

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.55 «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

1	Колопроктология
1	Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства
	только если нужна плановая операция
	только при использовании инвазивных диагностических методик (например, лапароскопия, ангиография и пр.)
	если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы
	если операция будет проводиться под наркозом
	всегда
2	Международная классификация болезней — это
	перечень наименований болезней в определённом порядке
	перечень диагнозов в определённом порядке
	перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определённому принципу
	система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определёнными установленными критериями
	перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определённом порядке
3	Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в
	областных и городских многопрофильных больницах
	больницах скорой помощи
	участковых больницах
	реабилитационных центрах
	во всех перечисленных лечебно-профилактических учреждениях
4	Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет

	от 20 до 30 коек
	от 30 до 40 коек
	от 40 до 60 коек
	от 60 до 80 коек
	свыше 80 коек
5	Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается
	на 50 тыс. населения
	на 100 тыс. населения
	на 150 тыс. населения
	на 200 тыс. населения
	на 300 тыс. населения
6	Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники
	1 ставка на 50 тысяч взрослого населения
	1 ставка на 100 тысяч взрослого населения
	1 ставка на 150 тысяч взрослого населения
	1 ставка на 175 тысяч взрослого населения
	1 ставка на 200 тысяч взрослого населения
7	Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять
	11 человек в 1 час
	8 человек в 1 час
	6 человек в 1 час
	4 человека в 1 час
	норматив не установлен
8	Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами

	геморроем
	семейным аденоматозом толстой кишки
	неспецифическим язвенным колитом
	полипами толстой кишки
	ворсинчатыми опухолями толстой кишки
9	Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на
	5 колопроктологических коек
	10 колопроктологических коек
	15 колопроктологических коек
	20 колопроктологических коек
	25 колопроктологических коек
10	Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее время составляет
	0, 35
	0, 40
	0, 45
	0, 50
	0, 62
11	Соблюдение врачебной тайны необходимо для: 1) защиты внутреннего мира человека, его автономии 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил 3) защиты социальных и экономических интересов личности 4) поддержания престижа медицинской профессии 5) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
	если правильные ответы 1,2 и 3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильный ответ 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

12	Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи: 1) специализированной стационарной 2) диагностической 3) лечебной 4) консультативно-методической хирургам ЦРБ 5) по линии санитарной авиации
	если правильные ответы 1,2 и 3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильный ответ 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
13	Первичная медицинская статистическая документация необходима для: 1) регистрации изучаемого явления (заболеваемость с впервые в жизни диагностируемым заболеванием) 2) оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением 3) выработки конкретного, обоснованного решения 4) изучения демографической ситуации 5) изучения здоровья населения
	если правильные ответы 1,2 и 3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильный ответ 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
14	Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки
	в подкожной клетчатке
	под сухожилием наружной косой мышцы живота
	между наружной и внутренней косыми мышцами
	между внутренней косой и поперечной мышцей
	между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота
15	Прямая мышца живота
	фиксирована только к переднему листку влагалища
	фиксирована только к заднему листку влагалища
	фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища

	не фиксирована к обоим листкам влагалища
	не имеет фасциальной оболочки
16	Нижняя надчревная артерия (a. profunda) отходит
	от бедренной артерии
	от внутренней подвздошной артерии
	от пупочной артерии
	от наружной подвздошной артерии
	от запирающей артерии
17	Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота распространяется
	в окологупочную область
	в предпузырное пространство
	в свободную брюшную полость
	в соседнее апоневротическое влагалище мышцы
	гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы
18	Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота распространяется
	на бедро
	в клетчатку малого таза
	гнойник локализуется только во влагалище мышцы
	в предпузырное пространство
	в окологупочную область
19	Стенками сальниковой сумки не является
	задняя стенка желудка
	малый сальник
	начальная часть 12-перстной кишки
	брыжейка поперечной ободочной кишки

	листок брюшины, покрывающий переднюю поверхность поджелудочной железы
20	Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии
	справа
	слева
	спереди от артерии
	позади артерии
	огibtает артерию в виде кольца
21	Верхняя брыжеечная артерия является ветвью:
	печеночной артерии
	желудочно-12перстной артерии
	брюшной аорты
	правой желудочно-сальниковой артерии
	правой почечной артерии
22	Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки
	пять
	семь
	десять
	шестнадцать
	нет ни одного
23	Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1) привратник, 2) баугиниева заслонка, 3) наружный сфинктер заднего прохода, 4)внутренний сфинктер, 5) сфинктер Гирша
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4

	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
24	Через подгрушевидное отверстие таза выходят: 1) срамной нерв, 2) внутренняя срамная артерия, 3) нижний ягодичный нерв и одноименная артерия, 4) седалищный нерв, 5) подкожная ветвь заднего бедренного нерва и одноименная артерия
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
25	Гной из полости таза по запирающему отверстию распространяется
	на латеральную поверхность бедра
	на внутреннюю поверхность бедра
	под малую ягодичную мышцу
	под большую ягодичную мышцу
	под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра
26	Нижняя прямокишечная артерия отходит
	от внутренней подвздошной артерии
	от запирающей артерии
	от внутренней срамной артерии
	от нижней ягодичной артерии
	от промежностной артерии
27	Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно
	на грушевидной мышце
	на внутренней запирающей мышце
	на копчиковой мышце

	на подвздошно-поясничной мышце
	на лонно-прямокишечной мышце
28	Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты
	в верхнеампулярном отделе
	в среднеампулярном отделе
	в нижнеампулярном отделе
	в области запирающего аппарата прямой кишки
	циркулярные волокна везде развиты одинаково
29	У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены
	только мочевого пузыря
	мочевого пузыря и прямая кишка
	предстательная железа и прямая кишка
	мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка
	мочевого пузыря и предстательная железа
30	Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является
	диафрагмально-ободочная связка
	печеночно-дуоденальная связка
	пузырно-толстокишечная связка
	правая половина большого сальника
	малый сальник
31	Срамной нерв происходит
	из поясничного сплетения
	непосредственно из крестцового сплетения
	из подчревного сплетения
	из нижнего брыжеечного сплетения

	из сплетения, образованного 2,3и 4 крестцовыми нервами
32	Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями
	запирательного нерва
	срамного нерва
	тазового нерва
	бедренного нерва
	промежностного нерва
33	В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет
	копчиковая мышца
	подвздошно-копчиковая мышца
	лонно-прямокишечная мышца
	ано-копчиковая связка
	все перечисленные
34	Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются
	мочеточники
	подчревные артерии
	семенные пузырьки у мужчин
	предстательная железа
	все перечисленное
35	Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя
	заднего прохода, а снаружи запирательной мышцей и седалищным бугром называется
	межмышечным пространством
	пельвиоректальным пространством
	подкожным клетчаточным пространством

	ишиоректальным пространством
	ретроректальным пространством
36	Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1) паховые, 2) подчревные, 3) аноректальные, 4) верхние прямокишечные, 5) подвздошные
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
37	Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1) боковые клетчаточные пространства таза, 2) позадипрямокишечное клетчаточное пространство, 3) околовлагалищную клетчатку у женщин, 4) забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу, 5) околопростатическую клетчатку у мужчин
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
38	В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует: 1) луковично-губчатая и седалишно-пещеристая мышцы, 2) собственная фасция мочеполового треугольника, 3) глубокая поперечная мышца промежности, 4) запирательная мышца, 5) поверхностная поперечная мышца промежности
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
39	Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще

	всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную)
	ретроректальное
	ишиоректальное
	постанальное
	пельвиоректальное
	межмышечное
40	В основу сегментарного деления печени положено
	внутри печеночное ветвление печеночной артерии
	внутрипеченочное формирование желчных протоков
	разветвление портальной системы
	разветвление вкнутрипеченочных нервов
	лимфатическая система печени
41	Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет
	верхней брыжеечной артерии
	печеночной артерии
	артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
	нижней брыжеечной артерии
	всех перечисленных артерий
42	Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет
	до 2-х литров кишечного сока
	до 5-ти литров кишечного сока
	до 7-ми литров кишечного сока
	до 15-тилитров кишечного сока
	до 20-ти литров кишечного сока
43	В толстой кишке не всасываются: 1) вода и электролиты, 2) спирт, 3) глюкоза и

