

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени  
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

*Баймухамедов*  
« 02 » \_\_\_\_\_ 2025 г.

Номер внутриуниверситетской регистрации  
\_\_\_\_\_



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.55 – РФ, 094 - КР

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

(специальность)

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

на заседании кафедры  
Общей и факультетской хирургии

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

*Осмонов*

«5» сентября 2025 г.

Бишкек 2025

**Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098 и Постановление Правительства КР №303 от 31.07.2007г.**

**Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена**

**Программу составили:**

**Мадаминов Абдумуталиб Моминович, д.м.н., профессор,  
Осмонов Талгат Абдуллаевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей и  
факультетской хирургии**

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ</b>	<b>4</b>
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой Аттестации	5
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой Аттестации	6
<b>2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ</b>	<b>10</b>
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную Аттестацию	10
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	13
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	25
<b>3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>69</b>

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

### Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - 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.

### Профессиональные

#### **Профилактическая деятельность:**

(ПК-1) - 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-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

#### **Диагностическая деятельность:**

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

#### **Лечебная деятельность:**

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

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

#### **Реабилитационная деятельность:**

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

**Психолого-педагогическая деятельность:**

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

**Организационно-управленческая деятельность:**

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

### **1.1. Цель государственного экзамена**

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.55 колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.55 Колопроктологияология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098

### **1.2. Порядок проведения государственного экзамена**

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три

- этапа: 1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

**Тестирование** проводится в форме бланочного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

**Сформированность практических умений и навыков** проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделении проктологии.

Клинический разбор больного необходимо проводить по следующей схеме плана обследования колопроктологического больного:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Наружный осмотр области живота, крестцово-копчиковой области, промежности.
3. Пальпация области живота, крестцово-копчиковой области, промежности.
4. Пальцевое исследование прямой кишки.
5. Эндоскопия:
  - а) аноскопия: оценка состояния слизистой оболочки анального канала;
  - б) ректоскопия: оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки;
  - в) колоноскопия: оценка состояния слизистой оболочки толстой кишки.
6. Рентгенологические методы:
  - а) ирригоскопия: изучение состояния толстой кишки.
  - б) фистулография: изучение состояния свищевого хода.
7. Сфинктерометрия: изучение тонуса анального сфинктера.

**Собеседование** проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.55 Колопроктология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

### **1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.55. Колопроктология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - колопроктолога в соответствии с формируемыми компетенциями:

#### 1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильный ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

#### 2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и при необходимости эндоскопическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

**Отлично** - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
  - Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
  - Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
  - Организует необходимую и адекватную колопроктологическую помощь;
  - Быстро и профессионально оказывает неотложную колопроктологическую помощь.
  - Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи
- Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования колопроктологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных колопроктологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе колопроктологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

**Хорошо** - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
  - Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
  - Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
  - Не совсем правильно организует необходимую и адекватную колопроктологическую помощь;
  - Не вполне профессионально оказывает неотложную колопроктологическую помощь.
  - Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи
- Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования колопроктологических больных и интерпретации

результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных колопроктологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе колопроктологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

**Удовлетворительно** - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организывает необходимую и адекватную колопроктологическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную колопроктологическую помощь.

• Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и слабо умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования колопроктологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных колопроктологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе колопроктологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

**Неудовлетворительно** - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

### 3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам колопроктологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

*При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:*

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

*При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:*

1. Правильность постановки диагноза

2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
  - Функциональное и социальное значение органов брюшной полости и таза для человека.
  - Клиническую анатомию и физиологию органов брюшной полости и таза;
  - Методики исследования состояния и функций органов брюшной полости и таза;
  - Симптоматологию заболеваний органов брюшной полости и таза;
  - Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.
- Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органов брюшной полости и таза для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов брюшной полости и таза;
- Методики исследования состояния и функций органов брюшной полости и таза;
- Симптоматологию заболеваний органов брюшной полости и таза;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органов брюшной полости и таза для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов брюшной полости и таза;
- Методики исследования состояния и функций органов брюшной полости и таза;
- Симптоматологию заболеваний органов брюшной полости и таза;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **неудовлетворительно** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности «Колопроктология».

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-колопроктолог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-колопроктолог”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию:

1. Организация колопроктологической помощи населению.
2. Развитие колопроктологии как самостоятельной дисциплины
3. Этапы развития отечественной колопроктологии.
4. Перспективы развития колопроктологии.
5. Медицинская психология.
6. Этика и деонтология.
7. Правовые основы здравоохранения.
8. Страховая медицина.
9. Общеклиническая и лабораторная диагностика колопроктологических заболеваний.
10. Инструментальные методы диагностики колопроктологических заболеваний.
11. Семиотика заболеваний ободочной кишки.
12. Семиотика заболеваний прямой кишки.
13. Семиотика заболеваний анального канала.
14. Семиотика заболеваний перианальной области.
15. Этиопатогенез геморроя.
16. Клинические проявления и классификация геморроя.
17. Диагностика геморроя.
18. Осложненное течение геморроя.
19. Консервативное лечение геморроя.
20. Оперативное лечение геморроя.
21. Малоинвазивные методы лечения геморроя.
22. Этиопатогенез анальной трещины.
23. Клинические проявления и классификация анальной трещины.
24. Диагностика анальной трещины.
25. Осложненное течение анальной трещины.
26. Консервативное лечение анальной трещины.
27. Оперативное лечение анальной трещины.
28. Малоинвазивные методы лечения анальной трещины.
29. Острый парапроктит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Оперативные вмешательства при остром парапроктите.
31. Ведение послеоперационного периода.
32. Осложнения острого парапроктита.
33. Хронический парапроктит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
34. Классификация параректальных свищей.
35. Методы оперативного лечения параректальных свищей.
36. Ведение послеоперационного периода у больных перенесших операционное вмешательство по поводу параректального свища.
37. Тактика при послеоперационных гнойных осложнениях у больных перенесших операционное вмешательство по поводу параректального свища.
38. Этиопатогенез эпителиального копчикового хода.
39. Патологическая анатомия эпителиального копчикового хода.
40. Клиническая картина и методы диагностики эпителиального копчикового хода.

41. Осложнения эпителиального копчикового хода.
42. Хирургическая тактика при осложненном и неосложненном течении эпителиального копчикового хода.
43. Недостаточность анального сфинктера.
44. Этиология и механизмы формирования недостаточности анального сфинктера.
45. Методы диагностики и классификация недостаточности анального сфинктера.
46. Методы консервативной терапии недостаточности анального сфинктера.
47. Хирургическое лечение инконтиненции.
48. Осмотр промежности и перианальной области.
49. Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия.
50. Ректароманоскопия.
51. Сфинктерометрия.
52. Фистулография.
53. Ирригоскопия.
54. Колоноскопия.
55. Патогенез и классификация выпадений прямой кишки.
56. Методы консервативной терапии выпадений прямой кишки.
57. Хирургическое лечение выпадений прямой кишки.
58. Тактика колопроктолога при лечении больных старческого возраста, страдающих выпадением прямой кишки.
59. Совместное ведение и обследование женщин с ректоцеле, выявление сопутствующей гинекологической патологии.
60. Методы консервативной терапии ректоцеле.
61. Хирургическое лечение ректоцеле.
62. Малоинвазивные аппаратные резекции стенки прямой кишки при ректоцеле.
63. Ректоцеле. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Диагностика.
64. Вопросы этиопатогенеза и особенностей формирования ректовагинальных свищей.
65. Клинические проявления и классификация ректовагинальных свищей.
66. Методы инструментальной диагностики ректовагинального свища.
67. Методы хирургического лечения ректовагинальных свищей.
68. Особенности ведения послеоперационного периода у больных перенесших операционные вмешательства по поводу ректовагинального свища.
69. Повреждение и инородные тела толстой кишки.
70. Наиболее частые механизмы травмы толстой кишки.
71. Методы инструментальной диагностики повреждений толстой кишки.
72. Хирургическое лечение повреждений толстой кишки, показания к наложению колостомы.
73. Диагностическая тактика хирурга при выявлении инородного тела толстой кишки.
74. Способы удаления инородных тел при повреждениях толстой кишки.
75. Классификация повреждений толстой кишки.
76. Клиника. Диагностика инородных тел при повреждениях толстой кишки.
77. Этиология, патогенез синдрома раздраженной толстой кишки.
78. Клиника синдрома раздраженной толстой кишки.
79. Диагностика и лечение синдрома раздраженной толстой кишки.
80. Актуальность проблемы болезни Гиршпрунга.
81. Этиология и патогенез болезни Гиршпрунга.
82. Клиника и диагностика болезни Гиршпрунга.
83. Методы оперативного лечения болезни Гиршпрунга.
84. Механизмы формирования дивертикулярной болезни толстой кишки.
85. Клиническое течение дивертикулярной болезни толстой кишки.

86. Диагностика неосложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки.
87. Методы инструментальной диагностики осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки.
88. Хирургическое лечение дивертикулярной болезни толстой кишки, показания к наложению колостомы.
89. Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита.
90. Клиническое течение неспецифического язвенного колита.
91. Диагностика неспецифического язвенного колита.
92. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита.
93. Осложнения неспецифического язвенного колита.
94. Диагностика осложнений неспецифического язвенного колита.
95. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита.
96. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита.
97. Отдаленные результаты хирургического лечения неспецифического язвенного колита.
98. Этиология, патогенез болезни Крона.
99. Патологическая анатомия и классификация болезни Крона.
100. Клиника: общие и местные симптомы болезни Крона.
101. Осложнения болезни Крона.
102. Диагностика неосложненной и осложненной болезни Крона.
103. Медикаментозное лечение болезни Крона.
104. Хирургическое лечение неосложненных форм болезни Крона.
105. Хирургическое лечение осложненной болезни Крона.
106. Послеоперационные осложнения у больных, перенесших операционное вмешательство по поводу болезни Крона.
107. Определение, этиология, патогенез ишемического колита.
108. Патологическая анатомия, клиника ишемического колита.
109. Диагностика и лечение ишемического колита.
110. Этиология, патогенез псевдомембранозного колита.
111. Патологическая анатомия, клиника псевдомембранозного колита.
112. Диагностика и лечение псевдомембранозного колита.
113. Классификация неэпителиальных опухолей толстой кишки.
114. Алгоритм диагностических мероприятий при неэпителиальных опухолях толстой кишки.
115. Тактика колопроктолога при выявлении неэпителиальной опухоли толстой кишки.
116. Тератомы параректальной клетчатки: этиология и патогенез, клиника.
117. Тератомы параректальной клетчатки: диагностика и оперативные методы лечения.
118. Клиника, диагностика, лечение полипов и полипозных синдромов толстой кишки.
119. Рак прямой кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
120. Этиология, патогенез, классификация рака прямой кишки.
121. Клиника рака прямой кишки.
122. Диагностика рака прямой кишки.
123. Хирургическое лечение рака прямой кишки.
124. Комбинированное лечение рака прямой кишки.
125. Комплексное лечение рака прямой кишки.
126. Актуальность проблемы рака анального канала.
127. Этиология и патогенез рака анального канала.
128. Клиника и диагностика рака анального канала.
129. Планирование объема хирургического вмешательства при раке анального канала.
130. Предоперационная подготовка больного с раком анального канала.
131. Варианты оперативного лечения при раке анального канала.

132. Первичная и отсроченная хирургическая реабилитация больных раком анального канала.
133. Этиология, патогенез, классификация рака ободочной кишки.
134. Клиника рака ободочной кишки.
135. Лапороскопические операции на толстой кишке.
136. Диагностические методы выявления рака ободочной кишки.
137. Алгоритм диагностических мероприятий при раке ободочной кишки.
138. Предоперационная подготовка больных раком ободочной кишки.
139. Общие принципы хирургического лечения рака ободочной кишки.
140. Хирургическое лечение рака ободочной кишки.
141. Комбинированное и комплексное лечение рака ободочной кишки.
142. Лечение осложненных форм рака толстой кишки.

## **2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию:**

Задача №1. Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три года узлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 35 лет отмечаются частые кровотечения алой кровью при акте дефекации. Проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены внутренние геморроидальные узлы, выпадающие из анального канала при натуживании, которые самостоятельно вправляются. Наружные геморроидальные узлы не увеличены.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. У больного 22 лет периодически появляется выделение алой крови при пальцевом исследовании прямой кишки, аноскопии и смгиоидоскопии. Выявлены геморроидальные узлы с гиперемированной слизистой, слегка пролабирующие в просвет кишки.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №4. У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №5. Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение назначите больному?

Задача №6. Больная 45 лет поступила в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

1. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
2. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №7. Больной 23 года, после родов была задержка стула на 3 суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3-4 часа после нее. Возникла стулострашность. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми, мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №8. Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания когда появились боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38 °С.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №9. Больной 63 года, в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице, внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39-40 °С. В периферической крови лейкоцитоз до  $18 \cdot 10^{12}$  со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяются высоко край инфильтрата, здесь же при ректороманоскопии в ампулярном отделе прямой кишки видна отечная, гиперемированная слизистая, кровоточивая при контакте с тубусом ректоскопа.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?

Задача №10. Больной 60 лет, болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 39-40 °С, резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10 см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №11. Больной 27 лет, поступил с жалобами на наличие свища в перианальной области с гнойными выделениями. Четыре месяца назад была припухлость и болезненность в области ануса, повышенная температура, затем появились гнойные выделения. В виду значительного улучшения своего состояния за медицинской помощью в то время не обращался.

1. Какое заболевание имеется у больного?
2. Какие методы обследования необходимо применять?
3. Как будете лечить больного?

