэктомия
- в) дистальная резекция сигмовидной кишки
- г) левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Микулича
- д) операция Гартмана

615. Из перечисленных паллиативных операций при раке ободочной кишки следует отдавать предпочтение

- а) наложению проксимальной стомы
- б) формированию обходного анастомоза
- в) паллиативной резекции сегмента кишки с опухолью
- г) лапаротомии
- д) клиновидной резекции стенки кишки

616. Наиболее удобна в уходе

- а) двуствольная колостома
- б) одноствольная колостома «столбиком»
- в) илеостома
- г) цекостома
- д) одноствольная плоская колостома с возвышающимся «борти-ком»

617. Отдалённые результаты лечения лучше при применении предоперационной лучевой терапии на беттатроне с энергией 25 МЭВ в случае расположения опухоли

- а) в дистальном отделе сигмовидной кишки
- б) в проксимальном отделе сигмовидной кишки
- в) в нисходящей кишке
- г) в поперечной ободочной кишке
- д) в слепой и восходящей кишке

618. Наиболее частой причиной развития послеоперационного перитонита является

- а) распространение инфекции из какого-либо очага воспаления
- б) вскрытие просвета кишки во время операции
- в) несостоятельность швов межкишечного соустья
- г) ослабленное состояние больного и подавление иммунитета
- д) дисбактериоз

619. Для предупреждения несостоятельности швов кишечного анастомоза не рекомендуется:

- а) избегать натяжения анастомозируемых концов кишки
- б) предупреждать образование гематом в стенке кишки
- в) не повреждать сосуды, питающие ткани анастомозируемых концов кишки
- г) использовать атравматические иглы
- д) накладывать слишком частые швы

620. Протяжённость внутрстеночного распространения рака ободочной кишки в проксимальном и дистальном направлениях, как правило, не превышает

- а) 0,5 см
- б) 1 см
- в) 1,5-2,0 см
- г) 3,0-4,0 см

д) 5,0см

621. Рак слепой кишки чаще дает метастазы в лимфатические узлы

- а) по ходу подвздошно-ободочной артерии
- б) по ходу левой ободочной артерии
- в) по ходу средней ободочной артерии
- г) по ходу нижнебрыжеечной артерии
- д) по ходу правой ободочной артерии

622. Диагноз карциноида прямой кишки, как правило, устанавливается

- а) при пальцевом исследовании
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- г) после эндоскопического удаления и морфологического исследования
- д) колоноскопии

623. Формирование канала для выведения забрюшинной колостомы при операции удаления прямой кишки целесообразнее сделать:

- а) после полной мобилизации прямой кишки
- б) после мобилизации и удаления кишки
- в) до начала мобилизации кишки, сразу после ее пересечения
- г) до начала мобилизации и пересечения кишки
- д) после удаления кишки и промывания полости малого таза раствором антисептика

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ ПО ОБЩИМ ДИСЦИПЛИНАМ:

«Педагогика», «Патология», «Медицина чрезвычайных ситуаций»

«Общественное здоровье и здравоохранение», «Современные IT-технологии в здравоохранении»

Дисциплина «ПЕДАГОГИКА»

Выберите один правильный ответ

Проверяемые компетенции: УК-3

1. Медицинская психология является областью науки, которая:
 - а) занимается только решением практических задач
 - б) занимается разработкой только теоретических вопросов
 - в) занимается изучением широкого спектра как теоретических, так и практических проблем в психологии и медицине
 - г) занимается решением только тех практических задач, которые связаны с разработкой психологической помощи
 - д) занимается только теми вопросами, которые связаны с экспертизой
2. Областью медицинской психологии является:
 - а) психофармакотерапия
 - б) психопатология
 - в) неврология
 - г) патопсихология

3. Психотерапия как метод лечебного воздействия – включает применение:
 - a) биологической терапии
 - b) как психологических, так и лекарственных методов
 - c) различных психологических техник и методов
 - d) любых методов лечебного воздействия
 - e) только методов внушения
4. В современной медицинской психологии используются:
 - a) только психодиагностические методы
 - b) исключительно методы психологического воздействия
 - c) и психодиагностические и психокоррекционные методы
 - d) психодиагностические, психокоррекционные, а также психофармакотерапевтические методы
 - e) фармакотерапевтические методы
5. Анозогнозический тип отношения к болезни проявляется в:
 - a) активном отбрасывании мыслей о болезни
 - b) адекватной оценке больным своего состояния
 - c) стремлении сохранить работоспособность
 - d) поисках выгод в связи с болезнью
 - e) желании причинить вред окружающим
6. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для:
 - a) паранойяльного типа отношения к болезни
 - b) ипохондрического типа отношения к болезни
 - c) апатического типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) меланхолического типа отношения к болезни
7. «Уход от болезни в работу», стремление сохранить, не утратить работоспособность является характеристикой:
 - a) паранойяльного типа отношения к болезни
 - b) сенситивного типа отношения к болезни
 - c) эргопатического типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) тревожного типа отношения к болезни
8. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:
 - a) сенситивного типа отношения к болезни
 - b) меланхолического типа отношения к болезни
 - c) паранойяльного типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) эргопатического типа отношения к болезни
9. Смысл качественного анализа в патопсихологии заключается в том, что:
 - a) необходимо соотнести показатели шкал со средне-нормативными значениями
 - b) важно проанализировать частоту встречаемости определённых ответов обследуемого
 - c) интерпретация результатов исследования должна быть полной
 - d) анализ результатов должен осуществляться высококвалифицированным специалистом