	моносахариды, 4) белки, 5) все жирорастворимые витамины
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
44	Верхняя брыжеечная вена: 1) начинается у конца подвздошной кишки, 2) поднимается к корню брыжейки тонкой кишки, 3) проходит впереди нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, 4) отвечает за стабильный кровоток в области желудка, большого сальника и двенадцатиперстной кишки 5) соединяется с селезеночной веной
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
45	Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1) большим по сравнению с тонкой диаметром, 2) серовато-пепельным оттенком, 3) особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент, 4) наличием жировых подвесков, 5) наличием гаустр
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
46	В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует кониевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1) подвздошная, 2) ободочная, 3) правая ободочная, 4) артерия червеобразного отростка, 5) средняя слепокишечная
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3

	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
47	Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет
	нижней брыжеечной артерии
	подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
	ветвей, непосредственно отходящих от аорты
	восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
	средней ободочной артерии
48	Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является
	правая ободочная артерия
	левая ободочная артерия
	правая и левая ободочная артерии
	средняя ободочная артерия
	нижняя брыжеечная артерия
49	Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования
	левой и правой ветвей средней ободочной артерии
	левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
	подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
	левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
	в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии
50	Артерии сигмовидной кишки отходят
	непосредственно от аорты
	от верхней брыжеечной артерии
	от нижней брыжеечной артерии

	от средней ободочной артерии
	от левой ободочной артерии
51	К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
52	Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1) восходящая ободочная кишка, 2) правый изгиб ободочной кишки, 3) поперечная ободочная кишка, 4) селезеночный угол, 5) нисходящая ободочная кишка
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
53	Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: 1) являются капиллярами, 2) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки, 3) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана, 4) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее, 5) в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
54	Внутренние геморроидальные узлы располагаются

	ниже аноректальной линии
	над аноректальной линией
	на уровне межсфинктерной борозды
	на уровне аноректальной линии
	на линии Хилтона
55	Микроскопически геморрой характеризуется
	варикозным расширением вен
	гиперплазией кавернозных телец
	ангиодисплазией
	тромбофлебитом
	склерозом глобусных анастомозов
56	Острая анальная трещина не имеет
	щелевидной формы
	гладких ровных краев
	анального (сторожевого) бугорка
	мышечной ткани на дне дефекта
	фибрина на раневой поверхности
57	Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид
	округлых плоских бляшек
	разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты
58	Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность
	сегментарное поражение слизистой оболочки
	воспалительный процесс локализуется преимущественно
	в правых отделах толстой кишки
	блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям

	гладких бугристых образований
	грануляционной ткани
59	Микроскопическая картина поражения при неспецифическом язвенном колите характеризуется
	воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки
	воспалительным инфильтратом, локализуемым только в слизистой оболочке
	преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания
	развитием склероза мышечного слоя
	образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки
60	Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется
	изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков
	тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
	тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
	обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
	наличием множественных язв-трещин в толстой кишке
61	Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются
	округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
	поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
	целевидными язвами, идущими в различных направлениях
	слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой "сплошную" язву
	на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается
62	Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является
	выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
	возникновение воспалительных полипов

	трансмуральное поражение толстой кишки
	образование раковых опухолей
	образование дивертикулов
63	К неэпителиальным злокачественным опухолям относится: 1) плоскоклеточный рак, 2) аденокарцинома из анальных желез, 3) базалиоидный рак, 4) злокачественная меланома, 5) мукоэпидермоидный рак
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
64	Макроскопическая картина болезни Гиршпрунга у взрослых характеризуется чаще всего: 1) расширением всех отделов прямой и ободочной кишки, 2) относительным сужением в дистальном отделе и расширением вышерасположенных отделов толстой кишки, 3) воспалительными изменениями слизистой оболочки толстой, 4) наличием язв на слизистой толстой кишки, 5) отсутствием гаустр в расширенных отделах кишки
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
65	Микроскопическая картина болезни Гиршпрунга может характеризоваться: 1) полным отсутствием межмышечного (Ауорбаховского) и подслизистого (Мейснерова) нервных сплетений, 2) значительным уменьшением числа ганглиев межмышечного сплетения, 3) укрупнением нервных стволов, 4) отсутствием клеток в нервных сплетениях, 5) отсутствием нервных сплетений
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4

	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
66	В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гишпрунга может иметь место: 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервного сплетения, 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, 3) гипертрофия мышечных слоев, 4) усиление гаустрации, 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
67	При дивертикулярной болезни: 1) наблюдается гиперэластоз продольного мышечного слоя кишки, 2) дивертикулы образованы не всеми слоями кишечной стенки, 3) дивертикулы локализуются чаще всего а сигмовидной кишке, 4) отмечается. утолщение стенки сигмовидной кишки, 5) циркулярные мышцы кишечной стенки разволакиваются
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
68	По микроструктуре каудальные тератомы могут представлять собой: 1) дермоид, 2) опухоль из трёх зародышевых листков, 3) эпидермоид, 4) эпителиальный копчиковый ход 5) эпителиальное погружение
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
69	Каудальные тератомы характеризуются тем, что: 1) могут быть кистозного строения, 2) могут иметь солидное строение, 3) образования солидного строения не имеют крупных кист, 4) при кистозном строении кисты крупные, 5) кисты могут быть одно- или

	многокамерные
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
70	При гистологическом исследовании солидных тератом могут быть обнаружены: 1) структуры, характерные для органов дыхания, 2) респираторный эпителий, 3) ткань щитовидной железы, 4) ткань головного мозга, 5) хрящевая ткань
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
71	Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
72	Карциномы толстой кишки характеризуются тем, что: 1) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, 2) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, 3) имеют плотную консистенцию, 4) не озлокачиваются и не метастазируют, 5) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4

	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
73	Для эндометриоза характерно: 1) отек и гиперемия слизистой оболочки, 2) синеватые пятна и полосы на слизистой, 3) наличие плотных узлов в стенке кишки, спаянных с окружающими тканями, 4) обязательное увеличение паховых лимфатических узлов, 5) прорастание эндометрием в стенку кишки со стороны слизистой оболочки
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
74	Для тубулярной аденомы толстой кишки наиболее характерно: 1) резкое увеличение бокаловидных клеток, 2) преобладание процессов альтерации эпителия, 3) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме, 4) преобладание процессов пролиферации эпителия, 5) изъязвление слизистой оболочки, покрывающей аденому
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
75	В ювенильных полипах: 1) строма резко преобладает над железистым компонентом, 2) в эпителиальных клетках усилено слизеобразование, 3) обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток, 4) преобладают процессы пролиферации эпителия, 5) в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5

76	Если при гистологическом исследовании полипа толстой кишки обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки в строме, то это говорит в пользу: 1) ювенильного полипа, 2) тубулярно-ворсинчатой аденомы, 3) аденокарциномы, 4) гаматомы, 5) тубулярной аденомы
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
77	Эпидермальные кисты параректальной клетчатки характеризуются тем, что: 1) стенка кист представлена тонким слоем соединительной ткани, 2) внутренняя поверхность выстлана эпидермисом с явлениями ороговения, 3) эпидермис не содержит придатков кожи, 4) в кистах содержатся волосы, 5) внутренняя поверхность кист содержит реснитчатый эпителий
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
78	Дермоидные кисты параректальной клетчатки: 1) имеют тонкую соединительнотканную оболочку, 2) выстилка их состоит из многослойного плоского эпителия, 3) эпителий содержит придатки кожи, 4) в содержимом кист встречаются волосы, 5) в выстилке кисты обнаруживаются сальные железы
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
79	Выделение "алой" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для
	геморроя