Задача №12. Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры до 38 °С. Болеет в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2 см, гиперемия кожи, болезненность, здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больной?

Задача №13. У больного 23 лет в течение 5 лет периодически появляется припухлость в области копчика, болезненность, повышение температуры до 38 °С, слизисто-гнойные выделения. Последнее обострение 3 месяца назад. При осмотре в области межъягодичной складки видны три воронкообразных втяжения кожи диаметром до 3 мм. Из одного из них торчит пучок волос.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Какое лечение показано больной?

Задача №14. У подростка 14 лет мать случайно обнаружила воронкообразные втяжения кожи в области копчика, из одного у которых торчит пучок волос. Никаких жалоб ребенок не предъявляет, чувствует себя здоровым.

1. Какое заболевание можно заподозрить у подростка?
2. Какова лечебная тактика в данном случае?

Задача №15. Больная 34 лет многократно оперирована по поводу хронического парапроктита, но без эффекта. Направлена хирургом в специализированное отделение по поводу очередного рецидива заболевания. При осмотре на промежности рубцовые

изменения от ранее перенесенных операций, имеется свищ в перианальной области с крошкообразным, замазкообразным отделяемым. При пальцевом исследовании прямой кишки над анальным каналом пальпируется на задней стенке округлое образование тугоэластической консистенции, диаметром около 4 см.

1. Какое заболевание можно заподозрить у больной?
2. Какие методы обследования необходимо применить для установления правильного диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №16. У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

Задача №17. Больной 42 лет поступил в клинику через 3 суток от начала заболевания с резкими болями в прямой кишке, небольшое повышение температуры. При пальцевом исследовании и аноскопии выявлено уплотнение и болезненность в области задней крипты, гиперемия, отечность ее, наличие гноя.

1. Какое заболевание отмечается у больного?
2. Какое лечение показано больному?

Задача №18. У больного 58 лет периодически возникают боли в прямой кишке, усиливающиеся при дефекации, отмечается чувство инородного тела. Консультирован колопроктологом. Выявлен увеличенный набухший вогнутый анальный сосочек длиной до одного см, выпадающий из анального канала.

1. Какое заболевание имеется у больного?
2. Какое лечение показано больному?

Задача №19. Больной 18 лет обратился к колопроктологу по поводу остроконечных бородавчатых разрастаний в перианальной области. Обследован – выявлены остроконечные перианальные кондиломы в виде цветной капусты в большом количестве.

1. Какие методы обследования были проведены больному для установления диагноза?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №20. У женщины 34 лет диагностированы остроконечные перианальные кондиломы. Кондиломы единичные, размером до 3-4 мм.

1. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №21. Больная 17 лет пришла на прием с мамой к колопроктологу. Жалуется на наличие разрастаний на коже вокруг заднего прохода, мокнутие. При осмотре выявлены плоские, широкие кондиломы на перианальной коже. До этого была случайно половая связь.

1. Какое заболевание можно заподозрить у больной?
2. Какие методы обследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
3. У какого специалиста по профилю должна проходить лечение больная?

Задача №22. У больного 43 лет отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов после малейшей физической нагрузки, которые требуют ручного вправления. Имеются также увеличенные наружные геморроидальные узлы. Периодически наблюдаются выделения алой крови в конце акта дефекации. Болен в течение 5 лет. Последний год присоединился анальный зуд, который принял упорное течение и доводит больного до раздражительности.

1. Какова вероятная причина анального зуда в конкретном случае?
2. Какие методы обследования следует провести больному?
3. Какое лечение показано больному?

Задача №23. Больная 59 лет страдает зудом кожи в области заднего прохода. В течение полугода отмечает сухость во рту, жажду (особенно по ночам), затем присоединился зуд. Данные явления появились после употребления большого количества меда за короткий промежуток времени (занимался самолечением).

1. Какое заболевание имеется у больной?
2. Какие методы обследования необходимо провести больной?
3. Каков ваш взгляд на причину анального зуда?

Задача №24. На прием обратилась женщина 42 года с жалобами на чувство затруднения и неполного опорожнения прямой кишки во время акта дефекации. Вынуждена длительно натуживаться, сжимать бедра и надавливать на заднюю стенку влагалища при акте дефекации. В анамнезе тяжелые роды с разрывом промежности. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 4 лет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется выпячивание в виде кармана, которое доходит до уровня преддверия влагалища.

1. Какое заболевание имеется у больной?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано больной?

Задача №25. Больной 65 лет поступил в клинику с ущемленной выпавшей прямой кишкой. С момента ущемления прошло 12 часов. При осмотре кишка жизнеспособна. Попытка вправления, предпринятая дежурным хирургом после введения промедола больному, оказалась безуспешной.

1. Ваши действия?
2. Какой метод обезболивания следует применить больному?

Задача №26. Больной 60 лет обратился в клинику с жалобами на выпадение прямой кишки после акта дефекации и после физической нагрузки. Кишку легко вправляет сам. Болен в течение 10 лет. Других серьезных заболеваний не было.

1. Какие специальные методы обследования следует применить больному?
2. Какое лечение показано больному?

Задача №27. Больной 52 лет поступил в клинику с ущемлением выпавшей прямой кишки. С момента ущемления прошло 18 часов. Кишка резко отечна, гиперемирована, слизистая с единичными точечными участками некроза. Перитонита нет.

1. Ваши действия?

Задача №28. У больной 34 лет в анамнезе травма прямой кишки. Предъявляет жалобы на недержание газов и жидкого кала. При обследовании выявлен дефект сфинктера прямой кишки несколько больше одной четверти.

1. Какие методы обследования необходимо провести для установления диагноза?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №29. Больной 19 лет в детстве перенес операцию типа Соаве по поводу болезни Гиришпрунга. В настоящее время отмечает периодическое недержание газов. При обследовании выявлены легкая степень анальной инконтиненции.

1. Какое лечение показано больному?

Задача №30. На прием к колопроктологу обратилась мама с сыном 6,5 лет, которому предстоит идти в школу. В пятилетнем возрасте у мальчика был перелом голени, по поводу которого находился на манжеточном вытяжении. В это время произошла задержка стула на 5 суток, на которую не обратили внимания, после чего сформировался рефлекс отсутствия позывов на дефекацию. Дефекация стала проходить при переполнении прямой кишки, обычно через 5-7 суток, с неудержанием кала и пачканием белья. Ребенок психически здоров, но анестезирован. При обследовании грубой патологии со стороны кишечника и замыкательного аппарата прямой кишки не выявлено. Проведена переориентация ребенка на ежедневный акт дефекации, которая постепенно дала хороший результат. Стал свободно посещать школу.

1. Какой характер носит в данном случае анальная инконтиненция (неорганический или органический)?

Задача №31. Здоровый ребенок 5,5 лет ходит на горшок в туалетную комнату с книгами. Акт дефекации длится 10-15 минут, двумя порциями. Во время дефекации

рассматривает и читает книги. При попытках отнимания книг капризничает и делается крайне недовольным. Данная привычка приобретена от отца.

1. Какой характер носит акт дефекации у ребенка?
2. Какие врачебные рекомендации необходима дать родителям и ребенку?

Задача №32. Больная 28 лет обратилась к врачу с жалобами на частый жидкий стул до 12 раз в сутки с примесью крови, слизи, боли в животе, повышенную температуру, потерю веса. Больна в течение 3 недель после перенесенного стресса. При осмотре анемична, пальпаторно небольшая болезненность по ходу толстой кишки.

1. Предположительно о каких заболеваниях можно думать у больной?
2. Какие методы обследования следует применить?

Задача №33. У больного 45 лет, страдающего среднетяжелой формой ЯК, при лечении обострения аminosалицилатами в течении 2 недель не дали желаемого эффекта.

1. Какое лечение следует применить больному?

Задача №34. У больной 42 лет, страдающей тяжелой формой ЯК, на фоне обострения заболевания произошла резкое ухудшение состояния. Отмечается сильное вздутие живота и асимметрия брюшной стенки. Перистальтика кишечника отсутствует, число дефекаций значительно уменьшилось. Температура 39°C.

1. Какое осложнение ЯК следует заподозрить?
2. Какое исследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение следует предпринять?

Задача №35. У больного, страдающего тяжелой формой язвенного колита, через час от момента наступления острой токсической дилатации толстой кишки открылось профузное толстокишечное кровотечение с выделением алой крови. Проводимая интенсивная терапия в течение 2 часов без эффекта.

1. Чем обусловлено появление кровотечения?
2. Какое лечение следует применить больному?
3. Какая операция является методом выбора для лечения данных опасных для жизни осложнений?

Задача №36. У больного 44 лет, страдающего длительное время язвенным колитом, наступило резкое ухудшение на фоне обострения болезни. Усилились боли в животе, перкуторно отмечается отсутствие печеночной тупости, боли в животе стали носить разлитой характер, появились симптомы раздражения брюшины.

1. Какое осложнение ЛК наступило у больного?
2. Какими диагностическими методами можно подтвердить диагноз?
3. Как будете лечить больного?

Задача №37. Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и перед дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10 раз в сутки с примесью крови. Данные

явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта. При осмотре – бледность и сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой кишки - стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки малоболезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.

1. Какое заболевание у больного?

Задача №38. У больной 22 лет с жалобами на слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в животе, учащение стула до 6 раз в сутки при ирригоскопии кишечника выявлены следующие признаки: -сегментарность поражения толстой кишки;  
-наличие нормальных участков кишки между пораженными сегментами;  
-неровный контур кишки;  
-продольные язвы и рельеф слизистой, напоминающий "булыжную мостовую".

1. Какое заболевание у больной?

Задача №39. У больной 62 лет, длительно страдающей болезнью Крона, в течение последних 3 месяцев отмечаются периодически схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов, запоры, метеоризм. Проведенное рентгенологическое исследование толстой кишки /ретроградная ирригоскопия/ выявила сегментарное сужение поперечной - ободочной кишки.

1. О каком осложнении заболевания идет речь?
2. Какие дополнительные методы исследования следует применить?
3. Какое лечение следует предпринять?

Задача №40. У больной 66 лет с бессимптомным дивертикулезом сигмовидной кишки (который был выявлен случайно при ирригографии 3 года назад), на фоне запора появились боли в левой подвздошной области тянущего характера, высокая температура до 39.0. Через четыре дня от начала заболевания отмечается резкое усиление болей, которые стали носить кинжальный характер. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику. При осмотре положение вынужденное, резкая болезненность в левой половине живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Какое осложнение наступило у больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для диагностики осложнения?
3. Какое лечение следует предпринять. Какое оперативное вмешательство является методом выбора в данном случае?

Задача №41. У больной 72 лет, страдающей дивертикулярной болезнью левой половины ободочной кишки, после обострения заболевания появились жалобы на выделение газа, а иногда и кала, при мочеиспускании. При тугом наполнении кишки бариевой взвесью отмечается поступление ее в мочевой пузырь,

1. Какое осложнение болезни наступило у больной?
2. Какое лечение необходимо провести?

Задача №42. У больного, страдающего дивертикулезом правой половины толстой кишки, периодически отмечаются толстокишечные кровотечения. Последние удавалось купировать консервативно. Поступил в клинику с профузным кровотечением, выделением через задний проход большого количества алой крови, низким кровяным давлением, сниженными показателями периферической крови /эритроциты  $2,0 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 32 г/л, гематокрит- 0,22/. Интенсивная терапия в течение двух часов с включением переливания крови, кровезаменителей, гемостатиков без эффекта.

1. Какое лечение примените больному?

Задача №43. У больного 44 лет, страдающего геморроем, при проведении ректороманоскопии выявлен полип диаметром 0,6 см на узкой ножке на высоте 12 см.

1. Ваши действия?

Задача №44. У больного 52 лет при проведении ректороманоскопии случайно выявлены групповые полипы (три) - один на высоте 8 см, второй на высоте 12 см, третий на высоте 20 см. Размер полипов от 0,6 до 0,8 см в диаметре.

1. Ваши действия?

Задача №45. У больной 38 лет при проведении ректоскопии, выявлен полип на широком основании на высоте 5 см от края заднего прохода. Размер полипа 2 на 2 см, гистологическое заключение аденопапилома.

1. Ваши действия?

Задача №46. У больного 52 лет появились жалобы на периодические выделения слизи, темно-вишневого цвета крови из заднего прохода. Обследован - проведена ФКС, которая выявила полип в поперечной - ободочной кишке размерами 3 на 2 см. Взята биопсия, гистологическое заключение биоптата - ворсинчатая опухоль толстой кишки.

1. Какое лечение показано больному?

Задача №47. У больного 16 лет в течение полугода отмечаются боли в животе, примеси крови и слизи в кале, поносы до 6 раз в сутки, быстрая утомляемость при физической и умственной нагрузке. При осмотре бледность кожи и слизистых покровов, задержка вторичных половых признаков, отставание в весе. При пальцевом исследовании в прямой кишке несколько полипов диаметром около 1 см.

2. О каком заболевании у больного необходимо думать?

3. Какое обследование необходимо провести больному?

Задача №48. У подростка 13 лет отмечается анемия неуточненной этиологии, отставание в физическом развитии. Год назад лечился от дизентерии, которая бактериально не была подтверждена. При ФГС выявлено несколько гиперпластических полипов.

1. Какое заболевание необходимо исключить у больного?

Задача №49. У больного 22 лет с диффузным полипозом имеются множественные полипы слепой и всех отделов ободочной кишки, часть которых озлокачествлена. В прямой кишке имеются несколько доброкачественных милиарных полипов.