- е) целесообразно анализировать ход размышлений, эмоциональные реакции, отношение к собственным ошибкам, отношение к обследованию у пациента при выполнении заданий
10. Термин «процесс обучения» толкуется как...
- а) дидактически обоснованные способы усвоения содержания конкретных учебных предметов;
 - б) процесс управления формированием активной личности, развития ее психических свойств, социальных и профессиональных качеств;
 - в) взаимосвязанная деятельность преподавателя и обучающихся, направленная на достижение педагогических целей;
 - г) деятельность преподавателя по организации обучения;
 - е) преподавание различных предметов.
11. Педагогическая деятельность явилась результатом...
- а) заботы родителей о счастье детей;
 - б) объективных потребностей в подготовке человека к жизни и труду;
 - в) биологических законов сохранения рода;
 - г) формирования государственной системы образования;
 - е) прогресса науки и техники.
12. Отраслью педагогики не является:
- а) история педагогики;
 - б) коррекционная педагогика;
 - в) тифлопедагогика.
 - г) эстетика;
 - е) андрагогика.
13. Кто, как правило, является большим авторитетом для пациента-подростка?
- а) родитель;
 - б) друг, неформальный лидер;
 - в) учитель;
 - г) врач;
 - е) старший родственник.
14. Какой должна быть речь врача при работе с пациентом, страдающим аутизмом?
- а) письменной;
 - б) комичной и ироничной;
 - в) с использованием метафор и сравнений;
 - г) ассоциативной;
 - е) простой и четкой.
15. Что из нижеперечисленного НЕ относится к специфическим педагогическим функциям врача:
- а) лечебно-профилактическая;
 - б) просветительская;
 - в) профессиональное консультирование;
 - г) креативная;
 - е) мотивационная.
16. Цель внедрения Государственных образовательных стандартов:
- а) характеристика разнообразных современных образовательных учреждений;
 - б) сочетание базисного учебного плана и регионального учебного содержания;

- с) требования к усвоению всеми обучающимися обязательного минимума знаний, умений, навыков во всех образовательных областях;
- д) обеспечение вариативности учебных планов, образовательных программ, учебников, форм, методов и средств обучения;
- е) введение в содержание образования новых учебных дисциплин.

17. К активным методам обучения в медицинском вузе относят:

- а) ролевые, деловые игры;
- б) решение клинических задач;
- с) лабораторные практикумы;
- д) рассказ;
- е) наблюдение.

18. Проблемное обучение основывается на деятельности обучающегося

- а) репродуктивной;
- б) конструктивной;
- с) исследовательской;
- д) аналитико-синтетической;
- е) репродуктивно-интуитивной.

Дополните определение.

19. Область медицинской психологии, занимающая «пограничное положение» между психологией и психиатрией, изучающая изменения психической деятельности человека вследствие психических заболеваний: _____

20. Постигание эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия – это: _____

21. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется: _____

22. Направленность образования на обобщенные и универсальные знания, усиление взаимосвязи теоретической и прикладной подготовки, формирование общей культуры и развитие научного мышления - образования

23. В наибольшей степени учитываются данные психологии о тесной взаимосвязи процессов обучения (учения) и познания, исследования, мышления при обучении.

24. модель общения врача и пациента подразумевает стиль общения, сходный с отношениями родителя и ребенка. Врач относится к пациенту с заботой и вниманием. Однако вместе с тем, может проявлять настойчивость и в определенном смысле диктовать своему подопечному правила лечения.

Дисциплина «ПАТОЛОГИЯ»

Выберите один правильный ответ

Проверяемые компетенции: ПК-5

1. Какой вирус, обладает максимальной кардиотропностью и вызывает острый миокардит:

- a) Вирус Коксаки В3
 - b) Вирус гепатита С
 - c) Вирус Эпштейна-Барр
 - d) Парвовирус В19
2. Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:
- a) Индукция апоптоза
 - b) Фагоцитоз
 - c) Активация комплемента
 - d) Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы
3. Выберите вирус, для которого доказано наличие канцерогенной активности:
- a) Вирус гепатита В
 - b) Вирус кори
 - c) Вирус гепатита А
 - d) Вирус полиомиелита
4. Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:
- a) Эстрадиол
 - b) Билирубин
 - c) Инсулин
 - d) Фосфолипиды
5. Какое из перечисленных проявлений относится к общему действию опухоли на организм:
- a) Анемия
 - b) Болевой синдром
 - c) Дыхательная недостаточность
 - d) Кишечная непроходимость

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

6. Ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков это:
- a) Гидростатический
 - b) Гипопротеинемический
 - c) Лимфогенный
 - d) Мембраногенный.
7. Для доброкачественных опухолей характерно следующее:
- a) Высокая степень дифференцировки
 - b) Инвазивный рост
 - c) Системное действие на организм
 - d) Метастазирование
8. Для злокачественных опухолей характерно следующее:
- a) Метастазирование
 - b) Медленный рост
 - c) Высокая степень дифференцировки
 - d) Хорошее отграничение от окружающих тканей

Проверяемые компетенции: УК-1

9. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация симпатoadреналовой системы при хронической сердечной недостаточности:

- a) Смешанные
- b) Кардиальные
- c) Эстракардиальные
- d) Интракардиальные

10. За счет каких внутриклеточных структур в основном происходит увеличение объема кардиомиоцитов при гипертрофии:

- a) Митохондрии и саркомеры
- b) Рибосомы
- c) Саркоплазматический ретикулум
- d) Ядро

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

11. В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:

- a) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
- b) Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
- c) Состояния, указанные в амбулаторной карте
- d) Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью.

12. Первоначальная причина смерти:

- a) Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
- b) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти
- c) Заболевания, указанные в амбулаторной карте
- d) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар

13. Непосредственная причина смерти — это:

- a) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
- b) Нозологическая единица, явившаяся основной причиной смерти больного
- c) Проявления механизма наступления смерти
- d) это смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти

14. Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:

- a) Первоначальную причину смерти
- b) Непосредственную причину смерти
- c) Основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания
- d) Сопутствующие заболевания

15. Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:

- a) Два основных конкурирующих заболевания
- b) Любую комбинацию конкурирующих, фоновых и сочетанных заболеваний
- c) Основное и фоновое заболевания
- d) Два сочетанных заболевания

16. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:

- a) Посмертную и прижизненную диагностику болезней
- b) Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела

- с) Уточнение структуры причин смертности населения
- d) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела; Уточнение структуры причин смертности населения

17. При вскрытии трупа оформляются следующие документы:

- a) Протокол патологоанатомического исследования
- b) Врачебное свидетельство о смерти
- с) Протокол патологоанатомического исследования; Врачебное свидетельство о смерти }
- d) Танатогенез

Дополните определение.