	раковой опухоли правых отделов толстой кишки
	раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
	злокачественной опухоли сигмовидной кишки
	синдрома раздражённой толстой кишки
80	Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является
	на правом или левом боку
	на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
	коленно-локтевое положение
	положение больного на спине в гинекологическом кресле
	лёжа на спине
81	При проведении осмотра больного не имеет решающего значения
	состояние кожи вокруг заднего прохода
	глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия
	сомкнуто, зияет
	выраженность волосяного покрова
	следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже
	наличие свищевых отверстий
82	При раке прямой кишки одним из первых клинических проявлений бывает, как правило
	боль в крестце
	выделение крови при дефекации
	общая слабость
	кишечная непроходимость
	анемия
83	В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным

	признаком является
	анемия
	нарушение выделительной функции толстой кишки
	нарушение кишечной проходимости
	боли в животе
	общая слабость толстой кишки
84	Для рака прямой кишки наиболее характерным признаком является
	кишечная непроходимость
	общая слабость
	боли в крестце
	боли в животе
	выделение сгустков крови из прямой кишки
85	Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило "циферблата часов". При этом аноскопическая область соответствует
	всегда 6-ти часам по циферблату
	6-ти часам только при положении пациента на спине
	6-ти часам только при положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
	9-ти часам при положении пациента на левом боку
	9-ти часам при положении пациента на правом боку
86	Пальцевое исследование прямой кишки производится
	как начальный этап обследования проктологического больного
	после ректороманоскопии
	после проктографии
	после проведения ирригоскопии
	после выполнения колоноскопии

87	Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются 1) ориентировочная оценка состояния костного скелета таза ,2) оценка состояния внутренних половых органов (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин), 3) оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода ,4) определение состояния просвета прямой кишки, степени её подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки, 5) оценка состояния ректовагинальной перегородки
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
88	Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1) на левом боку с приведёнными к животу коленями, 2) в коленно-локтевом положении, 3) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения), 4) стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем, 5) лёжа на животе по Депажу
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
89	Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1) только в положении пациента на спине (в положении для камнесечения), 2) только в положении по Депажу, 3) только в коленно-локтевом положении, 4) в положении пациента в зависимости от конкретной ситуации и цели исследования, 5) в положении, наиболее удобном для врача
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5

90	Диагностическими задачами ректороманоскопии являются: 1) определение характера патологического процесса, 2) определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки, 3) оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки, 4) биопсии, 5) взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
91	Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1) ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки, 2) рабочие части ректоскопа должны быть тёплыми и хорошо смазанными, 3) введение тубуса с мандреном в задний проход не должно быть грубым, 4) ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой, 5) тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
92	В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1) позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия, 2) протяжённость осмотра, 3) причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру, 4) тип ректоскопа, 5) выявленные находки, их локализацию в см при введении ректоскопа в соответствии с правилом "циферблата часов"
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
93	Аноскопия обычно используется для диагностики: 1) геморроя, 2) анальных трещин, 3) криптита, 4) язвенного проктита, 5) новообразований прямой кишки

	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
94	Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1) сфинктерометрия, 2) пальцевое исследование анального канала, 3) изучение кремастерного и анального рефлекса, 4) ректороманоскопии, 5) ирригоскопия
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
95	Проба с красителем при диагностике свища прямой кишки используется для: 1) установления характера происхождения свища, 2) дифференциальной диагностики специфического свища (туберкулезной и т.д. этиологии), 3) определения локализации свищевого хода, 4) установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, 5) выявления затеков и полостей
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
96	В понятие "толстая кишка" не входят
	подвздошная, "тощая" кишка
	слепая кишка
	восходящая кишка
	прямая кишка

97	Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются: 1) острое начало, 2) боли в области заднего прохода, 3) повышение температуры тела, 4) выделения из прямой кишки алой крови, 5) гнойные выделения из заднего прохода
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
98	Для хронического парапроктита наиболее характерным является
	гематурия
	наличие свищевого отверстия
	выделение алой крови в конце акта дефекации
	боли внизу живота
	диарея
99	При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести
	общий анализ крови
	общий анализ мочи
	посев отделяемого из свища на микрофлору
	биопсию
	исследование на раковый антиген
100	При хроническом геморрое обязательным является
	осмотр промежности
	ректороманоскопия
	аноскопия
	колоноскопия
	проктография

101	При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является
	кровотечение струйкой в конце акта дефекации
	выделение крови в конце акта дефекации каплями
	слизисто-кровянистые выделения из ануса
	выделение малых порций алой крови
	«стулобоязнь»
102	Пальцевое исследование прямой кишки и анального канала нужно произвести
	при подозрении на опухоль прямой кишки только после ректороманоскопии
	при подозрении на опухоль ободочной кишки после колоноскопии
	после гастродуоденоскопии и УЗИ органов брюшной полости при наличии жалоб на расстройство функции желудочно-кишечного тракта
	до применения инструментальных методов исследования, как начальный этап обследования любого пациента, обратившегося к специалисту-проктологу
	после проктографии
103	Абсолютным противопоказанием к проведению ректороманоскопии является
	наличие анальной трещины
	подозрение на рак нижеампулярного отдела прямой кишки
	атрезия заднего прохода
	травма прямой кишки
	кишечное кровотечение
104	Кремастерные рефлексы и рефлексы с перианальной кожи следует определить
	после пальцевого исследования прямой кишки
	после аноскопии
	если при пальцевом исследовании прямой кишки выявлена слабость анального сфинктера
	после пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии
	до всех видов исследования, включая пальцевое

105	Обязательным признаком наружного свища прямой кишки является
	зуд в области заднего прохода
	боль в прямой кишке пульсирующего характера
	гноевидные выделения из заднего прохода
	наличие свищевого отверстия
	кровянистые выделения из кишки
106	При подозрении на озлокачествление свища прямой кишки целесообразнее до операции выполнить
	посев отделяемого из свища
	исследование кишечной микрофлоры
	рентгенографию костей таза
	пункционную биопсию
	цитологическое исследование материала, полученного после выскабливания свищевого хода, при необходимости — биопсию стенки свищевого хода
107	Достоверными методами диагностики болезни Гишпрунга являются
	исследование ректоанального рефлекса
	гистохимическое определение ацетилхолинэстеразы
	биопсия по Свенсону
	ректороманоскопия
	колоноскопия
108	Определение ацетилхолинэстеразы производится в
	в мышечном слое прямой кишки
	в межмышечном слое прямой кишки
	в подслизистом слое прямой кишки
	в слизистой оболочке прямой кишки
	в серозном покрове ободочной кишки

109	Крипитом называется воспаление
	в морганиевых синусах
	в анальных сосочках
	в морганиевых криптах
	периаанальной кожи
	слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки
110	Хирургическое лечение при криптите показано при
	распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
	абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
	выделении фибрина из прямой кишки
	гиперемии крипты
	при болезненных ощущениях во время акта дефекации
111	Папиллит - это
	спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
	тромбированные внутренние геморроидальные узлы
	воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
	воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
	кондиломатозные разрастания кожи промежности
112	Папиллит обычно не бывает обусловлен наличием: 1) криптита, 2) геморроя, 3) острого парапроктита, 4) остроконечных периаанальных кондилом, 5) неполного внутреннего свища
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5

113	Основным отличием анального сосочка от аденомы является: 1) расположение на уровне аноректальной линии, 2) расположение выше уровня аноректальной линии, 3) выпадение из анального канала, 4) гистологическое строение 5) отсутствие выраженной ножки
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
114	Радикальным лечением папиллита может быть: 1) иссечение анального сосочка, 2) электрокоагуляция анального сосочка, 3) иссечение сосочка вместе с соседней криптой 4) ежедневное прижигание сосочка ляписом, 5) микроклизмы с 0,3% раствором колларгола
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
115	Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием
	злокачественного процесса
	перианальных кондилом
	острого парапроктита
	анальной трещины
	геморроя
116	Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается
	в морганиевой крипте
	на линии Хилтона
	в нижнеампулярном отделе прямой кишки
	в верхнеампулярном отделе прямой кишки