1. Какое лечение показано больному?

2. Определите объем оперативного вмешательства данному больному?

Задача №50. Больной 39 лет лечился в течение месяца от геморроя у хирурга поликлиники. Пальцевое исследование и ректороманоскопия не проводились. Направлен на консультацию к колопроктологу, который при пальцевом исследовании прямой кишки выявил на высоте 5 см циркулярно расположенную, плотную, бугристую опухоль. Больной госпитализирован в специализированное отделение для дальнейшего обследования и лечения.

1. Какие диагностические ошибки были допущены хирургом поликлиники?
2. Какой тип операции возможно предстоит больному?

Задача №51. У больной 40 лет при ректоскопии выявлена опухоль, которая расположена на высоте 7 см, размером 1,5 см в диаметре на утолщенной ножке, подвижна. Гистологическое исследование биоптата - аденокарцинома с прорастанием только слизистой.

1. Какое оперативное лечение показано больной?

Задача №52. Больной 46 лет в течение четырех месяцев отмечает боли в прямой кишке, позывы на дефекацию, кровь и слизь в кале. Обратился к хирургу и гастроэнтерологу поликлиники. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Выявлен дисбиоз кишечника, по поводу которого назначено лечение. В виду неэффективности проводимой терапии назначена консультация колопроктолога. Произведена ректороманоскопия: на высоте 13 см от края перианальной кожи выявлена опухоль прямой кишки, взята биопсия. Гистологическое заключение – умеренно дифференцированная аденокарцинома. Госпитализирован в клинику. При дальнейшем обследовании данных за отдаленные метастазы - не получено.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами поликлиники?
2. Какой тип операции предстоит больному?

Задача №53. Больной 42 лет лечился у уролога от простатита в течение 3 месяцев. Эндоректально применялся аппарат теплового лечения ШЖ - 01 "Пра". Обследование больного было ограничено лишь пальцевым исследованием прямой кишки. В виду неэффективности лечения был консультирован колопроктологом. Выполнена ректороманоскопия - выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на высоте 11 см. Взята биопсия. Гистологическое заключение - низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. Данных за отдаленные метастазы не выявлено.

1. Какие ошибки были допущены врачом урологом?
2. Какой возможный тип операция предстоит больному?

Задача №54. Больная 55 лет в течение 2 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , 96 г/л. Наблюдалась у терапевта по месту жительства, проводилась ФГС, осматривалась гинекологом. Проводилось лечение витаминами, препаратами железа с незначительным эффектом. В виду сухого кашля, боли в грудной клетке под лопаткой произведена рентгенография легких, которая выявила одиночный метастаз в корень правого легкого диаметром до 2 см. При дальнейшем обследовании диагностирована опухоль левого изгиба ободочной кишки (гистологическое строение аденокарцинома). Метастазов в другие органы не обнаружено. Больная физически крепкая женщина, сохранна.

1. Какая ошибка допущена терапевтом поликлиники?
2. Какие методы обследования необходимо было провести в поликлинике?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №55. Больная 72 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, боли в правой половине живота. Заболела 9 месяцев назад, когда на фоне хорошего самочувствия появилось кровотечение с выделением темной крови со сгустками из прямой кишки. В течение 2 недель лечилась в ЦРБ, где проводилась гемостатическая и заместительная терапия. Выписана с диагнозом атрофический гастрит, гипохромная анемия. По просьбе родственников направлена на консультацию к гематологу в областную клиническую больницу, который при пальпации брюшной полости обнаружил опухоль восходящего отдела ободочной кишки. После дообследования была оперирована в колопроктологическом отделении клиники – выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу умеренно дифференцированной аденокарциномы восходящего отдела ободочной кишки. Выздоровление.

1. Какая диагностическая ошибка допущена хирургами ЦРБ?
2. Какие специальные методы обследования необходимо было провести в ЦРБ?

Задача №56. Больной 51 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на вздутие живота, схваткообразные боли, задержку кала и газов (только с очистительными клизмами). Болеет в течение 7 месяцев, лечился у терапевта и гастроэнтеролога поликлиники по поводу колита, дисбактериоза кишечника, но без значительного эффекта. За два месяца до поступления в клинику оперирован в городском хирургическом отделении по поводу свободной левосторонней паховой грыжи. Боли после операции остались такими же. Обследование толстой кишки не проводилось, включая даже пальцевое исследование прямой кишки. Похудел на 5 кг. Лишь через 7 месяцев от начала заболевания назначена консультация колопроктолога. В результате обследования выявлена слизистая аденокарцинома сигмовидной кишки. Оперирован - произведена резекция левого фланга ободочной кишки. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлены метастазы опухоли в лимфоузлах.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами до госпитализации больного в специализированное отделение?
2. Какие методы обследования необходимо было провести больному в поликлинике?
3. Какую терапию необходимо назначить больному после операции?

Задача №57. Больной 29 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на боли в левой половине живота, периодически функционирующий свищ в левой поясничной области. Четыре месяца назад в хирургическом отделении был вскрыт паранефрит, после чего сформировался свищ с выделением слизи, гноя, газов. Произведена фистулография, на которой отмечается попадание контраста в нисходящую ободочную кишку. При дальнейшем обследовании обнаружена аденокарцинома нисходящего отдела ободочной кишки. Оперирован. На операции: местно неудаляемая опухоль, прорастающая забрюшинную клетчатку с образованием свища, с метастазами в печени. Наложена обходной трансверзосигмоанастомоз.

1. Какое осложнение опухоли толстой кишки наступило у больного?
2. Какие методы обследования необходимо было провести больному в хирургическом отделении?

Задача №58. Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного стула и отхождения газов в течение недели (только с клизмой с небольшим эффектом), сильные боли в животе. Заболел три месяца назад, когда появились периодические схваткообразные боли в животе, вздутия, плохое отхождение газов и кала; резко похудел. За медицинской помощью не обращался. За 12 часов до поступления боли в животе резко усилились, стали носить постоянный характер,

появилась рвота. Врачебной бригадой скорой помощи госпитализирован в клинику. При осмотре состояние больного тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, в проекции сигмовидной кишки пальпируется болезненное опухолевидное образование размерами 5 на 7 см.

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №59. Больной 26 лет доставлен в клинику через 40 минут после получения огнестрельных пулевых ранений грудной клетки и живота из пистолета. Состояние больного тяжелое, шок. Имеется касательное пулевое ранение грудной клетки с повреждением ребра и пневмотораксом, а также сквозное пулевое проникающее ранение брюшной полости. Произведена первичная хирургическая обработка ран, дренирование плевральной полости двумя дренажами с помощью банок Боброва, срединная лапаротомия. Выявлено повреждение прямой кишки –дефект передней стенки в верхнем ампулярном отделе диаметром около 1,5 см, забрюшинная не пульсирующая гематома, краевое раздробление костей таза.

1. Укажите порядок оказания помощи больному?
2. Какую операцию необходимо провести больному на органах брюшной полости?

Задача №60. Больной 29 лет поступил в клинику через 6 час. после получения травмы прямой кишки сжатым воздухом при проведении дорожных работ. Бледен, беспокоен, отмечает сильные боли в животе, имеется частичное на одну треть повреждение сфинктера (место куда подводилась струя воздуха). После обследования выполнена срединная лапаротомия - выявлен разрыв верхнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 2см.

1. Какие методы обследования необходимо провести больному до операции для установления характера повреждений?
2. Какое оперативное пособие необходимо провести больному?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо продолжить в послеоперационном периоде?

Задача №61. У больного 59 лет после электрокоагуляции полипа прямой кишки на высоте 15 см появились боли в животе, холодный пот, тахикардия, тошнота. Данные явления отмечены через 30 минут после проведения манипуляции.

1. О каком осложнении необходимо подумать?
2. Какие диагностические обследования следует провести больному?
3. Какое лечение показано больному?

Задача №62. У больной 70 лет, страдающей геморроем, после очистительной клизмы с использованием стеклянного наконечника, появилось обильное выделение алой крови из прямой кишки. При осмотре отмечается головокружение, бледность кожи и слизистых покровов. Показатели эритроцитов и гемоглобина периферической крови снижены, соответственно до  $3 \cdot 10^{12}$  и до 68 г/л. При пальцевом обследовании в прямой кишке выявлена алая кровь.

1. О каком осложнении очистительной клизмы можно думать у больной?
2. Какие диагностические методы необходимо применить?
3. Какое лечение показано больной?

Задача №63. У больной 69 лет, страдающей пупочной грыжей, появились боли в грыжевом выпячивании. За медицинской помощью обратилась только через 1,5 суток, когда появилась краснота кожи над грыжевым выпячиванием. Хирургом ЦРБ диагностировано рожистое воспаление кожи живота и назначены повязки из материала красного цвета и толченый мел на кожу живота. Больная отправлена домой. В виду ухудшения состояния по скорой помощи госпитализирована в клинику. Выявлена ущемленная пупочная грыжа, каловая флегмона грыжевого мешка. В виду тяжести состояния экстренная операция ограничена вскрытием флегмоны, вследствие пристеночного ущемления поперечной ободочной кишки с некрозом стенки и образованием калового свища. Проводилась интенсивная терапия. Длительное лечение, сформировался толстокишечный полный свищ. В последующем произведено закрытие свища с ликвидацией грыжи. Выздоровление.

1. Какая ошибка допущена хирургом ЦРБ, и с чем она может быть связана?
2. Какую методику необходимо применить для закрытия свища?

Задача №64. Больной 27 лет поступил с ножевым проникающим ранением брюшной полости с повреждением передней стенки поперечной ободочной кишки, разлитым гнойным перитонитом. Произведена лапаротомия с выведением места повреждения на переднюю брюшную стенку в виде петлевой трансверзостомы. В последующем проводилась интенсивная терапия, программированный лаваж брюшной полости. Выписан в удовлетворительном состоянии с искусственно наложенной трансверзостомой.

1. Какое лечение предстоит в дальнейшем больному?
2. Какое обследование необходимо будет провести перед операцией по поводу кишечного свища?

Задача №65. Больной 63 лет, оперирован 2 года назад по поводу аденокарциномы прямой кишки, была выполнена операция типа Гартмана. Обследован - данных за рецидив и метастазы нет, культя прямой кишки длиной 9 см.

1. Какая реконструктивно - восстановительная операция предстоит больному?

### 2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

1 Общая длина толстой кишки:

- а) 1,75-2 м
- б) 2,5 м
- в) 1,5 м
- г) 1 м
- д) 3 м.

2 Основные отделы толстой кишки:

- А) подвздошная
- Б) ободочная, прямая
- В) тощая
- Г) тонкая
- Д) 12 перстная кишка

3 Для толстой кишки характерно:

- А) сероватый цвет, гаустры, teniae, жировые подвески
- Б) отсутствие teniae
- В) отсутствие гаустры
- Г) отсутствие жировых подвесок
- Д) розовый цвет

4 Ободочная кишка имеет следующие отделы:

- А) слепая, восходящая, поперечно ободочная, нисходящая, сигмовидная ободочная
- Б) тощая
- В) подвздошная
- Г) прямая и тонкая
- Д) 12 перстная кишка

5 Прямая кишка имеет следующие отделы:

- А) тазовый и промежностный
- Б) поперечно ободочный, селезеночный изгиб
- В) сигмовидный и нисходящий
- Г) подвздошная, тощая
- Д) восходящий, печеночный изгиб

6 Тазовый отдел прямой кишки состоит из :

- А) надампулярной и ампулярной частей
- Б) заднепроходного канала
- В) ректосигмоидного отдела
- Г) промежностного отдела
- Д) сигмовидной

7 Кровоснабжение толстой кишки осуществляется за счет:

- А) только верхней брыжеечной артерии
- Б) только нижней брыжеечной артерии
- В) верхней и нижней брыжеечных артерий
- Г) подвздошной артерии
- Д) левой желудочной артерии

8 Кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет:

- А) одной непарной артерией – верхней прямокишечной и двумя парными – средней прямокишечной и нижней прямокишечной артериями
- Б) за счет верхней брыжеечной артерии
- В) за счет бедренной артерии
- Г) за счет сигмовидной артерии
- Д) за счет правой толстокишечной артерии

9 В основе внутреннего геморроя лежит:

- А) расширения артерий прямой кишки
- Б) расширения средних прямокишечных вен

- В) расширения нижних прямокишечных вен
- Г) нарушение оттока крови по венам от кавернозных телец, располагающихся в стенке прямой кишки
- Д) расширения подкожных вен промежностей

10 Наиболее характерные жалобы больных при геморрое:

- А) понос
- Б) запоры
- В) вздутие живота и боли внизу живота
- Г) неприятные ощущения в области заднего прохода, легкий зуд, некоторое затруднение во время дефекации, кровотечение во время дефекации, выпадение внутренних геморроидальных узлов
- Д) рвота

11 Диагноз геморроя устанавливается :

- А) путем осмотра, пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии
- Б) ирригоскопии
- В) УЗИ
- Г) компьютерной томографии
- Д) лапароскопии

12 Наиболее частым осложнением геморроя является:

- А) парапроктит
- Б) рак
- В) кандиломатоз кожи анальной области
- Г) анемия
- Д) хронический комет

13 В начальных стадиях геморроя проводят:

- А) консервативное лечение или малоинвазивный метод лечения
- Б) оперативное лечение
- В) массаж
- Г) физиолечение
- Д) лазеротерапия

14 Показания для хирургического лечения геморроя:

- А) начальная форма геморроя
- Б) дискомфорт в области ануса
- В) развитие острого парапроктита
- Г) выпадение узлов, частые повторные обострения, кровотечения
- Д) запоры

15 Различают по клиническому течению следующие формы геморроя:

- А) острый, хронический
- Б) подострый
- В) рецидивирующий
- Г) смешанный
- Д) наружный

16 Наиболее распространенной операцией при геморрое является:

- А) операция Уайтхеда
- Б) операция Мартынова
- В) операция Субботина
- Г) геморроидэктомия по Миллигану – Моргану в модификации НИИ проктологии МЗ РФ
- Д) перевязка узлов

17 Когда возникает анальная трещина?