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

- 18. При субэпикардальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
- 19. Дополните определение. При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в: _____
- 20. Дополните определение. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим: _____
- 21. Дополните определение. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке: _____
- 22. Дополните определение. Развитие гипонатриемии при паранеопластическом синдроме связано с продукцией гормона: _____

Проверяемые компетенции: ПК-5

- 23. При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов категории расхождений устанавливаются по: _____
- 24. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные клинические, патологоанатомические данные и: _____
- 25. Посмертный клинический эпикриз включает в себя следующие анамнестические и клинические, лабораторные и рентгенологические, заключение о причине смерти больного и: _____

Дисциплина «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Выберите правильный ответ

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-12

- 1. Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий в стране создана:
 - a) система спасения на земле, воде, воздухе;
 - b) Государственная система спасения при пожарах, наводнениях, смерчах и техногенных катастрофах;
 - с) Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
 - d) общая система органов управления субъектов РФ.
- 2. Функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций создается:
 - a) общественными организациями;

- b) федеральными органами исполнительной власти в министерствах, агентствах и службах Российской Федерации;
- c) международными организациями;
- d) главными руководителями лечебных учреждений.

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

3. Когда осуществляется постэкспедиционный медицинский осмотр лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС:
 - a) на следующий день после прибытия из зоны ЧС;
 - b) не позднее 7 дней после прибытия из зоны ЧС;
 - c) плановые осмотры в течение текущего года;
 - d) не осматриваются.
4. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций во Всероссийской службе медицины катастроф лежит:
 - a) система организации оказания медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС;
 - b) система этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению;
 - c) система оказания специализированной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь;
 - d) система оказания квалифицированной медицинской помощи при проведении аварийно-спасательных работ.
5. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной (первой врачебной) помощи, относятся:
 - a) подвижные группы специалистов, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - b) подвижные группы специалистов.
 - c) нештатные бригады специализированной медицинской помощи.
 - d) группы эпидемической разведки (ГЭР), врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - e) врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
6. Основное мобильное лечебно-диагностическое формирование Федерального центра медицины катастроф федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – это:
 - a) отдельная медицинская бригада;
 - b) мобильный многопрофильный госпиталь;
 - c) полевой многопрофильный госпиталь;
 - d) отдельный медицинский батальон.
7. Начальником службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации является:
 - a) Министр здравоохранения Российской Федерации;
 - b) первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации;
 - c) начальник Главного военно-медицинского управления;
 - d) министр по делам ГО и ЧС.

8. Укажите основной показатель, необходимый для расчета количества медицинских бригад в чрезвычайных ситуациях:
- a) количество обслуживаемого населения поликлиникой;
 - b) количество детей;
 - c) количество пораженных;
 - d) количество медперсонала поликлиники;
 - e) количество санитарного автотранспорта.
9. Органом повседневного управления службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации являются:
- a) областной отдел здравоохранения;
 - b) управление здравоохранения области, края;
 - c) управление социальной защиты области, края;
 - d) территориальный центр медицины катастроф;
 - e) штаб ГО ЧС территории субъекта РФ.
10. Гражданская оборона – это:
- a) формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий гражданской обороны;
 - b) формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
 - c) система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при военных конфликтах или вследствие этих конфликтов, а также при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
 - d) имеет своей задачей оказание медицинской помощи, осуществление лабораторного контроля, материального и технического обеспечения невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.

Для трёх последующих тестовых заданий укажите правильные ответы

11. Ведение гражданской обороны на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях начинается (укажите все правильные ответы):
- a) с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий;
 - b) с момента принятия решения о введении гражданской обороны министром по делам ГО и ЧС;
 - c) с момента введения гражданской обороны решением федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ;
 - d) введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях.
12. Результаты медицинской сортировки на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации закрепляются (укажите все правильные ответы):
- a) записью в рабочем блокноте регистратора;
 - b) сортировочной маркой;
 - c) записью в единой истории болезни;
 - d) записью в карте оказания медицинской помощи;

е) справкой военно-врачебной комиссии;

е) в сопроводительном листе (для пораженного в чрезвычайной ситуации).

13. В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки раненых и больных, различают следующие ее виды (укажите все правильные ответы):

- а) одномоментную;
- б) многократную;
- в) внутрипунктовую;
- г) групповую;
- д) эвакуационно-транспортную;
- е) по предназначению.

Выберите правильный ответ для следующих тестовых заданий

14. Медицинская сортировка пораженных (больных) проводится по ряду критериев:

- а) по опасности для окружающих;
- б) по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания;
- в) по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации;
- г) всем критериям, перечисленным выше: по опасности для окружающих; по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания; по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации.

15. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных больных и раненых:

- а) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- б) два врача, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- в) врач, медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- г) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и два звена носильщиков.

Выберите правильный ответ

Проверяемые компетенции ПК-3, ПК-7, ПК-8, ПК-12

16. Химическая авария – это:

- а) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;
- б) внезапный взрыв химических реагентов;
- в) утечка при утилизации химического оружия;
- г) место где произошла катастрофа.

17. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:

- а) желудочно-кишечный тракт;
- б) дыхательные пути;
- в) кожные покровы;
- г) все вышеперечисленные пути поступления ядов: желудочно-кишечный тракт; дыхательные пути; кожные покровы

18. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:

- а) нестойкий, быстродействующий;

- b) стойкий, быстродействующий;
 - c) нестойкий, медленно действующий;
 - d) стойкий, медленно действующий.
19. По скорости развития патологических нарушений – формирования санитарных потерь химические вещества делятся:
- a) мгновенного и отложенного действия;
 - b) быстрого и замедленного действия;
 - c) скоротечного и медленнодействующего действия;
 - d) условно быстрые и безопасные.
20. Глубина зоны заражения аварийными химически опасными веществами определяется:
- a) агрегатным состоянием вещества, влажностью воздуха, температурой воздуха;
 - b) особенностью местности, количеством вылившегося вещества, его агрегатным состоянием;
 - c) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;
 - d) не определяется;
 - e) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.
21. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения аварийными химически опасными веществами:
- a) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;
 - b) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;
 - c) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;
 - d) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;
 - e) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.
22. Укажите лишнее в классификации аварий на ядерной энергетической установке:
- a) глобальная авария;
 - b) тяжелая авария;
 - c) авария с риском для окружающей среды;
 - d) авария в пределах ядерной энергетической установки;
 - e) серьезное происшествие;
 - f) происшествие средней тяжести;
 - g) несерьезное происшествие;
 - h) незначительное происшествие;
 - i) происшествия, не имеющие значения для безопасности.
23. Какую фазу при радиационных авариях не выделяют:
- a) ранняя фаза;
 - b) промежуточная фаза;
 - c) средняя фаза;
 - d) поздняя (восстановительная) фаза.
24. Какими радионуклидами обусловлена доза внутреннего облучения населения, в первые два месяца после аварии, проживающего на зараженной территории:
- a) радионуклидами йода;