	в среднеампулярном отделе прямой кишки
117	Обязательным признаком для свищей прямой кишки является
	зуд в области промежности
	боль в прямой кишке пульсирующего характера
	кровотечение во время дефекации
	наличие на коже промежности рубцов
	наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности
118	При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять
	наружный осмотр и пальпацию перианальной области
	пальцевое исследование прямой кишки
	прокрашивание свищевого хода и зондирование
	колоноскопию
	ректороманоскопию
119	Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению: 1. к внутреннему сфинктеру 2. наружному сфинктеру заднего прохода 3. к морганиевой крипте 4. клетчаточному пространству 5. к лонному сочленению
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
120	Причинами первичного анального зуда могут быть
	воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
	сахарный диабет
	глистная инвазия
	гепатит и пиелонефрит

	несоблюдение гигиены
121	Течение хронического парапроктита может осложниться
	возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия
	распространением воспалительного процесса
	озлокачествлением
	развитием недостаточности анального сфинктера
122	При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить
	посев отделяемого свища для определения микрофлоры
	посев кала на дисбактериоз
	цитологическое или гистологическое исследование
	сфинктерометрию
	рентгенографию крестцового отдела позвоночника
123	Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является
	кишечная непроходимость
	кровотечение
	обострение воспаления
	малигнизация
	анальный зуд
124	Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и: 1. рак прямой кишки 2. кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки 3. эпителиальный копчиковый ход 4. остеомиелит копчика 5. свищевую форму пиодермии
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5

125	Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что
	свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера
	свищевой ход без затеков
	отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища
	свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы
	есть воспалительные изменения в запирательном аппарате прямой кишки
126	Вторая степень сложности экстрафинктерных свищей прямой кишки характеризуется
	широким внутренним отверстием в одной из крипт
	рубцовыми изменениями в стенке анального канала
	рубцовыми изменениями и области внутреннего отверстия свища
	затеками в параректальной клетчатке
	воспалительными изменениями в соседних криптах
127	Третья степень сложности экстрафинктерных свищей прямой кишки характеризуется
	широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
	внутренним отверстием без рубцовой деформации
	свищевым ходом без затеков и полостей
	наличием затёков в клетчаточном пространстве
	прямым свищевым ходом
128	Четвёртая степень сложности экстрафинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что
	свищевой ход всегда прямой
	свищевой ход идёт экстрафинктерно без затёков в параректальной клетчатке
	внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации
	внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки

	всегда есть инфильтрация стенки анального канала
129	К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется
	два внутренних отверстия при одном наружном
	два наружных отверстия при одном внутреннем
	извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
	свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
	свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием
130	Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно
	наличие короткого свищевого хода
	наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию
	свободное прохождение зонда в просвет кишки
	наличие гнойных полостей
	частое обнаружение гнойных затёков
131	При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно
	иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
	рассечение свищевого хода без иссечения тканей
	иссечение свища с низведением слизистой
	иссечение свища в просвет прямой кишки
	иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами
132	Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях
	полностью исключено
	нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии
	если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике

	возможно при интрасфинктерном свище
	целесообразно при неполных внутренних
133	При чресфинктерном свище прямой кишки лучше всего
	всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки
	иссечение свища с ушиванием сфинктера
	применять лигатурный методе использованием шелка
	в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций
	провести латексную лигатуру
134	При экстрасфинктерных свищах деление на степени сложности в основном имеет значение для
	дифференцированного подхода к выбору вида операции
	прогнозирования исходов лечения
	разработки мер профилактики осложнений
	выбора вида обезболивания
	для планирования сроков пребывания больного в стационаре
135	При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно
	иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
	иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизистой
	иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краёв ко дну
	иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием её
	иссечение свища с проведением латексной лигатуры
136	При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать
	шёлк
	викрил или полисорб

	лавсан
	кетгут хромированный
	кетгут простой
137	У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ. Оптимальным методом операции следует считать
	иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
	иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
	иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков
	иссечение свища с подшиванием краёв раны ко дну
	иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затёков
138	Пересечение анокопчиковой связки
	производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
	выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
	целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
	при свищах прямой кишки никогда не производится
	имеющейся слабости анального сфинктера
139	Вовремя операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо:
	иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки
	вскрыть затеки
	иссечь внутреннее свищевое отверстие
	выскоблить внутрстеночную часть свищевого хода
	иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры
140	Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой могут быть связаны с

	ретракцией лоскута слизистой
	несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут
	оставлением части свищевого хода или затека
	наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки
	несоблюдением постельного режима в течение 7 дней
141	Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно
	если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия
	при боковых свищах
	при передних свищах у женщин
	при передних свищах у мужчин
	при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране промежности
142	Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны
	ежедневные перевязки
	затягивания лигатуры при её ослаблении
	своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой
	бесшлаковая диета
	препараты для ускорения заживления ран
143	Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно
	не форсировать затягивание лигатуры
	избегать длительной тампонады раны анального канала
	следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно
	весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе
	ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции

144	Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктер, целесообразно
	применять / образные швы на мышцу
	сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны
	накладывать шелковые швы на периферическую часть раны
	наложить дополнительные чрескожные П-образные швы на сфинктер
	не ушивать кожу промежностной раны
145	Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно в следствие
	нагноения раны
	раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
	прохождения твёрдых каловых комков при длительной задержке стула
	наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер
146	Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью
	солевого слабительного
	приема внутрь касторового масла
	приема внутрь вазелинового масла
	очистительной клизмы
	лаважа
147	Пальцевое исследование после операции по поводу свища прямой кишки с ушиванием сфинктера необходимо для
	определения тонуса сфинктера
	определения волевых сокращений сфинктера
	контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер
	контроля за течением ране вот процесса (наличие инфильтрата и др.)
	предотвращения слипания краев слизистой оболочки
148	У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается

	недержание газов. Это следует расценивать как
	нормальное явление после операции
	2-ю степень недостаточности анального жома
	временное явление
	1-ю степень недостаточности анального жома
	рецидив свища прямой кишки
149	При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать
	хирургическое лечение
	медикаментозную стимуляцию сфинктера
	отказ от овощей и фруктов
	лечебную физкультуру
	ежедневную постановку очистительных клизм
150	Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно
	при 2 степени сложности свища
	при 1 степени сложности свища
	при 3 степени сложности свища
	при 4 степени сложности свища
	при любой степени сложности, если нет гнойного процесса, и есть, условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута
151	Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой перед лигатурным методом является
	отсутствие повреждения анального сфинктера
	большая радикальность
	меньший процент нагноений раны
	меньшая травматичность операции
	уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

152	При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению
	перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
	перфорация лоскута выше внутреннего отверстия
	выделение слизистой с внутренним сфинктером
	использование электрокоагуляции для гемостаза
	фиксация низведенного лоскута кетгутом
153	При операциях по поводу свища прямой кишки задняя дозированная сфинктеротомия: 1) необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера, 2) выполняется при иссечении свища в просвет кишки, 3) показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута, 4) выполняется при иссечении свища с проведением и затягиванием лигатуры, 5) не показана ни при одной из перечисленных операций
	правильные ответы 1,2 и 3
	правильные ответы 1 и 3
	правильные ответы 2 и 4
	правильный ответ 4
	правильные ответы 1,2,3,4 и 5
154	Затягивание лигатуры интраоперационно при операции по поводу свища прямой кишки
	необходимо всегда
	целесообразно, если нет параректальных затеков
	никогда не производится
	не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища
	не выполняется у женщин
155	Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано
	при 1 степени сложности свища
	при 3 степени сложности свища