- А) анальная трещина возникает в результате повреждения слизистой оболочки заднепроходного канала при запорах и поносах
- Б) при нормальном стуле
- В) при наличии геморроя
- Г) при наличии парапроктита
- Д) при гастрите

18 Что собой представляет анальная трещина?

- А) анальная трещина представляет собой дефект стенки заднепроходного канала линейной или треугольной формы длиной 1 – 2 см
- Б) представляет собой дефект кожи промежности
- В) представляет собой эрозию слизистой оболочки прямой кишки
- Г) анальная трещина – это язва прямой кишки
- Д) воспаления прямой кишки

19 Наиболее часто анальная трещина локализуется на :

- А) 6 часах
- Б) 9 часах
- В) 12 часах
- Г) 3 часах
- Д) 10 часах

20 Клиническая картина анальной трещины:

- А) резкие болевые ощущения, спазм сфинктера заднего прохода, скудное кровотечение во время дефекации
- Б) понос
- В) запор
- Г) вздутие живота
- Д) тошнота

21 При острой анальной трещине проводят:

- А) консервативное лечение
- Б) иглотерапия
- В) физиолечение
- Г) только оперативное лечение
- Д) лазеротерапия

22 При хронической анальной трещине проводят:

- А) оперативное лечение
- Б) консервативное лечение
- В) микроклизмы с гипозолью
- Г) спирт- новокаиновые блокады
- Д) физиолечение

23 Что такое криптит?

- А) воспаление морганиевой крипты
- Б) воспаление толстой кишки
- В) воспаление прямой кишки
- Г) воспаление анальных сосочков
- Д) воспаление околопрямокишечной клетчатки

24 Симптомы криптита:

- А) недомогание
- Б) повышение температуры тела
- В) похудание
- Г) боль в заднем проходе, примесь крови к каловым массам, чувство дискомфорта, зуд в заднем проходе
- Д) тошнота, рвота

25 Что такое папиллит?

- А) воспаление анальных сосочков
- Б) воспаление прямой кишки
- В) воспаление морганиевой крипты
- Г) воспаление толстой кишки
- Д) воспаление околопрямокишечной клетчатки

26 Что такое парапроктит?

- А) воспаление прямой кишки
- Б) воспаление предстательной железы
- В) воспаление анальных сосочков
- Г) воспаление околопрямокишечной клетчатки
- Д) воспаление толстой кишки

27 Кто чаще болеет парапроктитом?

- А) мужчины
- Б) женщины
- В) дети
- Г) пенсионеры
- Д) пенсионеры и дети

28 Наиболее часто парапроктит встречается в возрасте:

- А) 61 год и старше
- Б) до 10 лет
- В) до 20 лет
- Г) 20 – 60 лет
- Д) до 15 лет

29 Парапроктит вызывается:

- А) в основном туберкулезной палочкой
- Б) в основном грибами
- В) в основном вирусами
- Г) смешанной микрофлорой

Д) синегнойной палочкой

30 При парапроктите наиболее часто встречаются следующие микробы:

- А) стафилококк, кишечная палочка
- Б) синегнойная флора
- В) туберкулезная палочка
- Г) вульгарный протей
- Д) бледная спирохета

31 Редкие формы парапроктита:

- А) туберкулезный, анаэробный, гнилостный, актиномикотический, сифилитический
- Б) вызванные кишечной палочкой
- В) вызванные стафилококком
- Г) вызванные кишечной палочкой и стафилококком
- Д) смешанной микрофлорой

32 Инфекция при парапроктите в параректальную клетчатку проникает:

- А) через протоки анальных желез
- Б) только гематогенным путем
- В) только лимфогенным путем
- Г) из кожи промежности
- Д) только при осуществлении инъекций

33 При парапроктите проникновение инфекций в параректальную клетчатку чрезвычайно редко происходит:

- А) гематогенным и лимфогенным путем
- Б) из просвета прямой кишки
- В) из анального канала
- Г) из промежностного отдела прямой кишки
- Д) из заднепроходных крипт

34 По этиологическому признаку различают парапроктит:

- А) неспецифический, специфический, посттравматический
- Б) инфекционные
- В) неинфекционные
- Г) застойный
- Д) гематогенный

35 По активности воспалительного процесса парапроктиты бывают:

- А) острый, хронический, рецидивирующий
- Б) подострый
- В) латентный
- Г) специфический
- Д) не специфический

36 По локализации гнойников, инфильтратов, затеков парапроктиты делятся на:

- А) первичный

- Б) рецидивирующий
- В) анаэробный
- Г) подкожный, подслизистый, седалищно – прямокишечный, позади – прямокишечный, тазово - прямокишечный
- Д) вторичный

37 По расположению внутреннего отверстия свища различают:

- А) передний, задний, боковой
- Б) поверхностный
- В) высокий
- Г) экстрасфинктерный
- Д) низкий

38 По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера:

- А) передний
- б) задний
- В) интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный,
- Г) боковой
- Д) низкий

39 Экстрасфинктерные свищи прямой кишки по степени сложности делятся:

- А) 1,2,3,4 степени
- Б) 1, 2 степени
- В) 1,2,3 степени
- Г) 1,2,3,4,5 степени
- Д) по степеням не делятся

40 После вскрытия острого парапроктита может отмечаться:

- А) формирование свища прямой кишки, развитие рецидивирующего парапроктита, выздоровление
- Б) ухудшение состояния больного
- В) повышение температуры тела
- Г) ректоцеле
- Д) хронический колит

41 Какие формы острого парапроктита наиболее часто встречаются:

- А) подкожный и ишиоректальный
- Б) ретроректальный
- В) пельвиоректальный
- Г) анаэробный
- Д) гнилостный

42 Лечение острого парапроктита:

- А) хирургическое
- Б) консервативное
- В) физиолечение
- Г) применение антибиотиков

Д) лазеротерапия

43 Обязательные методы исследования при хроническом парапроктите:

А) ирригоскопия

Б) колонофиброскопия

В) УЗИ

Г) пальцевое исследование прямой кишки, зондирование, проба с красящим веществом, фистулография, ректороманоскопия, сфинктерометрия Д) гастроскопия

44 Радикальным методом лечения больных со свищами прямой кишки является:

А) хирургическое

Б) консервативное

В) применение физиолечения

Г) применение антибиотиков

Д) лазеротерапия

45 Какие операции применяются при лечении интрасфинктерных свищей прямой кишки?

А) рассечение свища в просвет прямой кишки, иссечение свища, иссечение свища с вскрытием и дренированием гнойных полостей параректальной клетчатки

Б) иссечение свища с проведением лигатуры

В) иссечение свища с перемещением слизистой оболочки

Г) сфинктеротомия

Д) иссечение свища с аутодермопластикой

46 Какие операции применяются: при лечении трансфинктерных свищей прямой кишки?

А) иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны: иссечение свища в просвет прямой кишки с частичным ушиванием дна раны, вскрытием и дренированием гнойной полости: иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием гнойной полости:

Б) иссечение свища с глухим ушиванием раны

В) иссечение свища с проведением лигатуры

Г) иссечение свища с перемещением слизистой анального канала Д) иссечение свища с аутодермопластикой

47 Какие операции используются при лечении экстрасфинктерных свищей?

А) иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и с задней дозированной сфинктеротомией: иссечение свища с ушиванием сфинктера: иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки заднепроходного канала: иссечение свища с проведением лигатуры

Б) иссечение свища с оставлением раны открытой

В) иссечение свища до стенки прямой кишки

Г) задняя дозированная сфинктеротомия

Д) иссечение свища с аутодермопластикой

48 Какую операцию выполняют при остром подкожно – подслизистом парапроктите?

А) вскрытие парапроктита в просвет прямой кишки с ликвидацией его внутреннего отверстия и ушивание дна раны

Б) простое вскрытие и дренирование раны

В) вскрытие парапроктита с сфинктеротомией

- Г) вскрытие парапроктита с проведением лигатуры
- Д) вскрытие парапроктита полукружным разрезом

49 Какую операцию выполняют при остром седалищно – прямокишечном парапроктите, когда гнойный ход, сообщающий полость гнойника с просветом прямой кишки проходит через сфинктер?

- А) вскрытие парапроктита в просвет прямой кишки с ликвидацией его внутреннего отверстия и ушивание дна раны
- Б) простое вскрытие и дренирование гнойника
- В) вскрытие парапроктита с проведением лигатуры
- Г) вскрытие парапроктита с сфинктеротомией
- Д) вскрытие парапроктита с полукружным разрезом

50 Какие операции используются при тазово-прямокишечном и ретроректальном парапроктите?

- А) вскрытие парапроктита с проведением лигатуры или простое вскрытие и дренирование гнойника
- Б) вскрытие парапроктита с пересечением анального сфинктера
- В) вскрытие парапроктита с ушиванием сфинктера
- Г) вскрытие парапроктита с сфинктеротомией
- Д) вскрытие парапроктита с ушиванием внутреннего отверстия

51 Причины возникновения прямокишечно - влагалищных свищей:

- А) травма ректовагинальной перегородки и острый парапроктит
- Б) воспаление женских половых органов
- В) воспаление мочевыделительной системы
- Г) проктосигмоидит
- Д) хронический колит

52 Обезболивание при операциях по – поводу свища прямой кишки:

- А) сакральная анестезия или внутривенный наркоз
- Б) местная анестезия
- В) любой вид обезболивания
- Г) обезболивание хлорэтилом
- Д) внутриартериальный наркоз

53 Что такое эпителиальный копчиковый ход?

- А) дефект копчика
- Б) дефект крестца
- В) параректальный свищ
- Г) эпителиальным копчиковым ходом именуют дефект развития кожи, обусловленный неполной редукцией бывших мышц хвоста
- Д) дефект поясничного отдела позвоночника

54 У кого чаще встречается эпителиальный копчиковый ход?

- А) у мужчин
- Б) у женщин
- В) у детей
- Г) у взрослых
- Д) у пенсионеров

55 Эпителиальный копчиковый ход это:

- А) врожденное заболевание
- Б) приобретенное заболевание
- В) результат травмы
- Г) результат воспалительного процесса
- Д) результат острого парапроктита

56 Копчиковый ход представляет собой:

- А) узкую эпителиальную трубку, расположенную по средней линии в межягодичной складке, оканчивающаяся слепо в подкожной клетчатке, не связанную с крестцом и копчиком
- Б) свищевой ход связанный с прямой кишкой
- В) свищевой ход, связанный с крестцом
- Г) осложнения остеомиелита копчика
- Д) осложнения постинъекционного абсцесса

57 Лечение эпителиального копчикового хода:

- А) хирургическое
- Б) консервативное
- В) при помощи лазеротерапии
- Г) при помощи ультразвука
- Д) при помощи физиолечения

58 Перианальные остроконечные кондиломы это:

- А) плотноватые, бородавчатые узелки, образующие в области перианальной кожи разрастания типа цветной капусты
- Б) папилломы
- В) атерома
- Г) липома
- Д) фиброма

59 Причины образования остроконечных перианальных кондилом?

- А) вирусы
- Б) травма
- В) врожденные заболевания
- Г) микробы
- Д) воспалительный процесс

60 Лечение перианальных остроконечных кондилом

- А) иссечение кондилом после санации слизистой прямой кишки 0,5% раствором проторгала в виде микроклизм по 100 мл №30
- Б) консервативное
- В) медикаментозное
- Г) лазеротерапия
- Д) физиолечение

61 Тактика врача - хирурга при повреждении всей стенки прямой кишки внебрюшинно:

- А) производят хирургическую обработку раны промежностным доступом ушивая стенку кишки двухрядными швами, дренируют параректальную клетчатку, вводят

микроирригаторы, для орошения инфицированной поверхности параректальной клетчатки с обязательным наложением колостомы

- Б) первичная хирургическая обработка раны
- В) ушивание раны прямой кишки и промежности наглухо
- Г) ушивание раны промежности
- Д) ушивание раны прямой кишки

62 Тактика врача – хирурга при внутрибрюшных повреждениях прямой кишки?

- А) экстренная лапаротомия, санация брюшной полости. Дефект стенки прямой кишки ушивают двухрядным швом и накладывают сигмостому
- Б) лапаротомия, ушивание дефекта стенки прямой кишки
- В) лапаротомия, дренирование брюшной полости
- Г) лапаротомия, наложение сигмостомы без ушивания дефекта прямой кишки
- Д) лапаротомия, ушивание дефекта стенки прямой кишки, дренирование брюшной полости

63 Что такое ректоцеле?

- А) термином ректоцеле обозначают выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- Б) грыжа прямокишечно – влагалищной перегородки
- В) выпадение прямой кишки
- Г) опущение передней стенки влагалища
- Д) выпадение слизистой прямой кишки

64 Причина ректоцеле?