- b) радионуклидами плутония;
 - c) радионуклидами цезия;
 - d) радионуклидами стронция.
25. Наиболее вероятная патология при аварии на ядерной энергетической установке:
- a) ионизирующая радиация;
 - b) радиационные ожоги;
 - c) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния;
 - d) ослепление, лучевая болезнь травмы;
 - e) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение радиоактивными веществами.
26. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании острой лучевой болезнью:
- a) гемоглобин;
 - b) число лейкоцитов;
 - c) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
 - d) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;
 - e) тромбоцитопения.
27. Основными способами защиты населения от поражающих факторов чрезвычайной ситуации техногенного характера являются:
- a) оказание медицинской помощи;
 - b) вывод из очага катастрофы;
 - c) укрытие в защитных сооружениях;
 - d) прием медикаментов и эвакуация;
 - e) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.
28. Под лечебно-эвакуационной системой следует понимать:
- a) одну из важнейших составных частей медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время, изменяющуюся и совершенствующуюся по мере изменения факторов, оказывающих решающее влияние на деятельность медицинской службы;
 - b) совокупность взаимосвязанных принципов организации медицинской помощи раненым и больным, их лечения, эвакуации, реабилитации и предназначенных для этого сил, и средств службы медицины катастроф, свойственных определенному историческому этапу и уровню развития медицинской науки и экстремальной медицины (медицины катастроф).

Укажите правильные ответы для тестового задания

29. Лечебно-эвакуационные мероприятия включают (укажите все правильные ответы):
- a) розыск, сбор раненых;
 - b) оповещение администрации района, города о ранении гражданина;
 - c) оказание раненым и больным всех видов помощи;
 - d) эвакуацию раненых и больных;
 - e) лечение раненых и больных;
 - f) медицинскую реабилитацию;
 - g) проведение профилактических прививок.

Выберите правильный ответ для последующих тестовых заданий

30. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- a) медицинские формирования и медицинские организации, расположенные на путях

эвакуации из очага поражения в тыл в определенной последовательности для оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения с целью максимального ограничения многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе и широкого маневра объемом и видами медицинской помощи;

- б) формирования и медицинские организации службы медицины катастроф, а также другие медицинские организации, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

31. Медицинская сортировка представляет собой:

- с) медико-организационное мероприятие, осуществляющееся на каждом этапе медицинской эвакуации с целью обеспечения четкой работы по своевременному оказанию медицинской помощи раненым и больным;
- д) распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

Дополните определение

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

- 32. Предметы разового пользования (лекарственные препараты, перевязочные средства и др.), а также предметы, приходящие в негодность при кратковременном применении (перчатки, иглы и пр.). относятся к _____ имуществу.
- 33. Метод работы сортировочной бригады называется _____
- 34. Медицинская сортировка осуществляется в _____ отделении.
- 35. Диагностический алгоритм первичного осмотра, пораженного в зоне чрезвычайной ситуации, называется методикой _____.

Проверяемые компетенции ПК-3, ПК-7, ПК-12

- 36. Мероприятия, выполняемые с помощью подручных средств, относятся к _____ помощи.
- 37. Для измерения поглощённой дозы используется _____ при радиационных поражениях
- 38. Индивидуальный противохимический пакет используется для проведения частичной _____
- 39. К простейшим средствам защиты органов дыхания относят _____
- 40. Индивидуальный контроль облучения в очаге радиационного поражения осуществляется с помощью следующего типа дозиметров:
- 41. Н.И. Пирогов выдвинул свои организационные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий в период _____ войны.

Дисциплина «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Выберите правильный ответ для последующих тестовых заданий

Проверяемые компетенции: ПК-1, ПК-9

- 1. Укажите определение здоровья, данное в Уставе ВОЗ:

- а) здоровье - это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции;
- б) здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;
- в) здоровье - это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения.

2. Демография изучает:

- а) здоровье населения
- б) численность, состав и воспроизводство населения
- в) вопросы брачности и плодовитости
- г) закономерности маятниковой миграции населения

ПК-2, ПК-9

3. Данные о заболеваемости применяются для всех перечисленных целей, кроме одной:

- а) комплексной оценки общественного здоровья;
- б) оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения;
- в) комплексной оценки демографических показателей;
- г) определения потребностей населения в различных видах лечебно-профилактической помощи;
- д) совершенствования социально-экономических, медицинских мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения.

ПК-1, ПК-2

4. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

- а) экологические;
- б) биологические;
- в) образ жизни;
- г) уровень образования

ПК-1, ПК-2, ПК-9

5. В структуре причин смертности в России в настоящее время первое ранговое место занимают:

- а) злокачественные новообразования;
- б) болезни системы кровообращения;
- в) инфекционные и паразитарные болезни;
- г) травмы и отравления;
- д) болезни органов дыхания

6. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

- а) показатели соотношения, наглядности, инвалидности
- б) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели
- в) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

7. Что является предметом изучения общественного здоровья и здравоохранения:

- а) здоровье населения и факторы, влияющие на него
- б) здоровье работающего населения
- в) эпидемиология заболеваний

г) здоровье неработающего населения

ПК-1, ПК-2, ПК-10

8. Профессиональный стандарт — это:

- а) характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции
- б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности
- в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки
- г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации

ПК-1, ПК-11

9. Основанием для записи в трудовую книжку является

- а) трудовой договор;
- б) заявление с резолюцией руководителя;
- в) приказ по личному составу.

ПК-2, ПК-10

10. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет, если его заболевание входит в специальный перечень, выплачивается

- а) по всем случаям ухода за этим ребенком;
- б) не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- в) не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- г) не более чем за 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- д) не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

ПК-10

11. Субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются...

- а) органы управления здравоохранением
- б) СМО, ТФОМС
- в) медицинские учреждения
- г) зам. главного врача по КЭР
- д) арбитражный суд.