	при 2 степени сложности
	при 4 степени сложности свища
	при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома
156	Под термином "ректоцеле" понимают
	выпадение прямой кишки
	избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
	опущение передней стенки влагалища и матки
	мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
	выпадение слизистой прямой кишки
157	Причиной развития переднего ректоцеле могут быть
	разрывы промежности в родах
	упорные запоры
	ослабление мышц тазового дна
	многократные роды
	возрастные изменения тканей промежности
158	Ректоцеле следует дифференцировать с
	кистой ретро-вагинальной перегородки
	выпадением слизистой прямой кишки
	промежностной грыжей
	выпадением стенок влагалища
	внутренним выпадением прямой кишки
159	Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является
	чувство неполного опорожнения прямой кишки
	недержание газов
	частые позывы на дефекацию

	выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
	трудности при опорожнении прямой кишки
160	Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны
	у нерожавших женщин
	только при I степени
	при II и III степени
	при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны
	у женщин старше 50 лет
161	При переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера можно выполнить
	леваторопластику только перинеальным доступом
	леваторопластику только вагинальным доступом
	выбор доступа зависит от возраста пациентки
	выбор доступа зависит от размеров ректоцеле
	выбор доступа зависит от степени чистоты влагалища
162	Остроконечные кондиломы могут локализоваться
	на перианальной коже
	на коже половых органов
	в анальном канале
	на слизистой оболочке прямой кишки
	только на коже вокруг заднего прохода
163	Остроконечные перианальные кондиломы вызываются
	бледной спирохетой
	клубридий
	актиномицетами
	вирусом

	этиология не установлена
164	Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является
	аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки
	саркома промежности
	плоскоклеточный неороговевающий рак
	опухоль Вушке-Левенштейна
	анальный рак
165	Предрасполагающими причинами выпадения прямой кишки являются
	наследственный фактор
	особенности конституции организма
	особенности строения прямой кишки
	дегенеративные изменения в мышцах запирающего аппарата прямой кишки
	глубокий тазовый карман брюшины
166	Основными причинами, приводящими к выпадению прямой кишки, являются
	истощение
	тяжелый физический труд
	желудочно-кишечные заболевания
	тупые травмы живота
	тяжелые роды
167	К анатомо-конституциональным особенностям, являющимися предрасполагающими условиями для выпадения прямой кишки, относятся
	уплощение крестцово-копчиковой кривизны
	цилиндрическая форма прямой кишки
	чрезмерная подвижность сигмовидной и прямой кишок
	врожденная слабость связочного аппарата

168	Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются
	по типу скользящей грыжи
	из-за недостаточности наружного сфинктера заднего прохода
	по типу кишечной инвагинации
	по типу висцероптоза
	из-за опущения матки и стенок влагалища
169	Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но и при физической нагрузке, то это-
	пятая степень выпадения
	четвертая степень выпадения
	третья степень выпадения
	вторая степень выпадения
	первая степень выпадения
170	О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует
	выпадение кишки при каждом акте дефекации
	выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
	недержание газов
	необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки
	недержание газов и жидкого кала
171	Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интаректальная инвагинация) является
	обильные выделения крови при дефекации
	тупые боли внизу живота при дефекации
	чувство неполного опорожнения прямой кишки
	развитие солитарной язвы
	многомоментная дефекация

172	Подтверждением слабости соединительно-тканых структур, что встречается при выпадении прямой кишки, является
	конституциональный тип больного
	наличие грыжевых выпячиваний
	наличие плоскостопия
	варикозное расширение вен нижних конечностей
	опущение органов брюшной полости
173	Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить
	в коленно-локтевом положении
	в положении как для камнесечения
	лежа на животе
	в положении больного на корточках и с натуживанием
	в вертикальном положении
174	На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает
	яйцевидная форма выпадающей кишки
	конусовидная форма выпадающей кишки
	длина выпавшего участка кишки более 15см
	наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
	отек и гиперемия слизистой оболочки
175	К необязательным методам обследования у больных с выпадением прямой кишки относится
	наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки
	ректороманоскопия
	рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта
	ультразвуковое исследование полости малого таза

	исследования функции запирающего аппарата прямой кишки
176	Шаровидная или яйцевидная форма выпадающей прямой кишки отмечается при
	при выраженной потере тонуса кишечной стенки
	недостаточности анального сфинктера
	наличие петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
	наличие петли сигмовидной кишки между стенками прямой кишки
	длине выпадающей части более 20 см
177	Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15см свидетельствует о
	потере тонуса кишечной стенки
	недостаточности сфинктера заднего прохода
	наличие петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
	вовлечение в патологический процесс сигмовидной кишки
	декомпенсации мышц тазового дна
178	Основным отличительным признаком выпадения геморроидальных узлов от выпадения прямой кишки является
	длина выпадающей части
	цвет слизистой оболочки
	алый цвет крови
	дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки
	отсутствие боли в заднем проходе
179	Дифференцировать выпадение прямой кишки от эндофитных опухолей прямой кишки приходится при
	ущемлении выпавшего отрезка кишки из-за инфильтрации ее стенки
	наличие ворсинчатых опухолей прямой кишки
	крупных выпадающих анальных сосочков
	наличие внутреннего выпадения и солитарной язвы

	выделении при дефекации темной крови
180	Самый достоверный способ отличить эндофитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы
	пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные
	ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала
	установить отсутствие интратректальной инвагинации с помощью видеодефекографии
	провести морфологическое исследование
	оценить данные ультрасонографии
181	Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть
	только хирургическим
	хирургическим только при осложнениях
	консервативным при первой степени выпадения
	хирургическим у пациентов не старше 40 лет
	консервативным у больных старше 50 лет
182	Операция Делорма заключается в: 1)так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки, 2)циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки , 3)циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сближающих швов на мышечную стенку в виде валика, 4)использовании при операции по Тиршу тефлоновой нити , 5)использовании при операции по Тиршу тефлоновой сетки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
183	К фиксирующим операциям при выпадении прямой кишки относятся
	способ Зеренина-Кюммеля

	способ Рипштейна
	задне-петлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью тefлоновой сетки
	операция Тирша
	операция Делорма
184	В основу современной классификации хронического геморроя положены
	размеры геморроидальных узлов
	выраженность выпадения геморроидальных узлов
	частота тромбирования узлов
	кровотечения из геморроидальных узлов
	наличие или отсутствие наружных узлов
185	В патогенезе геморроя ведущими являются
	сосудистый фактор
	характер питания
	механический фактор
	фактор хронических запоров
	у женщин фактор беременности и родов
186	При первой стадии геморроя внутренние узлы
	выпадают, но вправляются самостоятельно
	выпадают и самостоятельно не вправляются
	кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно
	кровоточат, но не выпадают из анального канала
	не кровоточат и не выпадают
187	Растяжение и дистрофия мышцы и связочного аппарата, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале, может развиться из-за
	натуживаний при затрудненной дефекации

	беременности и родов
	злоупотребления алкоголем и острой пищей
	подъема тяжестей
	длительного вынужденного положения на работе
188	При третьей стадии геморроя внутренние узлы
	выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно
	увеличены и кровоточат при дефекации
	увеличены, кровоточат при дефекации , 1-2 раза в году тромбируются
	выпадают, для вправления необходимо ручное пособие
	постоянно выпадают и не вправляются
189	В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки
	миома матки
	кровоточащий геморрой
	полип желудка
	полипы прямой кишки
	опухоль прямой кишки
190	В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Этой пациентке целесообразно
	начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами
	амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов
	направить под наблюдение гинеколога
	госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя
	амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении

191	Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное. В крови умеренное снижение гемоглобина. При осмотре выявлен кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика
	срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции
	провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки
	назначить больному диету, свечи
	посоветовать применять свечи и наладить стул
	провести обследование в стационаре
192	Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя: 1.кровотечение 2. боли после дефекации 3.выпадение узлов 4.анальный зуд 5.кишечный дискомфорт
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
193	При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются: 1.кровотечение 2.выпадение узлов 3.боли в заднем проходе 4.кишечный дискомфорт .5 анальный зуд
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
194	Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются: 1).темным цветом крови 2).алым цветом крови 3). наличием сгустков 4).периодичностью 5).постоянством
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3