- А) расхождение передних порций мышц, поднимающих задний проход, ослабление мышечного каркаса таза и тканей ректовагинальной перегородки
- Б) врожденное заболевание
- В) анемия
- Г) беременность
- Д) проктосигмоидит

65 Основные симптомы ректоцеле

- А) затрудненное опорожнение прямой кишки и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- Б) запоры
- В) поносы
- Г) недержание газов
- Д) тошнота

66 Лечение ректоцеле при II и III степени:

- А) хирургическое
- Б) консервативное
- В) физиолечение
- Г) витаминотерапия
- Д) лазеротерапия

67 Лечение ректоцеле при I степени:

- А) консервативное
- Б) иглотерапия

- В) лазеротерапия
- Г) физиолечение
- Д) витаминотерапия

68 Причины недостаточности сфинктера заднего прохода?

- А) травмы, функциональные нарушения, аноректальные пороки развития
- Б) геморрой
- В) анальная трещина
- Г) проктит
- Д) проктосигмоидит

69 Жалобы больного недостаточности при анального сфинктера 1 степени:

- А) кровотечение из прямой кишки
- Б) недержание плотного кала
- В) недержание жидкого кала
- Г) недержание газов
- Д) недержание жидкого и твердого кала

70 Жалобы больных с недостаточностью анального сфинктера 2 степени

- А) боли области ануса
- Б) недержание плотного кала
- В) недержание газов и жидкого кала
- Г) выделение гноя из прямой кишки
- Д) выделение слизи из прямой кишки

71 Жалобы больных с недостаточностью анального сфинктера 3 степени:

- А) недержание газов, жидкого и твердого кала
- Б) кровотечение из прямой кишки
- В) выделение гноя из прямой кишки
- Г) запоры
- Д) выделения слизи из прямой кишки

72 Лечение недостаточности анального сфинктера 1 степени

- А) консервативное
- Б) хирургическое
- В) консервативное и хирургическое
- Г) физиотерапия
- Д) лазеротерапия

73 Лечение недостаточности анального сфинктера 2 и 3 степени:

- А) хирургическое
- Б) консервативное
- В) хирургическое и консервативное
- Г) физиолечение
- Д) лазеротерапия

74 Какие операции можно проводить при недостаточности анального сфинктера? А) сфинктеропластику, сфинктеролеваторопластику, сфинктероглютеопластику Б) физиолечение

- В) консервативное лечение  
Г) электростимуляция мышц тазового дна  
Д) стимуляция желудочно-кишечного тракта
- 75 Какие теории развития выпадения прямой кишки существуют?  
А) механическая  
Б) физическая  
В) травматическая  
Г) грыжевая и хронической идиопатической инвагинации  
Д) химическая
- 76 Какие стадии выпадения прямой кишки различают?  
А) 1,2,3 стадии  
Б) на стадии не делят  
В) 1,2 стадии  
Г) 1,2,3,4 стадии  
Д) 1,2,3,4,5 стадии
- 77 Чем характеризуется выпадение прямой кишки 1 стадии?  
А) выпадением прямой кишки при вертикальном положении тела  
Б) выпадением прямой кишки при ходьбе  
В) выпадение прямой кишки при физической нагрузке  
Г) выпадением прямой кишки только при дефекации  
Д) выпадением прямой кишки при кашле
- 78 Чем характеризуется выпадение прямой кишки 2 стадии?  
А) выпадением прямой кишки при ходьбе  
Б) выпадением прямой кишки только при дефекации  
В) выпадение прямой кишки при физической нагрузке  
Г) выпадением прямой кишки при кашле  
Д) выпадение прямой кишки при вертикальном положении больного
- 79 Чем характеризуется выпадение прямой кишки 3 стадии?  
А) выпадением прямой кишки при вертикальном положении тела, при ходьбе  
Б) выпадение прямой кишки при физической нагрузке  
В) выпадением прямой кишки только при дефекации  
Г) выпадением прямой кишки при кашле  
Д) выпадением прямой кишки при горизонтальном положении тела
- 80 Лечение выпадения прямой кишки у взрослых:  
А) хирургическое  
Б) консервативное  
В) хирургическое и консервативное  
Г) склерозирующая терапия  
Д) физиолечение
- 81 Какие виды сужения прямой кишки различают:  
А) врожденные и приобретенные  
Б) патологические  
В) искусственные

- Г)естественные
- Д)физиологические

82 Наиболее частой причиной приобретенных стриктур прямой кишки является

- А)травма промежности и дистального отдела
- Б)травма тазового отдела
- В)воспалительный процесс ягодичной области
- Г)травма ягодичной области
- Д)травма ректосигмоидного отдела толстой кишки

83 Основные симптомы сужения прямой кишки

- А)затруднение при дефекации
- Б)понос
- В)запор
- Г)недержание кала
- Д)выделение гноя из прямой кишки

84 Сужение прямой кишки бывает:

- А)компенсированным, субкомпенсированным, декомпенсированным,
- Б)первичным
- В)вторичным
- Г)смешанным
- Д)посттравматическим

85 Лечение сужения без распространения процесса в параректальную клетчатку

- А)бужирование
- Б)хирургическое
- В)медикаментозное лечение
- Г)не нуждается в лечении
- Д)иглотерапия

86 При выраженном рубцовом сужении прямой кишки проводят:

- А)оперативное лечение
- б)консервативное лечение
- в) не нуждается в лечении
- г) бужирование
- д)физиолечение

87 Праректальные тератоидные кисты у взрослых по локализации делятся на:

- а)внутритазовые(подбрюшинные) и внетазовые (промежностные)
- б)внутрибрюшинные
- в)забрюшинные
- Г)внебрюшинные
- д)поддиафрагмальные

88 Наиболее частые симптомы тератоидных

кист: А)запоры б)поносы в)кровотечения

г)боли, вторичные свищи

д)выделение слизи из прямой кишки

89 По клиническому течению тератоидных кист различают:

а)1,2,3 стадии

б)стадии не различают

в)1, 2 стадии

г)1,2,3,4 стадии

д)1,2,3,4,5 стадии

90 Лечение тератоидных кист :

А)хирургическое

Б)консервативное

В)не нуждается в лечении

Г)отсасывание содержимого кист

Д)лазеротерапия

91 Мегаколон у взрослых:

А)сужение прямой кишки

Б)удлинение кишечника

В)укорочение кишечника

Г)хроническое расширение и утолщение стенки части или всей толстой кишки Д)удлинение сигмовидной кишки

92 Часто встречающаяся форма мегаколон:

А)хронический колит

Б)проктит

В)проктосигмоидит

Г)болезнь Гиршпрунга и идиопатический

мегаколон Д)энтероколит

93 Болезнь. Гиршпрунга к какой категории болезней относят:

А)к порокам развития наследственной этиологии

Б)приобретенные

В)травматический

Г)аллергического

Д)психического

94 При болезни. Гиршпрунга наблюдается:

А)усиление перистальтики кишечника

Б)увеличение числа ганглий В)увеличение

нервных волокон

Г)изменение в нервном аппарате толстой кишки колеблется от полного отсутствия межмышечных и подслизистых нервных волокон до различной степени гипоганглиоза Д)укорочение кишечника

95 Симптомы болезни. Гиршпрунга:

А)отсутствие самостоятельного стула, метеоризм, растянутый лягушачий живот, видимая на глаз перистальтика

Б)постоянный понос

В)повышение температуры тела

- Г)анемия
- Д)тошнота и рвота

96 Важное значение для диагностики болезни. Гиршпрунга имеет: А)рентгенологический метод Б)УЗИ В)ЭКГ  
Г)термометрия Д)ангиография

97 В течении болезни. Гиршпрунга различают:  
А)компенсированную, субкомпенсированную, декомпенсированную стадии  
Б)1,2 стадии  
В)1,2,3,4 стадии  
Г)стадии не различают  
Д)1,2,3,4,5 стадии

98 Лечение болезни.  
Гиршпрунга: А)хирургическое  
Б)консервативное  
В)физиолечение Г)лазеротерапия  
Д)медикаментозное

99 Мегадолихосигма это:  
А)расширение и удлинение сигмовидной кишки  
Б)расширение толстой кишки  
В)удлинение толстой кишки  
Г)удлинение и увеличение толстой кишки  
Д)расширение тонкой кишки

100 Основное проявление идиопатического мегаколон: А)хронические запоры Б)понос  
В)кровотечение

- Г)выделение слизи из прямой кишки
- Д)выделение гноя из прямой кишки

101 Лечение идиопатического мегаколон надо начинать с : А)консервативного Б)хирургического В)иглотерапии  
Г)антибиотикотерапии Д)физиолечение

102 Хирургическое лечение идиопатического мегаколон заключается в :  
А)внутрибрюшной резекции расширенных отделов толстой кишки с обязательной резекцией большей части прямой кишки  
Б)резекция сигмовидной кишки  
В)резекция слепой кишки

- Г)резекция нисходящей кишки
- Д)резекция поперечно-ободочной кишки

103 Показания к хирургическому лечению при идиопатическом мегаколон должно быть:

- А)строго ограничены
- Б)не показаны
- В)широкое применение оперативного лечения
- Г)при многих формах применяется оперативное лечение
- Д)абсолютно показано во всех случаях

104 Дивертикулез толстой кишки это

- А)расширение толстой кишки
- Б)расширение только сигмовидной кишки
- В)сужение просвета толстой кишки
- Г)образование единичных или множественных грыжеподобных выпячивании слизистой оболочки наружу за пределы кишечной стенки
- Д)полипоз толстой кишки

105 Дивертикулез толстой кишки встречается чаще у :

- А)женщин
- Б)мужчин
- В)детей
- Г)молодых людей
- Д)у людей среднего возраста

106 Основной симптом дивертикулеза:

- А)постоянный понос
- Б)отсутствие позыва на дефекацию
- В)тошнота
- Г)рвота
- Д)боли в животе

107 Частые осложнения дивертикулеза толстой кишки:

- А)дивертикулит, перфорация, кровотечение, кишечная непроходимость, кишечные свищи
- Б)острый аппендицит
- В)острый холецистит
- Г)острый панкреатит
- Д)полипоз толстой кишки

108 Выявление дивертикулеза может быть с помощью

- А)ирригоскопия, колоноскопия
- Б)гастроскопия
- В)ректороманоскопия
- Г)цистоскопия
- Д)лапароскопия

109 Бессимптомный дивертикулез толстой кишки обнаруженный случайно:

- А)не требует лечения
- Б)требует консервативного лечение
- В)требует оперативного лечения

- Г) требует специального лечения
- Д) требует медикаментозного лечения

110 При дивертикулезе с выраженными симптомами требуется:

- А) оперативное лечение
- Б) иглотерапия
- В) физиолечение
- Г) консервативное лечение
- Д) лазеротерапия

111 При неэффективности консервативного лечения дивертикулеза и его осложнений показано:

- А) оперативное лечение
- Б) продолжение консервативного лечения
- В) лазеротерапия
- Г) плазмозферез
- Д) УЗИ терапия

112 Полипы толстой кишки обнаруживаются:

- А) во время операции
- Б) при эндоскопии проводимой в связи с другими заболеваниями кишечника
- В) при профилактическом осмотре
- Г) при колите
- Д) при энтероколите

113 Клиника полипа толстой кишки проявляется:

- А) при больших размерах, и ворсинчатой трансформации
- Б) протекает бессимптомно
- В) поносом
- Г) запором
- Д) похуданием

114 Симптомы полипа толстой кишки:

- А) периодические тянущие боли внизу живота, выделение слизи и крови из прямой кишки
- Б) вздутие живота
- В) тошнота
- Г) рвота
- Д) понос

115 Полип толстой кишки можно обнаружить при помощи:

- А) ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии
- Б) пальпации живота
- В) рентгенографии органов брюшной полости
- Г) УЗИ
- Д) лапароскопии

116 Лечение полипов толстой

- кишки: А) консервативное
- Б) полипэктомия при ректороманоскопии, колоноскопии трансанальная иссечение полипа, удаление полипа путем колотомии, резекция кишки чрезбрюшным доступом

- В)лазеротерапия
- Г)диета
- Д)медикаментозное лечение

117 Диффузный полипоз толстой кишки относят:

- А)тяжелым заболеваниям ЖКТ
- Б)легким заболеваниям толстой кишки
- В)заболеваниям тонкой кишки
- Г)заболеваниям желудка
- Д)заболеваниям прямой кишки

118 Диффузный полипоз характеризуется:

- А)прогрессирующим течением, нарушением обмена веществ, анемией, обязательное раковое перерождение
- Б)ожирением
- В)нормальным обменом веществ
- Г)нормальными показателями красной крови
- Д)лимфостазом

119 При диффузном полипозе толстой кишки идет поражение полипами

- А)слизистой оболочки толстой кишки
- Б)слизистой сигмовидной кишки
- В)слизистой слепой кишки
- Г)слизистой прямой кишки
- Д)слизистой желудка

120 Различают формы диффузного полипоза толстой кишки

- А)диффузный полипоз толстой кишки с преобладанием в полипах процессов пролиферации, ювенильный полипоз, гемартомный полипоз (синдром Пейтца-Егерса)
- Б)полипоз прямой кишки
- В)полипы сигмовидной кишки
- Г)полипы нисходящей кишки
- Д)полипы ректосигмоидного отдела

121 Для выявления диффузного полипоза толстой кишки применяют

- А)пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия
- Б)УЗИ
- В)рентгенография органов брюшной полости
- Г)гастроскопия
- Д)лапароскопия

122 Лечение полипоза толстой кишки:

- А)консервативное
- Б)микроклизмы с настойкой чистотела
- В)лазеротерапия
- Г)хирургическое
- Д)медикаментозное

123 Кишечный свищ это:

- А)повреждение кишечника
- Б)резекция кишечника
- В)межкишечный анастомоз
- Г)изолированное от свободной брюшной полости отверстие в кишечной стенке через которое просвет кишки сообщается с окружающей средой или другими органом
- Д)гастростома