ПК-2, ПК-9, ПК-10, ПК-11

12. Что из перечисленного не является целью создания территориальной системы контроля качества медицинской помощи

- а) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества
- б) создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения
- в) создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения

- г) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества; создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения; создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
- д) формирование действенной системы премирования медицинского персонала

ПК-2, ПК-10, ПК-11

13. Размер санкций в случае выявления некачественно оказанной медицинской помощи....

- а) определяется в МРОТ
- б) превышает стоимость медицинской услуги
- в) не превышает стоимость медицинской услуги
- г) устанавливается ЛПУ и органами управления здравоохранения
- д) определяется страховой медицинской компанией

ПК-10, ПК-11

14. Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:

- а) федеральным законом «Об образовании в РФ»
- б) приказом Минтруда России
- в) Трудовым кодексом РФ
- г) федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

15. Репрезентативность – это

- а) способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную
- б) достаточный объем выборочной совокупности
- в) достаточный объем генеральной совокупности
- г) непохожесть выборочной совокупности на генеральную

ПК-9, ПК-10

16. Фельдшер может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком до

- а) пяти календарных дней включительно;
- б) десяти календарных дней включительно;
- в) трех календарных дней включительно;
- г) семи календарных дней включительно.

17. В структуре причин инвалидности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

- а) злокачественным новообразованиям;
- б) болезням системы кровообращения;
- в) инфекционным и паразитарным болезням;
- г) травмам и отравлениям;

ПК-9, ПК-10, ПК-11

18. Показатель суточной летальности определяется:

- а) отношением числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- б) отношением числа умерших в первые сутки после поступления к числу умерших в

больнице

в) отношением числа выбывших из стационара к числу умерших в первые сутки

19. Для качества врачебной диагностики в стационарных учреждениях используется показатель:

а) частота осложнений;

б) средняя длительность лечения больного;

в) частота повторных госпитализаций;

г) частота расхождений стационарных и патологоанатомических диагнозов.

ПК-10, ПК-11

20. Документом, дающим допуск к медицинской деятельности, является:

а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения;

б) сертификат специалиста;

в) лицензия;

г) свидетельство об аккредитации.

21. Должностная инструкция – это:

а) инструкция директора, которую необходимо выполнять в обязательном порядке;

б) документ, в котором прописан распорядок дня в организации, формы наказания за его нарушения;

в) организационно-распорядительный документ, в котором описаны требования к квалификации работника на определённой должности, его полномочия, обязанности, ответственность;

г) соглашение между работником и работодателем, которое устанавливает их взаимные права и обязанности

22. Младенческая смертность определяется как смертность детей на _____ жизни:

а) первой неделе;

б) первом месяце;

в) первом году;

г) первых сутках

Дополните определение

ПК-1, ПК-2, ПК-9

23. В настоящее время демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется _____ приростом

ПК-2 ПК-10

24. Началом истории отечественной страховой медицины является _____ год

ПК-1, ПК-2, ПК-10

25. Основателем кафедры общественного здоровья и здравоохранения в нашей стране является _____

26. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, выдается на _____

Дисциплина «ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ»

Выберите один правильный ответ

Проверяемые компетенции: УК-2, ПК-3

1. Что не относится к поражающим факторам ядерного взрыва:
 - a) Воздушная ударная волна
 - b) Световое излучение
 - c) Проникающая радиация
 - d) Болезнетворные свойства микробов и результаты их деятельности
2. Верховным главнокомандующим Вооруженными Силами Российской Федерации является:
 - a) Министр обороны РФ
 - b) Премьер-министр РФ
 - c) Президент РФ
 - d) Министр иностранных дел РФ
3. Что не относится к инженерному обеспечению подразделений и войск:
 - a) Создание подразделениям необходимых условий для выполнения боевых задач
 - b) Повышение защиты войск от средств поражения
 - c) Нанесение противнику потерь инженерными боеприпасами и затруднения его действий
 - d) Обеспечение подразделений медицинским имуществом, сохранением боеспособности и укрепление здоровья личного состава
4. Военно-врачебной комиссией призывник признан временно негодным по состоянию здоровья к прохождению военной службы, ему должны предоставить:
 - a) Освобождение от военной службы
 - b) Военный билет
 - c) Направление на альтернативную службу
 - d) Отсрочку от призыва
5. Прицельная дальность стрельбы из ручного пулемета Калашникова РПК74 составляет (м):
 - a) 240
 - b) 380
 - c) 900
 - d) 1000
6. Начальной скоростью называется:
 - a) Скорость движения пули в начале ствола
 - b) Скорость движения пули у дульного среза ствола
 - c) Скорость движения пули при подлете к мишени
 - d) Скорость движения пули на расстоянии 100 м от дульного среза ствола

7. Вес автомата Калашникова АК74 со снаряженным магазином составляет (кг):
a) 3,6
b) 4,2
c) 5,45
d) 7,62
8. Для стрельбы из пистолета Макарова ПМ применяется:
a) 9-мм пистолетный патрон
b) 7,62-мм пистолетный патрон
c) 5,56-мм патрон
d) 5,45-мм единый патрон
9. Боевая скорострельность пистолета ПМ составляет (выс/мин):
a) 30
b) 50
c) 100
d) 35
10. Предельная дальность полёта пули при стрельбе из ручного пулемёта Калашникова составляет (м):
a) 1350
b) 3150
c) 1000
d) 2500

Дисциплина «СОВРЕМЕННЫЕ ИТ-ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»
Выберите один или несколько правильных ответов

Проверяемые компетенции: УК-2, ПК-3

1. Аппарат для электротерапии с биологической обратной связью относится к автоматизированным системам:
А) лечебных воздействий
В) мониторинга
С) функциональной диагностики
D) экспертным системам
2. Взаимосвязанная совокупность средств, методов и персонала, используемых для хранения, обработки и выдачи информации в интересах поставленной цели называется:
А) информационной технологией
В) информационной системой
С) информатикой
D) единой информационной системой в здравоохранении
3. Информационные технологии обязательного медицинского страхования как информационная технология относится к разделу медицинской информатики:
А) клиническому
В) лабораторному
С) организационно-управленческому
D) телемедицине