	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
195	Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на: 1)устранение боли, 2) улучшение микроциркуляции, 3)улучшение кровотока в геморроидальных узлах, 4)уменьшение хрупкости сосудистых стенок, 5)остановку кровотечения
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
196	Основные принципы действия препарата "Детралекс": 1)повышение венозного тонуса, 2)купирование воспаления, 3)стимуляция венозного кровотока, 4)улучшение лимфодренажа, 5)устранение микроциркуляторных расстройств
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
197	К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся: 1)инфракрасная коагуляция, 2)электрокоагуляция, 3)склеротерапия, 4)лигирование узлов латексными кольцами, 5)шовное лигирование геморроидальных сосудов
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
198	Основные принципы применения малоинвазивных методик лечения геморроя: 1)они

	применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов, 2)не применяются при выраженном наружном геморрое, 3)не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности, 4)все манипуляции выполняются с применением обезболивания , 5)все оборудование должно быть от известных фирм - производителей
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
199	Показанием к инфракрасной фотокоагуляции служит: 1)геморрой в любой стадии, 2)только геморрой Iстадии, 3)комбинированный геморрой без кровотечений, 4)кровотокащий внутренний геморрой 1-2 стадий, 5)геморрой без кровотечений, но с выпадением узлов
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
200	Противопоказанием к проведению склеротерапии является: 1)тромбоз геморроидальных узлов, 2)парапроктит острый, 3)парапроктит, хронический , 4)крипт
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4
201	Противопоказанием к лигированию узлов латексными кольцами является: 1)тромбоз геморроидальных узлов, 2)воспалительные заболевания анального канала, 3)комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами, 4)геморрой без выпадения узлов, 5)внутренний геморрой по типу циркулярного, без четкой локализации узлов на 3, 7 и 11 часах

	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
202	Основной причиной сильных болей после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами служит: 1) одновременное лигирование более двух узлов, 2)втяжение гребешковой зоны в латексное кольцо, 3)тромбоз соседних узлов, 4) несоблюдение строгой диеты, 5)несоблюдение постельного режима
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
203	Основными причинами кровотечения в ранние сроки после лигирования латексными кольцами являются: 1)соскальзывание лигатуры после лигирования небольшого узла, когда масса его недостаточна для удерживания кольца, 2)разрыв латексного кольца из-за большой массы узла, 3) дефекация в первый день после лигирования, 4) несоблюдение строгого постельного режима, 5) прием пищи в день проведения лигирования
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
204	Недостаточность анального сфинктера маловероятна после операции по поводу: 1)парапроктита острого, 2) свища прямой кишки, 3) геморроя, 4) анального полипа , 5) анальной трещины со сфинктеротомией
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4

	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
205	Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвете прямой кишки может развиваться в следствии: 1) неправильной оценки локализации свищевого хода, 2) повреждения глубокой порции наружного жома, 3) широкого рубца в анальном канале, 4) введения в задний проход во время операции ректального зеркала, 5) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
206	Развитие недостаточности анального сфинктера после операции иссечения свища прямой кишки с ушиванием сфинктера вероятнее всего из-за: 1) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране, 2) недостаточности швов на сфинктере, 3) локализации свищевого хода в глубокой порции наружного жома, 4) нагноения и расхождения швов, 5) использования ректального зеркала во время операции
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
207	Недостаточность анального жома после операции по поводу свища прямой кишки с использованием лигатурного метода чаще всего развивается вследствие: 1) слишком быстрого прорезывания лигатуры, 2) использования в качестве лигатуры шелка, 3) образования обширного рубца на сфинктере, 4) применения лигатуры при переднем свище прямой кишки, 5) использования в качестве лигатуры латекса
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4

	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
208	Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за: 1) оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища, 2) недостаточного дренирования межсфинктерного пространства, 3) проведения лигатуры по ложному ходу, 4) рубцовых изменений в сфинктере, 5) использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
209	Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие: 1) разрывов шейки матки, 2) повреждения стенки влагалища, 3) разрыва преддверия влагалища, 4) растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода, 5) перерастяжения в родах кожи промежности
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
210	Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера показано при: 1) функциональной недостаточности, 2) посттравматической 2 степени, 3) посттравматической 1 степени, 4) посттравматической у больных старше 60 лет, 5) посттравматической 2 степени при повреждении сфинктера в боковых сегментах протяженностью менее окружности
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
211	Самой частой причиной развития посттравматической недостаточности анального

	сфинктера является: 1) использование клизм для очищения прямой кишки в течение длительного времени, 2) инородные тела прямой кишки, 3) разрывы и растяжения сфинктера в родах, 4) операционная травма сфинктера, 5) бытовая травма сфинктера
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
212	Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при: 1) функциональной недостаточности 2 степени, 2) органической недостаточности 2 степени, 3) органической недостаточности 1 степени, 4) органической недостаточности 3 степени, 5) при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени.
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
213	У больных с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода 2 степени с дефектом жома протяженностью до 1/2 окружности может быть выполнена операция: 1) только сфинктеропластика, 2) сфинктероглютеопластика, 3) только сфинктеролеваторопластика, 4) в зависимости от состояния мышцы и локализации поражения-сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика, 5) по Тиршу
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
214	При недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция: 1) сфинктеропластика, 2) сфинктеролеваторопластика, 3) в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце - сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика, 4) сфинктероглютеопластика, 5) лейомиопластика

	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
215	При наличии дефекта сфинктера более половины окружности выполняются операции: 1) создания жома из длинных лоскутов ягодичных мышц, 2) формирования запирающего аппарата из нежной мышцы бедра, 3) формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра, 4) сфинктеролеваторопластика ,5) сфинктеропластика
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
216	Показанием к операции сфинктеролеваторопластики является: 1) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до окружности по боковым сегментам, 2) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до 1/2 окружности по передней или задней полуокружности, 3) недостаточность сфинктера 2-3 степени при наличии дефекта до 1\3 окружности, 4) недостаточности 2-3 степени у больных с выпадением прямой кишки, 5) любая степень недостаточности после операции по поводу заднего свища прямой кишки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
217	Сфинктеро-глютеопластика показана при : 1) дефекте сфинктера по передней полуокружности, 2) дефекте сфинктера по задней полуокружности, 3) недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки, 4) недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1\3 окружности по боковым полуокружностям, 5) недостаточность сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1\3 по задней полуокружности
	если правильные ответы 1,2,3

	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
218	Глютеопластика нецелесообразна при: 1) травматическом повреждении ягодичных мышц, 2) органической недостаточности сфинктера 1 степени, 3) атрофии ягодичных мышц, 4) наличии дефекта сфинктера более половины окружности, 5) полном отсутствии сфинктера
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
219	При операции сфинктероглютеопластики используется: 1) длинный лоскут большой ягодичной мышцы, 2) длинный лоскут малой ягодичной мышцы, 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы, 4) короткий лоскут большой ягодичной мышцы, 5) короткий лоскут малой ягодичной мышцы
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
220	При дефекте сфинктера более половины окружности используются: 1) длинные лоскуты малой ягодичной мышцы, 2) короткие лоскуты большой ягодичной мышцы, 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы, 4) длинный лоскут большой ягодичной мышцы, 5) короткий лоскут средней ягодичной мышцы
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4

	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
221	Сфинктеролеваторопластику у больных выпадением прямой кишки выполняют: 1) как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки, 2) выполнение при недостаточности 2-3 степени, 3) выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения, 4) после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 ст., 5) только у больных не старше 40 лет
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
222	Причиной неспецифического язвенного колита является
	психическая травма
	физическая травма
	кишечная инфекция
	микробное начало
	причина неизвестна
223	В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор
	этиология
	локализация процесса
	тяжесть заболевания
	острота болезни
	длительность заболевания
224	Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются: 1) понос, 2) кровь в стуле, 3) боли в животе, 4) тошнота и рвота, 5) головные боли
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3