124 Толстокишечные свищи по этиологии делят:

- А)врожденные, приобретенные
- Б)поверхностные
- В)глубокие
- Г)межкишечные
- Д)межмышечные

125 Толстокишечные свищи по месту расположения свищевого отверстия делят на :

- А)поверхностные
- Б)местные
- В)глубокие
- Г)наружные, внутренние
- Д)общие

126 Толстокишечные свищи по строению свищевого отверстия и канала делят на:

- А)губовидные, трубчатые и переходные
- Б)кишечные
- В)желудочные
- Г)желчные
- Д)слюнные

127 Толстокишечные свищи по числу отверстий делят на:

- А)одиочные, множественные
- Б)групповые
- В)обширные
- Г)местные
- Д)общие

128 Толстокишечные свищи по локализации делят на:

- А)свищи ободочной кишки, свищи прямой кишки
- Б)желудочные
- В)пупочные
- Г)желчные
- Д)гнойные

129 Толстокишечные свищи по пассажу кишечного содержимого делят на:

- А)полные, неполные
- Б)единичные
- В)губовидные
- Г)поверхностные
- Д)глубокие

130 Толстокишечные свищи по выделяемому секрету делят на:

- А)кишечные
- Б)желчные
- В)желудочные
- Г)каловые, гнойно-каловые, слизистые, гнойно-слизистые
- Д)слюнные

131 Толстокишечные свищи по наличию или отсутствию осложнений делят:

- А)местные изменения
- Б)общие изменения
- В)осложнений нет
- Г)неосложненные и осложненные
- Д)регионарные изменения

132 Симптомом толстокишечного свища является:

- А)отсутствие выделений
- Б)никаких симптомов
- В)выделение крови
- Г)выделение из рана газов или кала
- Д)выделение желчи

133 Лечение толстокишечного свища

- А)хирургическое
- Б)физиотерапевтическое
- В)лазеротерапия
- Г)иглотерапия
- Д)медикаментозное

134 В диагностике толстокишечных свищей большую роль играет

- А)УЗИ
- Б)лапароскопия
- В)ЭКГ
- Г)рентгенологическое исследование, колоноскопия
- Д)ангиография

135 Под термином колостома подразумевается:

- А)свищ толстой кишки возникший в результате травмы
- Б)свищ толстой кишки возникший в результате воспалительных заболеваний
- В)свищ толстой кишки возникший в результате несостоятельности швов анастомоза
- Г)свищ возникший после аппендэктомии
- Д)искусственный задний проход наложенный хирургическим путем на один из участков толстой кишки с целью постоянного или временного отведения фекалий

136 Показанием к наложению колостомы является:

- А)хронический колит
- Б)непроходимость толстой кишки опухолевого, воспалительного или механического происхождения, ее травматическое повреждение или травмы промежности
- В)полип прямой кишки
- Г)хронический геморрой
- Д)анальная трещина

137 Типы колостомы

- А)пристеночная, петлевая, отдельная двустольная, одностольная концевая
- Б)по Кадеру
- В)по Мельникову
- Г)по Уайтхеду
- Д)по Субботину

138 После наложения колостомы может развиваться осложнения:

- А)острая маечная кишечная непроходимость
- Б)хронический колит
- В)анальная трещина
- Г)сахарный диабет
- Д)хронический геморрой

139 После наложения колостомы может быть осложнения:

- А)эвентрация тонкой кишки у колостомы
- Б)язвенная болезнь желудка
- В)хр.гастрит
- Г)проктит
- Д)анальная трещина

140 После наложения колостомы может быть осложнение:

- А)проктосигмоидит
- Б)болезнь Крона
- В)некроз выведенной кишки
- Г)неспецифический язвенный колит
- Д)энтероколит

141 После наложения колостомы может быть осложнения:

- А)анальная трещина
- Б)праколостомические лигатурные и кишечные абцессы
- В)диафрагмальная грыжа
- Г)хронический колит
- Д)геморрой

142 После наложения колостомы может быть осложнения:

- А)сахарный диабет
- Б)анальная трещина
- В)нагноение раны
- Г)хронический геморрой
- Д)проктосигмоидит

143 После наложения колостомы может быть осложнения:

- А)стриктура колостомы
- Б)стриктура заднепроходного отверстия
- В)хронический геморрой
- Г)выпадение прямой кишки
- Д)анальная трещина

144 После наложения колостомы может быть осложнения:

- А) диафрагмальная грыжа
- Б) паховая грыжа
- В) периколостомическая грыжа
- Г) выпадение прямой кишки
- Д) полип прямой кишки

145 После наложения колостомы может быть осложнения:

- А) выпадение прямой кишки
- Б) долихосигма
- В) выпадение кишки (эвагинация) в области колостомы
- Г) бол. Гиршпрунга
- Д) колит

146 Причиной осложнения после наложения колостомы может быть:

- А) оставление неушитой щели в боковом канале
- Б) колит
- В) гастрит
- Г) холецистит
- Д) парапроктит

147 Эвентрация тонкой кишки у колостомы возникает при:

- А) спечной облезни
- Б) хроническом колите
- В) хроническом гастрите
- Г) недостаточно тщательном ушивании брюшной стенки вокруг колостомы при выполнении слишком широкого разреза для выведения кишки
- Д) полипе прямой кишки

148 Эвентрация тонкой кишки у колостомы возникает при:

- А) проктосигмоидите
- Б) проктите
- В) перитоните
- Г) недостаточности анального сфинктера
- Д) хроническом холецистите

149 Эвентрация тонкой кишки у колостомы возникает при:

- А) недостаточности анального сфинктера
- Б) колите
- В) гастрите
- Г) снижении пластичности тканей
- Д) парапроктите

150 Некроз выведенной кишки при колостоме наступает за счет:

- А) нарушение кровообращения в выведенной кишке
- Б) атеросклероза
- В) облитерирующего эндоартериита
- Г) ТЭЛА
- Д) паховой грыжи

151 Причиной нарушения кровообращение в выведенной кишке может быть:

- А) нарушение принципа мобилизации выводимой для колостомии кишки
- Б) атеросклероз
- В) варикозное расширение вен нижних конечностей
- Г) трофическая язва нижних конечностей
- Д) колит

152 Причиной нарушения кровообращение в выведенной кишке может быть:

- А) натяжение брыжейки
- Б) облитерирующий эндоартериит
- В) варикозное расширение вен нижних конечностей
- Г) атеросклероз
- Д) пупочная грыжа

153 Причиной нарушения кровообращение в выведенной кишке может быть:

- А) прошивание краевого сосуда брыжейки при подшивании ее к париетальной брюшине
- Б) облитерирующий эндоартериит
- В) атеросклероз
- Г) варикозное расширение вен нижних конечностей
- Д) паховая грыжа

154 Причиной нарушения кровообращение в выведенной кишке может быть:

- А) слишком тугое ушивание апоневроза или кожи вокруг выведенной кишки
- Б) атеросклероз аорты
- В) варикозное расширение вен нижних конечностей
- Г) трофическая язва нижних конечностей
- Д) колит

155 Причиной нарушения кровообращение в выведенной кишке может быть:

- А) тромбоз сосудов брыжейки
- Б) варикозное расширение вен нижних конечностей
- В) трофическая язва нижних конечностей
- Г) тромбофлебит вен нижних конечностей
- Д) облитерирующий эндоартериит

156 Основной причиной ретракции колостомы является

- А) натяжение брыжейки кишки
- Б) паховая грыжа
- В) бедренная грыжа
- Г) длинная брыжейка толстой кишки
- Д) короткая брыжейка тонкой кишки

157 Причиной развития параколостомических свищей и абцессов являются:

- А) инфицирование тканей передней брюшной стенки при фиксации кишки
- Б) соблюдение асептики
- В) соблюдение антисептики
- Г) тщательная обработка операционного поля
- Д) использование стерильного перевязочного материала

158 Причиной развития параколостомических свищей и абцессов является:

- А) прошивание кишки насквозь
- Б) тщательная обработка операционного поля
- В) соблюдение асептики
- Г) соблюдение антисептики
- Д) использование стерильного шовного материала

159 Причиной развития параколостомических свищей и абцессов является:

- А) нарушение кровообращения в патологически измененной стенке выведенной кишки
- Б) облитерирующий эндоартериит
- В) варикозное расширение вен нижних конечностей
- Г) тромбофлебит вен нижних конечностей
- Д) длинная брызжейка толстой кишки

160 Перфорация кишки вблизи колостомы может возникнуть при:

- А) колите
- Б) проктосигмоидите
- В) долихосигме
- Г) самопроизвольно в результате трофических расстройств в стенке кишки при ее атонии и пролежне, обусловленном каловым камнем
- Д) полипе прямой кишки

161 Наиболее частой причиной прободения колостомы может быть:

- А) твердый наконечник при выполнении клизмы через колостому
- Б) долихосигма
- В) колит
- Г) проктосигмоидит
- Д) проктит

162 Стриктура колостомы может развиться

- А) в выведенной кишке над кожей
- Б) в брюшной полости
- В) в области прямой кишки
- Г) в дистальной части кишки
- Д) в вышележащих отделах толстой кишки

163 Стриктура колостомы может развиться

- А) в области прямой кишки
- Б) в дистальной части кишки
- В) в проксимальной части кишки в брюшной полости
- Г) на уровне кожи
- Д) в вышележащих отделах толстой кишки

164 Стриктура колостомы может развиться

- А) в дистальной части кишки
- Б) в проксимальной части кишки в брюшной полости
- В) в прямой кишке
- Г) на уровне апоневроза
- Д) в нижележащих отделах толстой кишки

165 Причиной образования стриктуры колостомы может быть:

- А)нагноение периколостомической раны с последующим ее рубцеванием
- Б)длинная брыжейка кишки
- В)короткая брыжейка кишки
- Г) колит
- Д)проктосигмоидит

166 Причиной образования стриктуры колостомы может быть:

- А)тугое ушивание брюшной стенки вокруг колостомы
- Б)длинная брыжейка кишки
- В)короткая брыжейка кишки
- Г)долихосигма
- Д)проктит

167 Причиной образования стриктуры колостомы может быть:

- А) длинная брыжейка кишки
- Б) короткая брыжейка кишки
- В)склонность тканей к развитию коллоидных рубцов
- Г)долихосигма
- Д)ожирение

168 Причиной выпадения (эвагинация) при колостоме является:

- А) короткая брыжейка кишки
- Б)оставление перед стомой нефиксированного подвижного участка кишки
- В) длинная брыжейка кишки
- Г)долихосигма
- Д)удлиненная толстая кишка

169 Предрасполагающим фактором эвагинации является:

- А) колит
- Б)проктосигмоидит
- В)повышение внутрибрюшного давления
- Г)проктит
- Д)гастрит

170 Предрасполагающим фактором эвагинации является:

- А)проктосигмоидит
- Б)долихосигма
- В)мегаколон
- Г)усиление перистальтической деятельности кишки
- Д)длинная брыжейка толстой кишки

171 Предрасполагающим фактором эвагинации является:

- А)ранее и постоянное ношение калоприемников
- Б)запор
- В) колит
- Г)проктосигмоидит
- Д)понос

172 Причиной развития периколостомической грыжи является:

- А) недостаточное ушивание апоневроза вокруг выведенной кишки или слишком широкое ее рассечение
- Б) развитие спаечного процесса
- В) длинная брыжейка толстой кишки
- Г) короткая брыжейка кишки
- Д) проктосигмоидит

173 Причиной развития периколостомической грыжи является:

- А) запор
- Б) нарушение иннервации зоны формирования колостомы
- В) понос
- Г) колит
- Д) проктит

174 Причиной развития периколостомической грыжи является:

- А) ношение калоприемников
- Б) частый стул
- В) запор
- Г) нагноение периколостомической раны
- Д) дивертикулез толстой кишки

175 Операция Гартмана делают при:

- А) острой кишечной непроходимостью, обусловленная раком ректосигмоидного отдела толстой кишки
- Б) раке слепой кишки
- В) раке восходящей кишки
- Г) мегаколоне
- Д) полипозе толстой кишки

176 Восстановление кишечной проходимости после наложения пристеночной, петлевой и двуствольной колостомы на раздельной петле следует производить через: А) 2-6 месяцев после радикальной операции

- Б) 1 месяц после радикальной операции
- В) 2 года после паллиативной операции
- Г) 1,5 года после паллиативной операции
- Д) 1 год после паллиативной операции

177 Восстановление кишечной проходимости после операции Гартмана делают через:

- А) 1 месяц после паллиативной операции
- Б) 6-12 месяцев после радикальной операции
- В) 2 месяца после радикальной операции
- Г) 3 месяца после паллиативной операции
- Д) 1 месяц после радикальной операции

178 Восстановление кишечной проходимости после брюшно-анальной резекции прямой кишки делают через:

- А) 1-1,5 года после радикальной операции
- Б) 4 месяца после паллиативной операции

- В) 6 месяцев после радикальной операции
- Г) 2 месяца после паллиативной операции
- Д) 4 месяца после радикальной операции

179 Подготовка к восстановительной операции должна включать:

- А) функциональную адаптацию отключенных отделов толстой кишки
- Б) физиолечение
- В) иглотерапию
- Г) ЛФК
- Д) медикаментозную терапию

180 Подготовка к восстановительной операции должна включать:

- А) массаж
- Б) механическую очистку отводящего и приводящего отдела кишки
- В) ЛФК
- Г) лазеротерапию
- Д) консервативное лечение

181 Подготовка к восстановительной операции должна включать:

- А) физиолечение
- Б) иглотерапию
- В) лазеротерапию
- Г) лечение сопутствующих заболеваний
- Д) ЛФК и массаж

182 Операция Гартмана производят:

- А) при осложненном дивертикулезе сигмовидной кишки
- Б) при раке слепой кишки
- В) при раке восходящей кишки
- Г) мегаколон
- Д) при раке поперечно-ободочной кишки

183 Операция Гартмана производят при:

- А) при раке поперечно-ободочной кишки
- Б) при раке восходящей кишки
- В) при раке слепой кишки
- Г) завороте сигмовидной кишки
- Д) раке нисходящей кишки

184 Операция Гартмана производят при:

- А) травмах сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела
- Б) повреждении слепой кишки
- В) повреждении тонкой кишки
- Г) повреждении поперечно-ободочной кишки
- Д) раке восходящей кишки

185 При неспецифическом язвенном колите отмечается:

- А) гиперемия и отек слизистой толстой кишки, образование мелких язв и эрозий и псевдополипов
- Б) запор

- В)редкий стул
- Г)повышение аппетита
- Д)наличие дивертикул

186 Главные симптомы неспецифическом язвенном колите:

- А)запор
- Б)редкий стул
- В)тошнота
- Г)понос, выделение крови с калом и боли в животе
- Д)рвота

187 По течению неспецифический язвенный колит делят на:

- А)острый, молниеносный, хронический непрерывный, хронический, рецидивирующий
- Б)подострый
- В)компенсированный
- Г)субкомпенсированный
- Д)латентный

188 Неспецифический язвенный колит по тяжести делят на:

- А)легкую, средне-тяжелую, тяжелую формы
- Б)декомпенсированный
- В)субкомпенсированный
- Г)компенсированный
- Д)поверхностный

189 при неспецифическом язвенном колите поражается:

- А)слизистая толстой кишки
- Б)мышечный слой
- В)подслизистый слой
- Г)серозная оболочка
- Д)все слои

190 При болезни Крона может поражаться:

- А)любой отдел ЖКТ с образованием единичных или множественных очагов
- Б)легкие
- В)сердце
- Г)печень
- Д)желчный пузырь

191 При болезни Крона воспаление начинается с:

- А)подслизистого слоя кишки
- Б)мышечного слоя
- В)слизистого слоя
- Г)со всех слоев
- Д)серозной оболочки

192 Для болезни Крона характерно

- А)язвы, трещины, инфильтрация участка кишки
- Б)гиперемия слизистой
- В)выраженный сосудистый рисунок

- Г) атрофия слизистой
- Д) улучшение кровообращения кишки

193 При болезни Крона у 80% больных отмечается:

- А) анальные поражения в виде трещин и свищей
- Б) дерматит
- В) аллергия
- Г) рожистое воспаление
- Д) панкреатит

194 При болезни Крона в брюшной полости пальпируется:

- А) инфильтраты различных локализаций и размеров
- Б) ничего
- В) живот мягкий безболезненный
- Г) болезненность по ходу сигмовидной кишки
- Д) увеличенная печень

195 При болезни Крона развиваются

- свищи: А) внутренние и наружные
- Б) поверхностный
- В) глубокие
- Г) неполные
- Д) регионарные

196 При болезни Крона поражается:

- А) тонкая и толстая кишки
- Б) только кожа
- В) подкожно жировая клетчатка
- Г) легкие
- Д) желчный пузырь

197 При болезни Крона поражение может наблюдаться в:

- А) тонкой кишке (терминальный илеит)
- Б) печени
- В) селезенке
- Г) поджелудочной железе
- Д) почках

198 При болезни Крона поражение может наблюдаться в виде:

- А) колита
- Б) пневмонии
- В) гепатита
- Г) панкреатита
- Д) холецистита

199 При неспецифическом язвенном колите обязательно надо осуществлять:

- А) ректороманоскопию
- Б) ЭКГ
- В) рентгенографию легких
- Г) УЗИ

Д)лапароскопию

200 при неспецифическом язвенном колите обязательно надо осуществлять

- А)фистулографию
- Б)УЗИ
- В)ЭКГ
- Г)колоноскопию
- Д)доплерографию

201 При неспецифическом язвенном колите обязательно надо осуществлять:

- А)ирригоскопию
- Б)ангиографию
- В)реовазографию
- Г)УЗИ
- Д)лапароскопию

202 При неспецифическом язвенном колите может развиваться:

- А)кровотечение из кишечника
- Б)запор
- В)кашель
- Г)одышка
- Д)сердцебиение

203 При неспецифическом язвенном колите может развиваться:

- А)острая токсическая дилатация кишки
- Б)пневмония
- В)гастрит
- Г)абсцесс мягких тканей
- Д)плеврит

204 при неспецифическом язвенном колите может развиваться:

- А)рак кишки
- Б)бронхит
- В)ИБС
- Г)гастрит
- Д)панкреатит

205 При болезни Крона может наступит осложнение в виде:

- А)инфильтратов и абсцессов в брюшной полости
- Б)пневмонии
- В)ИБС
- Г)гастрит
- Д)тромбофлебит сосудов нижних конечностей

206 Типичными осложнениями при болезни Крона может быть:

- А)кишечные свищи
- Б)дерматит
- В)тромбофлебит
- Г)трофические язвы нижних конечностей
- Д)пиелонефрит

207 При болезни Крона может развиваться:

- А) кровотечение из кишечника
- Б) носовое кровотечение
- В) легочное кровотечение
- Г) ТЭЛА
- Д) гепатит

208 При болезни Крона может развиваться:

- А) рак кишечника
- Б) рак легкого
- В) рак кожи
- Г) рак печени
- Д) рак мочевого пузыря

209 При болезни Крона надо осуществлять: А) УЗИ Б) ангиография

- В) УЗДГ
- Г) ректороманоскопию
- Д) КТ

210 При болезни Крона надо осуществлять: А) ЭКГ Б) колоноскопию

- В) рентгенографию легких
- Г) ангиографию Д) КТ

211 При болезни Крона надо осуществлять: А) лапароскопию Б) ЭКГ

- В) ирригоскопию Г) ангиографию
- Д) доплерографию

212 При лечении неспецифического язвенного колита применяют: А) антибактериальные препараты (сульфасалазин)

- Б) димедрол
- В) бронхолитин
- Г) пенициллин
- Д) метиндол

213 При лечении неспецифического язвенного колита применяют: А) стероидные гормоны (гидрокортизон, преднизолон)

- Б) супрастин
- В) метилурацил
- Г) кеналог
- Д) индометацин

214 При лечении неспецифического язвенного колита применяют:

- А) антидиарейные препараты (реасек, карбонат кальция, фосфат кодеина)
- Б) отхаркивающие средства
- В) левомиколь
- Г) гипозоль
- Д) слабительные

215 При лечении неспецифического язвенного колита применяют:

- А) трансфузионные средства, белки, 10-20%, растворы глюкозы, интралипид, растворы калия
- Б) физиологические растворы
- В) анальгин
- Г) палин
- Д) димедрол

216 При лечении неспецифического язвенного колита применяют:

- А) симптоматические средства (сердечные, сосудистые, витамины)
- Б) прозерин
- В) метаклопрамид
- Г) бисептол
- Д) слабительные

217 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано:

- А) при перфорации кишки
- Б) в любом случае
- В) не показано
- Г) при ремиссии болезни
- Д) в начальных стадиях болезни

218 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано при:

- А) острой токсической дилатации
- Б) ремиссии процесса
- В) не показана
- Г) наличие сопутствующих заболеваний
- Д) легком течении

219 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано при:

- А) легочном кровотечении
- Б) рецидиве процесса
- В) ремиссии процесса
- Г) вне обострения болезни
- Д) легком течении

220 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано:

- А) раке кишечника
- Б) при наличии сопутствующих заболеваний
- В) ремиссии процесса
- Г) вне обострения болезни
- Д) легком течении

221 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано при:

- А)тяжелом течении процесса , интоксикации
- Б)легком течении
- В)ремиссии процесса
- Г)хороших результатах консервативного лечения
- Д)начальной стадии

222 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано при:

- А) ремиссии болезни
- Б)хроническом тяжелом течении с длительным анамнезом (более 10 лет)
- В)легком течений
- Г)хроническом течении менее 1го года
- Д) хороших результатах консервативного лечения

223 Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите показано при:

- А) легком течении
- Б)ремиссии болезни
- В)хроническом течении менее 1го года
- Г)возникновении инфильтратов и стриктур толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости ,при непрерывной и рецидивирующей форме Д) хороших результатах консервативного лечения

224 Оперативное лечение при болезни Крона показана при:

- А) возникновении инфильтратов и стриктур толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости
- Б)легком течении
- В) хороших результатах консервативного лечения
- Г)ремиссия процесса
- Д) начальных стадиях

225 Оперативное лечение при болезни Крона показа при:

- А)профузных кишечных кровотечениях
- Б)наличии анемии
- В)наличии гиповолемии
- Г)ремиссии процесса
- Д)легкой форме

226 Оперативное лечение при болезни Крона показана при осложнении в виде:

- А)рака кишечника
- Б)гастрита
- В)тромбофлебита сосудов нижних конечностей
- Г)ремиссии процесса
- Д)легкой формы

227Оперативное лечение при болезни Крона показана при:

- А)легком течении болезни
- Б)компенсированной стадии болезни
- В)ремиссии болезни
- Г)при значительном поражении сфинктера заднего прохода и перианальной зоны
- Д)начальной стадии

228 Оперативное лечение при болезни Крона показана при:

- А) перфорации кишечника
- Б) скрытом течении болезни
- В) легком течении болезни
- Г) вне обострения болезни
- Д) хороших результатах консервативного лечения

229 При неспецифическом язвенном колите радикальной операцией считается:

- А) резекция сигмовидной кишки
- Б) субтотальная резекция толстой кишки
- В) резекция только ректосигмоидного отдела
- Г) резекция поперечно-ободочной кишки
- Д) правосторонняя гемиколэктомия

230 При неспецифическом язвенном колите радикальной операцией считается:

- А) правосторонняя гемиколэктомия
- Б) левосторонняя гемиколэктомия
- В) колпроктэктомия
- Г) резекция сигмовидной кишки
- Д) резекция ректосигмоидного отдела

231 При болезни Крона можно применять:

- А) сегментарную резекцию пораженных отделов кишки
- Б) электрокоагуляцию
- В) лазеротерапию
- Г) физиолечение
- Д) плазмаферрез

233 При консервативном лечении болезни Крона применяют:

- А) фталазол
- Б) левомицетин
- В) пенициллин
- Г) бисептол
- Д) палин

234 При консервативном лечении болезни Крона применяют:

- А) стероидные препараты
- Б) гипозоль
- В) олазол
- Г) свечи анузол
- Д) димедрол

235 При консервативном лечении болезни Крона применяют:

- А) антидиарейные препараты, трансфузионные средства и симптоматическое лечение
- Б) лазеротерапию
- В) ЛФК
- Г) массаж
- Д) физиолечение

236 Операции применяемые при НЯК и болезни Крона делят на:

- А)паллиативные, радикальные, восстановительно-реконструктивные
- Б)срочные
- В)плановые
- Г)экстренные
- Д)внеплановые

237 Запор это:

- А)затруднение опорожнения толстой кишки более 32 часов
- Б)частый стул
- В)опорожнение кишечника через 24 часа
- Г) опорожнение кишечника через 18 часов
- Д)регулярный стул

238 Развитию дискинезии и возникновению запора способствуют:

- А)неврологические, эндокринологические и различные заболевания толстой кишки, а так же других органов
- Б)физический фактор
- В)химический фактор
- Г)диета
- Д)обильное употребление растительной пищи

239 Запор бывает

- А)первичный
- Б)вторичный
- В)постоянный
- Г)симптоматический, самостоятельный
- Д)периодический

240 Симптоматический запор встречается при

- А)нормальном состоянии кишечника
- Б)опухолях толстой кишки
- В)пневмонии
- Г)ИБС
- Д)грыжах

241 Симптоматический запор встречается при:

- А) бронхите
- Б)посттравматических стриктурах толстой кишки
- В)абсцессе мягких тканей
- Г)рожистом воспалении
- Д)гастрите

242 Симптоматический запор встречается при:

- А)постинъекционных абсцессах
- Б)рубцовых деформациях толстой кишки
- В)атеросклерозе
- Г)переломе костей предплечья
- Д)диафрагмальной грыже

243 Симптоматический запор встречается при:

- А) бронхоэктотической болезни
- Б) воспалительном сужении толстой кишки
- В) пневмонии Г) бронхите Д) гепатите

244 Симптоматический запор встречается при:

- А) болезни Гишпрунга, мегаколоне
- Б) соблюдение диеты В) нормальном состоянии кишечника Г) анемии Д) холецистите

245 Самостоятельный запор бывает :

- А) атонический
- Б) постоянный
- В) непостоянный
- Г) регулярный
- Д) периодический

246 Самостоятельный запор бывает :

- А) спастическим
- Б) периодическим
- В) постоянным
- Г) не постоянным
- Д) длительным

247 При лечении симптоматического запора надо устранить:

- А) основное заболевание
- Б) сопутствующее заболевание
- В) болезни легких
- Г) болезни сосудов
- Д) болезни почек

248 При лечении симптоматического запора эффективно:

- А) назначение корректирующей диеты
- Б) антибиотики
- В) сульфаниламиды
- Г) стероиды
- Д) витамины

249 При самостоятельном запоре кроме диеты назначают:

- А) полиферментативные препараты
- Б) бисептол
- В) индометацин
- Г) гидрокортизон
- Д) палин