4. Процесс сбора, обработки и передачи первичной информации для получения информации нового качества называется:
- A) информационной технологией
 - B) информационной системой
 - C) информатикой
 - D) кибернетикой
5. К программной защите программных продуктов относятся:
- A) пароль при запуске
 - B) патент
 - C) лицензия
 - D) закон об авторском праве
 - E) администрирование прав пользователя
6. К системному базовому программному обеспечению относятся:
- A) антивирусная программа
 - B) операционная система
 - C) операционная оболочка
 - D) программа архивирования данных
 - E) сетевая операционная система
7. К системному сервисному программному обеспечению относятся:
- A) антивирусная программа
 - B) программа диагностики компьютера
 - C) операционная система
 - D) программа архивирования данных
 - E) операционная оболочка
8. К правовой защите программных продуктов относятся:
- A) пароль при запуске
 - B) патент
 - C) лицензия
 - D) электронный ключ
 - E) закон об авторском праве
9. Информационные технологии в медицине включают в себя:
- A) информационные технологии для управления медицинскими учреждениями различного уровня
 - B) информационные технологии социального страхования
 - C) информационные технологии для сбора и обработки информации с целью оценки состояния здоровья человека
 - D) информационные технологии автоматизированного проектирования
10. Клиническая информатика объединяет следующие технологии:
- A) автоматизированные технологии обработки инструментальных и лабораторных данных
 - B) интеллектуальные системы поддержки принятия врачебных решений
 - C) математическое моделирование медицинских процессов
 - D) информационные технологии обязательного медицинского страхования
 - E) телемедицинские технологии дистанционного консультирования

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(выявляющих теоретическую подготовку выпускника)

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10

1. Каковы показания к операции иссечения свища прямой кишки с низведением слизистой?
2. Перечислите этапы развития колопроктологии, как самостоятельной клинической дисциплины.
3. Какова организация колопроктологической амбулаторно-поликлинической помощи?
4. Каковы штаты и оснащение колопроктологического кабинета?
5. Перечислите основные принципы организации стационарной колопроктологической помощи: оборудование и оснащение стационара в зависимости от объема оказываемой помощи.
6. Каков принцип организации реабилитации больных, перенесших операции по поводу заболеваний толстой кишки и анального канала?
7. Каковы ранние осложнения внебрюшинного ранения прямой кишки?
8. Дайте характеристику ректовагинальным свищам. Каковы основные виды хирургического лечения?
9. Каков алгоритм обследования больных свищами прямой кишки?
10. Дайте определение каудальным тератомам: клиника и диагностика.
11. Каковы клиника, диагностика и тактика лечения острого геморроя?
12. Перечислите малоинвазивные методы лечения геморроя.
13. Какие Вы знаете лучевые методы диагностики в колопроктологии?
14. Перечислите этапы обследования больного с подозрением на наличие инородного тела в толстой кишке.
15. Каковы ведущие причины кровотечения в ранние сроки после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами?
16. Опишите клинику, диагностику и виды хирургических вмешательств при раке среднеампулярного отдела прямой кишки.
17. Каков объем хирургических вмешательств при сочетанных, расширенных и комбинированных операциях по поводу рака прямой кишки?
18. Перечислите эндоскопические методы обследования колопроктологических больных.
19. Дайте определение понятию «Ишемический колит».
20. Какие мышцы и фасции принимают участие в образовании мочеполовой диафрагмы?
21. Какими образованиями представлена сальниковая сумка?
22. Перечислите визуальные отличия толстой кишки от тонкой.
23. Перечислите слои стенки ободочной кишки, принимающие участие в формировании дивертикулов.
24. Что подразумевается под понятием «криптит»?
25. Назовите причины возникновения острого парапроктита у взрослых?
26. Что представляет собой острая анальная трещина?

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

(выявляющих практическую подготовку выпускника)

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10

1. Составить правила осмотра колопроктологического больного.
2. Опишите методику проведения пальцевого исследования прямой кишки и анального канала.
3. Опишите методику выполнения ректороманоскопии.
4. Определите показания к выполнению эндоскопического исследования толстой кишки.
5. Опишите методику удаления инородного тела толстой кишки.
6. Составьте схему лечения острого геморроя у беременных.

7. Дайте характеристику особенностям течения рака прямой кишки у лиц пожилого и старческого возраста.
8. Составьте план обследования при подозрении на озлокачествление свища прямой кишки.
9. При осмотре больного в приёмном отделении диагностирован острый подкожный парапроктит. Опишите тактику лечения этого больного.
10. Определите тактику лечения больного в том случае, если после вскрытия и дренирования острого ишиоанального парапроктита, и последовавшего за ним временного облегчения состояния, у пациента вновь отмечены симптомы воспаления и гипертермия.
11. Опишите методику лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами.
12. Опишите методику склерозирования внутренних геморроидальных узлов.
13. Перечислите группы препаратов, применяемых для консервативного лечения язвенного колита.
14. Перечислите группы препаратов, применяемых для консервативного лечения болезни Крона.
15. Определите диагностические критерии, которые позволяют верифицировать синдром раздраженной толстой кишки.
16. Составьте план обследования для постановки диагноза «выпадение прямой кишки».
17. Опишите методику радикального лечения папиллита.
18. Опишите объем хирургической помощи необходимый для лечения интрасфинктерного свища прямой кишки.
19. Определите тактику лечения больного острым парапроктитом.
20. Определите тактику лечения больного острым воспалением эпителиального копчикового хода.
21. Во время выполнения медицинского аборта произошла перфорация матки, повреждение толстой кишки. Опишите Ваши действия после выполнения экстренной лапаротомии.
22. Опишите методику удаления полипа через ректоскоп.
23. Составьте план обследования и лечения больного семейным аденоматозом толстой кишки.
24. Перечислите виды хирургической помощи больному ворсинчатой опухолью прямой кишки на 7 см от края ануса.
25. Опишите технику формирования илеостомы по Бруку.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-12

Ситуационная задача 1

Пациентка 32 года, ИМТ 30 кг/м². Доставлена бригадой СМП. Жалобы на обильное выделение алой крови после акта дефекации. Из анамнеза известно: в течение года периодически после запора отмечала помарки крови на туалетной бумаге. Самостоятельно не лечилась, к врачам не обращалась. Последнюю неделю выделение крови после дефекации усилились, утром обильное струйное кровотечение. Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ЧДД 17 /мин. АД 124/82 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д. При осмотре перианальной области: анальный рефлекс сохранён. Перианальная область не изменена. Наружные геморроидальные узлы не увеличены. При натуживании отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов на 3 и 7 часах, самостоятельно вправляющихся после окончания натуживания. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера удовлетворителен, на 3 и 7 часах определяются увеличенные внутренние

геморраидальные узлы. Другой патологии на высоте пальца не выявлено. На перчатке – помарки свежей крови. При аноскопии: на 3 и 7 часах увеличенные, отечные внутренние геморраидальные узлы с эрозированной слизистой и точечной диапедезной кровоточивостью. При влагалищном пальцевом исследовании: без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
5. Определите тактику хирургического лечения.