	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
225	Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с : 1) бактериальной дизентерией, 2) амебной дизентерией, 3) болезнью Крона, 4) опухолями толстой кишки, 5) недифференцированными колитами
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
226	Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является:
	копрология
	посев кала на микрофлору
	колоноскопия
	рентгенологическое исследование тонкой кишки
	гастроскопия
227	Для оценки тяжести атаки неспецифического язвенного колита не учитывается критерий
	склонность к запорам
	частота стула в сутки
	примесь крови в стуле
	температура тела
	изменение лабораторных показателей
228	В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют: 1) сульфаниламидные препараты, 2) стероидные гормоны 3) антибактериальные препараты, 4) слабительные средства, 5) промывания кишечника
	если правильные ответы 1,2,3

	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
229	Целесообразным хирургическим вмешательством при неспецифическом язвенном колите является: 1) двустольная илеостомия, 2) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы , 3) колэпроктэктомия, 4) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, 5) резекция левых отделов ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
230	Показанием к экстренной операции у больных неспецифическим язвенным колитом служит: 1) неэффективность консервативной терапии, 2) перфорация кишки, 3) нарастающая общая слабость, потеря в весе, 4) токсическая дилатация толстой кишки, 5) ежедневные выделения крови с калом
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
231	Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является
	кишечное кровотечение
	токсическая дилатация толстой кишки
	отсутствие эффекта от консервативной терапии
	перфорация толстой кишки

	учащение стула до 5-6 раз сутки
232	Элементами предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита являются
	введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики
	очистительная клизма, антибиотики,
	очистительная клизма, гормональные препараты,
	кишечный лаваж
	15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут
233	Нежелательным элементом в процессе предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита, осложненного кровотечением, является
	локальная гипотермия
	применение гемостатических препаратов, препаратов крови
	применение противошоковых средств
	назначение антикоагулянтов
	назначение стероидных препаратов
234	Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются
	закрытие двустольной илеостомы после операции отключения
	колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
	закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
	илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
	илеотрансверзо анастомоз
235	Введение послеоперационного периода у больных неспецифическим язвенным колитом предусматривает
	в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену сразу же после операции

	постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель
	длительное продолжение гормональной терапии
	увеличение дозы гормональных препаратов
	снижение дозы гормонов в два раза через день после операции
236	Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает
	формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки
	ушивания "окна" между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
	подшивания серозной оболочки кишки к коже
	подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
	подшивания париетальной брюшины к коже
237	Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является
	J-образный
	S-образный
	O-образный
	W-образный
	Г-образный
238	Больные после радикальных операций по поводу неспецифического язвенного колита являются
	инвалидами 1 группы
	инвалидами 2 группы с запрещением работы
	инвалидами 2 группы с правом работы в специально созданных условиях
	больные могут быть допущены ко всем видам труда
	пациенты должны выполнять работу без физических и психических нагрузок
239	Причиной развития болезни Крона является
	инфекционное начало

	эмоциональные стрессы
	травма живота
	перенесенные операции
	причина неизвестна
240	Классификация болезни Крона не предусматривает
	локализации поражения
	протяженности поражения
	тяжести течения болезни
	наличия осложнений
	степени сложности
241	Патогномичными клиническими признаками болезни Крона являются
	запоры, вздутие живота, повышение температуры
	понос, боли в суставах
	постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура
	боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
	наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов
242	Рентгенологическими симптомом, не характерным для болезни Крона, является
	наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки
	множественные выпячивания стенки толстой кишки
	наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
	наличие внутренних и наружных кишечных свищей
243	Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1) рак толстой кишки, 2) лимфома тонкой кишки, 3) неспецифический язвенный колит, 4) ишемический колит, 5) осложненный дивертикулез толстой кишки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3

	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
244	Для консервативного лечения болезни Крона применяются: 1) иммунорегуляторы, 2) сульфаниламиды, 3) гормоны, 4) опиаты
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4
245	Показанием к плановому оперативному лечению болезни Крона является: 1) кишечное кровотечение, 2) прикрытая перфорация кишки, 3) дилатация толстой кишки, 4) отсутствие эффекта от консервативного лечения, 5) стриктура кишки с явлениями непроходимости
	если правильные ответы 1,2 и 3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
246	Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и перианальных осложнений при болезни Крона включает: 1) применение очистительных клизм, 2) проведение кишечного лаважа, 3) пенообразующие микроклизмы, 4) бесшлаковую диету, вазелиновое масло, 5) касторовое масло и очистительные клизмы
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
247	При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной

	подготовки применяется: 1) гормональная терапия 2) коррекция белковых нарушений, 3) энтеральное питание 4) санация гнойно-септических очагов 5) лечение сопутствующих заболеваний
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
248	При болезни Крона толстой кишки не применяется: 1) сегментарная резекция толстой кишки, 2) резекция илеоцекального отдела, 3) гемиколэктомия, 4) серозотомия, 5) стриктурапластика
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
249	Наиболее рациональный объём срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона: 1) тотальное удаление толстой кишки, 2) илеостомия, 3) резекция кишки с наложением анастомоза, 4) обструктивная резекция кишки, 5) стриктуропластика
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
250	К особенностям применения гормональных препаратов после радикальных операций у пациентов с болезнью Крона относится: 1) отмена гормональных препаратов сразу после операции, 2) постепенная отмена гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель, 3) увеличение дозы гормонов, 4) длительное применение гормональных препаратов, 5) применение гормонов только в первые три дня после операции
	если правильные ответы 1,2,3

	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
251	Особенностями перианальных поражений при болезни Крона является: 1) сочетание свищей и язв, 2) склонность к рецидивированию, 3) самопроизвольное заживление язв и свищей при ремиссии болезни, 4) внутреннее отверстие свища всегда располагается в анальной крипте, 5) свищевой ход, как правило, является экстрасфинктерным
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
252	По характеру болезни синдрому раздраженной толстой кишки наиболее соответствует название: 1) хронический колит, 2) спастический колит, 3) хронический энтероколит, 4)кишечная диспепсия, 5) копростаз
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
253	Этиопатогенетическим механизмом развития синдрома раздраженной кишки является: 1) инфекционный, 2) паразитарный, 3)психический стресс, 4)нарушение моторики толстой кишки, 5) аллергический
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

254	При синдроме раздраженной кишки имеют место: 1)изменение иммунного статуса, 2) изменения биоценоза толстой кишки, 3) выраженные нарушения обмена веществ, 4)нарушения секреции толстой кишки, 5) выраженные психические отклонения
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
255	К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся
	постоянный жидкий стул
	постоянные запоры
	постоянная примесь крови в кале
	затруднённое опорожнение прямой кишки
	неустойчивый стул
256	При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь
	алой крови
	гноя
	слизи
	прожилок крови
	сукровицы
257	Наиболее типичный характер болей при синдроме раздраженной кишки:
	боли постоянного характера
	боли, возникающие после еды
	боли, стихающие после дефекации
	боли при ходьбе и физической нагрузке
	ночные боли

258	Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется:
	сбор анамнеза
	рентгенологическое обследование
	колоноскопия
	бактериологическое исследование кала
	ангиография
259	При синдроме раздраженной кишки эндоскопическое исследование выявляет: 1) гиперемия и отек слизистой оболочки, 2) смазанность сосудистого рисунка, 3) частые спазмы стенки кишки, 4) резкую болезненность при осмотре, 5) контактную кровоточивость слизистой оболочки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
260	Важными диагностическими критериями, позволяющими отличить синдром раздраженной кишки от заболеваний органической природы (критерии А. Маннинга), являются: 1) боль в животе стихает после дефекации, 2) стул сопровождается болью, 3) отмечается вздутие живота, 4) определяется слизь в кале, бывают ложные позывы с выделением слизи, 5) бывает ощущение неполного опорожнения
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
261	Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:
	механические и термически обработанные продукты
	ограничение углеводов