250 При самостоятельном запоре кроме диеты назначают: А)антибиотики Б)сульфаниламиды В)спазмолитики Г)мочегонные Д)стероиды

251 При дисбактериозе назначают:

- А)антибиотики
- Б)сульфаниламиды
- В)колибактерин
- Г)викасол
- Д)мандал

252 При самостоятельном запоре ректально вводят:

- А)свечи анузол Б)свечи метилурациловые В)свечи ультрапрокт Г)свечи с новокаином

Д)микроклизмы масляные в сочетании с настоем ромашки, зверобоя, алоэ

253 При самостоятельном запоре применяют еще:

- А)отруби пшеничные
- Б) антибиотики
- В) сульфаниламиды
- Г) бисептол
- Д)витамины

254 При самостоятельном запоре применяют еще:

- А)анальгетики
- Б)препараты железа
- В)пенициллин
- Г)иглорефлексотерапию, гимнастику, плавание, ЛФК
- Д)свечи проктоседил

255 Для лечения анокопчикового болевого синдрома начинают:

- А)удаление копчика
- Б)операция Бола
- В)физиотерапия, новокаиновые блокады, микроклизмы с колларголом
- Г)диета
- Д)соблюдение гигиены

256 Кокцигодения характеризуется:

- А)болями в крестцово-копчиковое область
- Б)болями в животе
- В)болями по ходу толстой кишки
- Г)болями в грудном отделе позвоночника
- Д)болями в области верхних конечностей

257 При проктальгии бывают:

- А) боли в обл. заднего прохода и прямой кишки
- Б) боли в пояснице
- В) боли в грудном отделе позвоночника
- Г) боли внизу живота
- Д) боли в конечностях

258 Травматическая кокцигодия развивается при: А) колите Б) проктите

В) развитию костной патологии в крестцово-копчиковом отделе позвоночника, в результате травмы Г) запоре Д) парапроктите

259 Для оперативного лечения неспецифического язвенного колита применяют: А) илеостомию Б) тотальную проктоколэктомию с илеостомией

- В) субтотальную колэктомию с илеостомией
- Г) все выше перечисленные операции Д) ни одну из них

260 При неспецифическом язвенном колите чаще поражается :

- А) тонкая кишка
- Б) толстая кишка
- В) 12-перстная кишка
- Г) тощая кишка
- Д) повздошная кишка

261 При лечении НЯК применяют препараты, кроме:

- А) антибиотиков
- Б) слабительных
- В) витаминов
- Г) иммуностимуляторов
- Д) стероидов

262 При перфорации кишки связанной с НЯК, показано:

- А) ушивание перфорации
- Б) проксимальная колостомией
- В) тотальная колэктомия с илеостомией
- Г) резекция сегмента кишки
- Д) выведение петли кишки с участком перфорации из брюшной полости

263 Консервативное лечение НЯК

включает: А) диету Б) витамины В) сульфаниламиды

- Г) десенсебилизирующую терапию Д) все перечисленное

264 К осложнениям геморроя относятся все, кроме:

- А)ущемлении геморроидальных узлов
- Б)хронического запора
- В)тромбоза геморроидальных узлов
- Г)парапроктита
- Д)выпадении узлов

265 Для болезни Крона не характерно:

- А)внутренние и наружные свищи
- Б)длительное течение болезни
- В)поражение только слизистой кишки
- Г)развитие параректальных свищей
- Д)анемия

266 Дивертикулез толстой кишки наблюдается:

- А)в пищеводе
- Б)в желудке
- В)в 12 перстной кишке
- Г)в подвздошной кишке
- Д)в ободочной кишке

267 Дивертикулез чаще наблюдается в :

- А)восходящей кишке
- Б)поперечноободочной кишке
- В)слепой кишке
- Г)сигмовидной ободочной кишке
- Д)прямой кишке

268 Дивертикулез может осложниться:

- А)кровотечением
- Б)псевдообструкцией кишки
- В)дивертикулитом
- Г)перитонитом
- Д)всеми перечисленными

270 Токсическая дилатация ободочной кишки может осложниться

- А) кровотечением
- Б)перфорацией
- В)кишечной непроходимостью
- Г)интоксикацией
- Д)всеми перечисленными

271 Наиболее ценный метод диагностики полипов ободочной кишки:

- А)рентгенологический
- Б)ирригоскопия
- В)колоноскопия
- Г)исследование кала
- Д)УЗИ

272 Лимфоотток от сигмовидной ободочной кишки осуществляется через :

- А) верхние мезентериальные лимфоузлы
- Б) нижние мезентериальные лимфоузлы
- В) парааортальные лимфоузлы
- Г) ни через одну из них
- Д) через все перечисленные лимфоузлы

273 При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:

- А) ирригоскопия
- Б) исследование пассажа бария
- В) измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки
- Г) биопсия по Свенсону
- Д) колоноскопия

274 Предрасполагающий фактор в возникновении трещины анального канала:

- А) запор
- Б) парапроктит
- В) недостаточность сфинктера
- Г) криптит
- Д) папиллит

275 Наиболее рациональным лечением рака прямой кишки является:

- А) химиотерапия
- Б) симптоматическое лечение
- В) рентгенорадиотерапия
- Г) комбинированное лечение
- Д) оперативное лечение

276 Самая тяжелая форма острого парапроктита это:

- А) ишиоректальный
- Б) ретроректальный
- В) подслизистый
- Г) пелвиоректальный
- Д) подкожный

277 При раке прямой кишки 2 ст. на расстоянии 15 см. от ануса показана:

- А) операция Гартмана
- Б) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, колостомия
- В) передняя резекция
- Г) промежностная ампутация прямой кишки
- Д) двуствольная колостомия

278 При болях спустя 15 мин. после стула, незначительной кровоточивости после дефекации, запорах, стул обоязнен можно думать, что это: А) геморрой

- Б) параректальные свищи
- В) трещина анального канала
- Г) рак прямой кишки
- Д) папиллит

279 При кровотечении после стула струйкой алой крови можно предполагать, что это:

- А) параректальный свищ
- Б) геморрой
- В) рак прямой кишки
- Г) полип прямой кишки
- Д) трещина анального канала

280 К облигатным предракам ободочной кишки относят:

- А) ювенильные полипы
- Б) одиночный полип ободочной кишки
- В) регионарный энтерит
- Г) терминальный илеит
- Д) диффузный семейный полипоз

281 Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

- А) гиперпластические
- Б) ворсинчатые
- В) аденоматозные
- Г) множественные аденоматозные
- Д) все одинаково

282 Основной гистологической формой рака толстой кишки являются:

- А) скирр
- Б) перстневидноклеточный
- В) плоскоклеточный
- Г) аденокарцинома
- Д) недифференцируемый

283 Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:

- А) перфорация опухоли
- Б) периколита
- В) Острой кишечной непроходимости
- Г) кровотечения
- Д) токсического панкреатита

284 В возникновении геморроя общепризнанной теорией считается :

- А) инфекционная
- Б) механическая
- В) эндо-и экзогенная интоксикация
- Г) гипертрофия кавернозных тел
- Д) нейрогенная

285 Развитию геморроя способствует все, кроме:

- А) хронического воспаления анального канала
- Б) наследственности
- В) сидячей работы
- Г) двух моментного акта дефекации
- Д) гиперплазии ректальных зон

286 Для параректального свища не характерно:

- А) гнойное отделяемое

- Б) периодические обострения
- В) стул обоязнь
- Г) мацерация кожи промежности
- Д) наличие свища

287 Радикальным методом лечения анальной трещины является:

- А) растяжение сфинктера
- Б) диатермокоагуляция
- В) иссечение трещины
- Г) прижигание настойкой йода
- Д) все перечисленное

288 При остром тромбозе геморроидальных узлов не используют:

- А) анальгетиков
- Б) антикоагулянтов
- В) пресакральную блокаду
- Г) склеротерапию
- Д) диету

289 Для диагностики анальной трещины используют: А) аноскопию Б) сфинктерометрию В) колоноскопию Г) УЗИ Д) ирригоскопию

290 Иссечение геморроидальных узлов противопоказано при: А) выпадении узлов Б) проктосигмоидите В) изъязвлении узлов Г) повторных кровотечениях Д) портальной гипертензии

291 Наиболее рациональным методом лечения острого парапроктита является: А) физиотерапия Б) сидячие теплые ванны В) пункция гнойника Г) антибиотикотерапия

Д) вскрытие гнойника с ликвидацией внутреннего отверстия

292 Клиника рака ректосигмоидного отдела толстой кишки чаще всего проявляется в виде:

- А) кишечной непроходимости
- Б) кровотечения В) тенезмов
- Г) потери веса

Д) болей во время дефекации

293 К осложнениям дивертикулеза толстой кишки относят все, кроме

- А) дивертикулита

- Б)кровотечения
- В)перфорации
- Г)свищей
- Д)малигнизации

294 Для хронического парапроктита характерным является:

- А)гематурия
- Б)наличие свищевого отверстия на коже промежности
- В)выделение алой крови после дефекации
- Г)боли внизу живота
- Д)диарея

295 Для исследования свищей прямой кишки применяются:

- А)осмотр, пальпация
- Б)пальцевое исследование прямой кишки
- В)зондирование свищевого хода
- Г)фистулография
- Д)все перечисленные методы

296 Радикальный метод лечения хронического геморроя:

- А)геморроидэктомия
- Б)консервативный метод
- В)склерозирующая терапия
- Г)лигирование латексом, шелком
- Д)физиотерапия

297 эпителиальный копчиковый ход:

- А)связан скрестцом
- Б)связан с копчиком
- В)оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области
- Г)расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
- Д)сообщается с просветом прямой кишки

298 Самая частая форма парапроктита:

- А)подкожный парапроктит
- Б)подслизистый парапроктит
- В)седалищно-прямокишечный парапроктит
- Г)тазово прямокишечный парапроктит
- Д)межмышечный парапроктит

299 Радикальное вскрытие острого парапроктит проводят под:

- А)внутривенным наркозом
- Б)местной анестезией
- В)сакральной анестезией
- Г)перидуральной анестезией
- Д)все,кроме местной анестезией

300 Консервативное лечение при острой анальной трещине:

- А)нормализация стула

- Б)лечебные клизмы  
 В)снятие спазма сфинктера  
 Г)применение свечей, способствующий заживлению трещины  
 Д) все перечисленное

- 301 Наличие инородного тела в прямой кишке  
 проявляется А)кишечной непроходимостью  
 Б)кровотечением  
 В)болями в прямой кишке и чувством распирания в прямой кишке  
 Г)повышением температуры тела, воспалительным процессом  
 Д)все перечисленное

### 3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

#### Основная литература

В.С. Савельев, А.И. Кириенко	Хирургические болезни. Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2014
Патерсон-Браун С.	Общая и неотложная хирургия: руководство: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010
Гостищев В.К.	Общая хирургия: Учебник для вузов	М.: ГЭОТАР-Медиа 2005
Петров С.В.	Общая хирургия: учебник	СПб.: Изд-во "Лань" 2015
Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н.	Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник для студентов медицинских вузов	М.: Медицинское информационное агентство 2005
Николаев А.В.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
Колсанов А.В., Чаплыгин С.С., Юнусов Р.Р.	Клиническая анатомия и оперативная хирургия таза: Учеб. пособие для студ. мед. вузов	Самара 2011
Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М.	Клиническая хирургия: курс лекций (факультетская хирургия)	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017
Ривкин В.Л. и др.	Руководство по колопроктологии.	М.: Медпрактика 2001
Воробьев Г.И. и др.	Геморрой.: Практическое руководство для врачей.	М.: Литтерра 2010
/Под ред. Г.И. Воробьева.	Основы колопроктологии: Практическое руководство для врачей.	М.: Медицинское информационное агентство 2006
Ривкин В.Л. и др.	Колопроктология: Справочное руководство для врачей.	М.: ГЭОТАР-Мед 2011

#### Дополнительная литература

Садырбеков Ж.С., Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.	Заболевания прямой кишки: Учебно-методическое пособие	Бишкек: КРСУ 2016
Х.С. Бебезов, Дж.Н. Нурманбетов, А.М. Мадаминов, Ш. М. Чынгышпаев	Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона: Учебно- методическое пособие	Бишкек.: Изд-во КРСУ 2002
Соложенкин В.В.	Психологические основы врачебной деятельности: Учебное пособие	Бишкек: КРСУ 2016
Дерягин Г.Б., Кича Д.И., Коновалов О.Е.	Медицинское право: Учебное пособие	М.: ЮНИТИ-ДАНА 2010
Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.	Геморрой: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2005
/Под ред. В.Д. Федорова и др.	Клиническая оперативная колопроктология.: Руководство для врачей.	М.: ГНЦ проктологии 1994

**Перечень ресурсов "Интернет"**

1.Электронная библиотека КРСУ	<a href="http://lib.krsu.edu.kg">http//lib.krsu.edu.kg</a>
2.Студенческая электронная библиотека	<a href="http://www.studentlibrary.ru">http//www.studentlibrary.ru</a>
3.Научная электронная библиотека	<a href="https://elibrary.ru">https://elibrary.ru</a>
4.Электронная библиотека	<a href="http://www.studmedlib.ru">http//www.studmedlib.ru</a>
5.Все о медицине	<a href="http://www.meduniver.com">http://www.meduniver.com</a>
6.Медицинская литература	<a href="http://www.booksmed.com">http://www.booksmed.com</a>
7.Медицинская база данных	<a href="http://www.medline.com">http://www.medline.com</a>
8.Периодика по онкопроктологии	<a href="http://abvpress.ru">http://abvpress.ru</a>