Ситуационная задача 2

Пациент 40 лет, ИМТ 25 кг/м². Жалобы на периодическое обильное выделение алой крови при акте дефекации, выпадение геморраидальных узлов, ранее вправлявшихся ручным пособием, последние 4 недели после вправления выпадающие снова. Указанные жалобы беспокоят в течение пяти лет, за последний месяц отмечает увеличения количества примеси крови в кале. За медицинской помощью не обращался. Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые бледнорозовой окраски. ЧДД 16/мин. АД 127/78 мм рт.ст. Пульс 84 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д. При осмотре перианальной области: анальный рефлекс сохранён. На 3,7,11 часах определяются увеличенные до 1-1,5 см наружные геморраидальные узлы, мягкие без признаков воспаления. Также вне напряжения и натуживания отмечаются выпадающие внутренние узлы той же проекции, размерами более 2 см, мягкие, контактно кровоточивые. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера несколько снижен; на 3, 7, 11 часах определяются значительно увеличенные внутренние геморраидальные узлы. Другой патологии на высоте пальца не выявлено. На перчатке - следы кала, с примесью крови.

Вопросы:

1. Определите объем инструментального обследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Определите тактику хирургического лечения.
4. Каковы меры профилактики в отдаленном послеоперационном периоде.

Ситуационная задача 3

Пациент 31 год, ИМТ 22,0 кг/м². Жалуется на распирающие боли в области ануса, которые усиливаются в положении сидя, вечернюю гипертермию до 38С. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 дней, связывает с эпизодом переохлаждением. Доставлен СМП в хирургический стационар экстренно. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледнорозовой окраски. ЧДД 18 /мин. АД 130/71 мм рт.ст. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. Т тела 37,7С. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д. При осмотре перианальной области: анальный рефлекс повышен. На 8 часах, в 1см от ануса, в мягких тканях определяется плотный инфильтрат до 2см в диаметре с размягчением в центре. Кожа над ним гиперемирована, при пальпации болевой синдром. Симптом флюктуации положительный. Локальная температура повышена. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера повышен, имеется сглаженность складок слизистой на 8 часах. Пальпаторно пораженная крипта, внутреннее отверстие не определяется. На перчатке - следы кала обычного цвета. Неудачная попытка аноскопии из-за выраженного болевого синдрома.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
3. Составьте план дополнительного обследования
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
5. Определите тактику хирургического лечения

Ситуационная задача 4

Пациент 41 год, ИМТ 23,0 кг/м². Жалуется на распирающие боли в области ануса, которые усиливаются в положении сидя, озноб. Указанные жалобы беспокоят в течение 5 часов. Доставлен СМП в хирургический стационар для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Общее средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледнорозовой окраски. ЧДД 17 /мин. АД 130/71 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Т тела 38,1С. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Стул самостоятельный, без патологических примесей. При осмотре перианальной области: анальный рефлекс повышен. На 8 часах, в 1см от ануса, в мягких тканях определяется плотный инфильтрат до 5 см в диаметре. Наружный свищевой ход достоверно не определяется. Кожа над инфильтратом гиперемирована, при пальпации болевой синдром. Симптом флюктуации положительный. Локальная температура повышена. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера повышен, имеется выбухание слизистой на 6 часах. Пальпаторно определяется внутреннее свищевое отверстие на 6 часах, на 3см от ануса. На перчатке - следы гноя. Аноскопия не проводилась из-за выраженного болевого синдрома.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
3. Определите тактику хирургического лечения
4. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
5. Какие особенности ведения пациента в раннем послеоперационном периоде

Ситуационная задача 5

Пациент 30 лет, ИМТ 20 кг/м². Жалобы на наличие отверстия в перианальной области, из которого периодически выделяется гнойное содержимое. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 месяцев. 6 месяцев назад перенес вскрытие парапроктита. Явился в КДО стационара по направлению из поликлиники для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ЧДД 16 /мин. АД 127/78 мм рт.ст. Пульс 84 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д. При осмотре перианальной области: анальный рефлекс сохранён. На 8 часах, 1 см от края ануса имеется линейный п/о рубец 1,5см. В центре рубца - наружное свищевое отверстие диаметром около 3мм. При надавливании - выделяется незначительное количество гноя. Симптом флюктуации отрицательный. Локальная температура не повышена. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, волевые усилия удовлетворительные, в анальном канале, на 6 часах, на 2 см от края ануса определяется углубление. На перчатке - следы кала. При аноскопии слизистая анального канала и нижеампулярного отдела не изменены, на 6 часах, на 2 см от края ануса отёчная и гиперемированная анальная крипта.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
3. Составьте план дополнительного обследования
4. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
5. Определите тактику хирургического лечения

Ситуационная задача 6

Пациент 45 лет, ИМТ 22 кг/м². Жалобы на боль животе, слабость. Со слов, 8 часов назад в коммерческом центре была выполнена колоноскопия под седацией, по протоколу исследования был удален полип 0,8 см в поперечной ободочной кишке. Боли в животе возникли час назад. Доставлен СМП в хирургический стационар для дальнейшего лечения. При осмотре: Объективно: состоянии средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧДД 17 /мин. АД 132/78 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин, ритмичный. Живот не вздут, мягкий болезненный в эпигастрии. Напряжение мышц передней брюшной стенки в верхних отделах. Перитонеальные симптомы слабо положительные. Дизурии нет. Стула после колоноскопии не было. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера достаточный; на высоте пальца патологии не определяется. На перчатке – следы кала, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
4. Определите тактику хирургического лечения

Ситуационная задача 7

Мужчина 55 лет, доставлен в хирургическую клинику в экстренном порядке с массивным кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. До этого эпизода жалоб на состояние здоровья не было. В момент госпитализации признаков продолжающегося кровотечения нет. Нв 90 г/л, АД 120/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Какие заболевания могут сопровождаться такой симптоматикой
2. С чего следует начать обследование
3. Какие исследования необходимы для уточнения источника кровотечения

Ситуационная задача 8

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3-х лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшилось, появились схваткообразные боли в животе, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и без разрешения врача ушел домой. Через 5 часов был доставлен вновь с явлениями перитонита.

Вопросы:

1. Какие осложнения могут возникнуть при самопроизвольном или насильственном вправлении ущемленной грыжи.
2. Методы диагностики осложнений.
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 9

Больная 45 лет поступила в клинику с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость. Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда на фоне запоров у больной периодически стало отмечаться вздутие живота, боли внизу живота, задержка газов и стула. Больная принимала слабительные средства, иногда ставила клизмы. Объективно: живот умеренно вздут, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается. Симптом Склярова-Матье отрицательный. При перкуссии – тимпанит. Симптом раздражения брюшины отрицательный. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Больной сделана очистительная клизма. После нее отмечался обильный стул, отошли газы. Больная стала чувствовать себя лучше, была

выписана домой. После выписки из больницы больная продолжала жаловаться на общую слабость, упорные запоры, вздутие живота, периодически схваткообразные боли внизу живота. Больная поступила в клинику повторно с аналогичной клинической картиной.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие врачебные ошибки были допущены при первом поступлении больной в клинику
3. План обследования больной

Ситуационная задача 10

Больной С., 46 лет, после акта дефекации отмечает дискомфорт, зуд, а области ануса, помарки крови на туалетной бумаге. 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.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Приведите классификацию этого заболевания согласно локализации патологического процесса.
4. Составьте план дополнительного обследования пациента, необходимый для уточнения диагноза.

Ситуационная задача 11

Больной З., 18 лет предъявляет жалобы на интенсивные, острые боли в области промежности, усиливающиеся при натуживании, акте дефекации, повышение Т тела до 39,0, озноб. При осмотре анальной области отмечается гиперемия кожи справа от ануса, отечность и выбухание тканей, при пальпации резкая болезненность и флюктуация.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания в зависимости от локализации.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Какова хирургическая тактика лечения данного пациента.

Ситуационная задача 12

Больной И., 30 лет, предъявляет жалобы на наличие свища с гнойным отделением в области промежности, существующего около года. При осмотре, на коже промежности обнаружен свищ с небольшим гнойным отделяемым и мацерацией кожи вокруг него. При пальпации выявляется в подкожной клетчатке плотный тяж.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Назначьте обследование пациенту.
4. Какие виды оперативного пособия возможны при данной патологии.

Ситуационная задача 13

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.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания.

3. Определите тактику лечения.
4. Какие возможны варианты оперативного лечения при неэффективности консервативной терапии.

Ситуационная задача 14

Больной Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки в ампулярном ее отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Определите лечебную тактику в данном случае.
4. Назовите возможные варианты оперативного лечения данной патологии.

Ситуационная задача 15

Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры, сменяющиеся поносами. При исследовании recti gestum на расстоянии 8 см от ануса на 6 часах определяется нижний край бугристого опухолевидного образования плотной консистенции, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки, контактно кровоточит.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования пациента.
3. Назовите возможные варианты оперативного лечения данной нозологии.
4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае.

Ситуационная задача 16

Больной С., 55 лет, предъявляет жалобы на боли постоянного характера в области заднего прохода, усиливающиеся перед актом дефекации, с выделением незначительного количества крови, гноя и слизи. Кал лентовидной формы. Болен в течение 1,5 лет, когда впервые появились боли при акте дефекации, по поводу которых больной никуда не обращался, самостоятельно не лечился. При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 4 см от сфинктера обнаружено образование до 5 см в диаметре, бугристое, распространяющееся на 2/3 полуокружности ампулы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования больного.
4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае.

Ситуационная задача 17

У больного А., 42 лет длительно страдающего запорами, в момент дефекации возникают режущие боли в области заднего прохода, иррадиирующие в промежность. После дефекации незначительное кровотечение в виде полос на поверхности кала. При объективном исследовании в области задней комиссуры видна рана, располагающаяся в продольном направлении, длиной 1,3-1,5 см края ее плотные, дно покрыто грануляциями.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
3. Назначьте план обследования больного.
4. Укажите тактику лечения данного больного?

Ситуационная задача 18

Больной 18 лет предъявляет жалобы на боли в межъягодичной области. При осмотре кожа в крестцово-копчиковой области гиперемирована, отечна, при пальпации резко болезненна, в центре гиперемии имеется точечное отверстие пропускающее головку пуговчатого зонда, при надавливании на окружающие ткани из отверстия выделяется гной.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования больного.
3. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 19

Больной 44 лет, поступил в клинику с жалобами на частый стул до 20 раз в сутки, с примесью крови, температура 38^oC, боли в левой подвздошной области. Заболел остро 5 дней назад, когда появились ноющие боли в животе, затем боли усилились, стали в основном локализоваться в левой половине живота, появились тенезмы, жидкий стул с примесью крови до 20 раз в сутки, температура повысилась до 38^oC. Появились общая слабость, недомогание. Объективно: кожный покров и видимые слизистые бледные, пульс 90 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серовато-белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный по ходу ободочной кишки, кишечная перистальтика прослушивается. Ректороманоскопия: тонус сфинктера снижен, слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, в просвете много слизи, имеются поверхностные разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение ободочной кишки, на фоне которого возникают циркулярные спастические сокращения. Анализ крови: Нв 110 г/л, лейкоцитов 15,0x10⁹/л, сдвиг формулы влево, СОЭ 30 мм/час. Бактериологическое исследование кала – дизентерийных бактерий, амёб не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 20

Больной 50 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, недомогание поносы. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появились боли в правой половине живота, субфебрильная температура, недомогание, частый жидкий стул до 8 раз в сутки. Объективно: пульс 84 в мин., ритмичный удовлетворительных качеств. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный чистый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное болезненное, малоподвижное опухолевидное образование 5,0x4,0см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптомы Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Образцова отрицательные. При колоноскопии выявлены язвы в виде продольных щелей, глубокие, слизистая между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулематозного воспаления.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 2. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
2. Определите тактику лечения.