	полное исключение мясных продуктов
	пищу с повышенным содержанием клетчатки
	продукты с пониженным содержанием соли
262	Ишемический колит обусловлен:
	сердечной недостаточностью
	длительным применением пероральных контрацептивов
	нарушением кровообращения в нижней брыжеечной артерии
	применением вазопрессоров
	травмой передней брюшной стенки
263	Симптомами развития дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются: 1) внезапное урежение стула на фоне диареи, 2) вздутие живота, 3) боли в животе, 4) учащение стула до 15-20 раз в сутки, 5) увеличение примеси крови и слизи в кишечном содержимом
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
264	Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют: 1) дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки, 2) врожденная слабость соединительной ткани, 3) приобретенная слабость соединительной ткани, 4) дискоординация моторики толстой кишки, 5) сосудистые изменения в стенке толстой кишки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
265	Анатомическими предпосылками к развитию дивертикулов в ободочной кишке являются: 1) формирование наружного мышечного слоя ободочной кишки в виде полос, 2) наличие

	артерий и вен, перфорирующих мышечный каркас кишечной стенки, 3) наличие гаустр, в которых может генерироваться повышенное внутрикишечное давление, 4) астенический тип сложения, 5) гиперстенический тип сложения
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
266	Морфология дивертикулярной болезни характеризуется: 1) разволокнением циркулярных мышц кишечной стенки, 2) гиперэластозом продольного мышечного слоя, 3) мешковидными выбуханиями слизистого и подслизистого слоев кишки, покрытых серозной оболочкой, 4) отсутствием мышечной оболочки в стенке дивертикулов, 5) мио- и нейропатией стенки кишки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
267	К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится: 1) дивертикулит, 2) паракишечный инфильтрат, 3) паракишечный абсцесс, 4) озлокачествление, 5) кишечное кровотечение
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
268	Самым частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является: 1) перфорация дивертикула в свободную брюшную полость, 2) внутренние и наружные кишечные свищи, 3) кишечное кровотечение, 4) дивертикулит, 5) стриктура кишки
	если правильные ответы 1,2,3

	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
269	Абсолютными показаниями к операции по поводу осложненного дивертикулеза толстой кишки являются: 1) перфорация дивертикула, 2) массивное кровотечение, 3) абсцедирование инфильтрата, 4) кишечная непроходимость, 5) невозможность исключить рак
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
270	Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни: 1) периодические кишечные кровотечения; 2) рецидивирующий дивертикулит, 3) кишечные свищи, 4) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе, 5) паракишечный инфильтрат
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
271	О степени адаптации и выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как: 1) сроки приживания кишки, 2) состояние слизистой оболочки кишки, 3) объём кишечных выделений, 4) отсутствию параилеостомического дерматита, 5) появлении аппетита у больного
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4

	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
272	После операции с наложением илеостомы при гладком течении: 1) заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней, 2) заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней, 3) максимальный суточный объем выделений из илеостомы 800-900 мл, 4) суточный объем выделений из илеостомы более 1 литра, 5) стабилизация функции илеостомы наступает не раньше полугода
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
273	Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде: 1)воспалительные, 2) кишечная непроходимость, 3) некроз илеостомы, 4) параилеостомическая грыжа, 5)выпадение илеостомы
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
274	К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся: 1)стеноз илеостомы, 2) выпадение илеостомы, 3) свищ илеостомы, 4) парастомическая грыжа, 5) перистомальный дерматит
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
275	Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной: 1) выпадения кишки через илеостому, 2) свища илеостомы, 3) ретракции илеостомы, 4) стеноза илеостомы на уровне кожи, 5) стеноз илеостомы на уровне

	апоневроза
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
276	Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием: 1) парастомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде, 2) развития парастомической грыжи, 3) свища илеостомы, 4) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы, 5) перистомального дерматита
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
277	По прошествии 2-х месяцев после наложения концевой илеостомы (по Бруку) суточный объём выделений из кишки должен составлять: 1) 300 мл 2) от 300 до 500 мл 3) от 500 до 600мл 4) от 600 до 700 мл 5) не менее 1 литра
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
278	Через 2 месяца после операции с наложением двустольной илеостомы (по Торнболу) суточный объём выделений из кишки должен составлять: 1) 300 мл 2) от 300 до 500 мл 3) от 500 до 600мл 4) от 600 до 700 мл 5) не менее 1 литра
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4

	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
279	Основными причинами несостоятельности швов анастомоза при операциях по поводу дивертикулеза толстой кишки являются: 1) формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы, 2) использование сшивающих аппаратов, 3) изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза, 4) недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией, 5) недостаточный опыт оперирующего
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
280	Тератоидные образования параректальной клетчатки
	имеют эмбриональное происхождение
	являются истинными опухолями
	представляют собой ретенционные кисты
	являются следствием хронического парапроктита
	представляют собой грыжи спинномозгового канала
281	Для тератоидных образований параректальной клетчатки наиболее характерными клиническими симптомами являются
	опухолевидные образования на промежности, обнаруживаемые уже при наружном осмотре
	боли в крестцово-копчиковой области и промежности и воспалительные процессы с образованием свищей
	нарушение мочеиспускания
	запоры
	диарея
282	Наиболее частым клиническим симптомом пресакральных тератоидных образований являются

	боли в крестцово-копчиковой области и заднем проходе
	гематурия
	боли в нижних отделах живота
	частый жидкий стул
	примесь крови и слизи в кале
283	Для тератоидных образований не характерно
	образование свищей
	кишечная непроходимость
	кишечная непроходимость
	озлокачествление
	кровотечение
284	К обязательным методам обследования больных каудальными тератомами относится: 1) наружный осмотр крестцово-копчиковой области и промежности, 2) пальцевое исследование прямой кишки, 3) ректороманоскопия, 4) проктография, 5) фистулография при наличии свищевого отверстия
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
285	Эндоскопическая картина при каудальных тератомах чаще всего характеризуется: 1) изъязвлением слизистой оболочки прямой кишки над образованием, 2) наличием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование, 3) отсутствием разрастаний на слизистой оболочке, покрывающей образование, 4) сдавлением извне стенки кишки, сужением ее просвета и смещением прямой кишки при неизменной слизистой оболочке, 5) контактной кровоточивостью слизистой оболочки прямой кишки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4

	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
286	Характерными признаками эмбриом пресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются: 1) расширение ретроректального пространства, 2) смещение прямой кишки кпереди, 3) сдавление задней стенки прямой кишки, 4) зазубренность контура кишки, 5) ригидность кишечной стенки
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
287	Наиболее эффективный способ лечения каудальных тератом
	лучевая терапия
	хирургическое лечение с удалением эмбриомы и свищей
	введение склерозирующих растворов в полость кисты
	марсупиализация
	удаление опухоли и свищей единым блоком с прямой кишкой
288	При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является
	неполное удаление тератомы
	кровотечение
	перфорация стенки прямой кишки
	вскрытие тазовой брюшины
	ранение мочеочника
289	Наименее вероятной причиной возникновения интенсивного кровотечения при удалении пресакральных тератом является ранение
	крестцовых венозных сплетений
	срединной крестцовой артерии

	маточной артерии
	развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях
	верхней прямокишечной артерии
290	После удаления тератомы в ближайшем послеоперационном периоде труднее всего ожидать
	образования свищей прямой кишки
	нагноения послеоперационной раны
	кровотечения
	рецидива тератомы
	недостаточности анального сфинктера
291	Наименее вероятным в отдаленные сроки после удаления каудальных тератом является
	рецидив тератоидного образования
	остаточные гнойные полости
	свищи прямой кишки
	недостаточность анального сфинктера
	боли в крестцово-копчиковой области и промежности
292	Самая вероятная причина рецидивов тератоидных образований связана
	с неполным удалением оболочек кисты или оставлением незамеченной дочерней кисты малых размеров
	с оставлением рубцовых тканей, окружающих тератому
	с открытым ведением послеоперационной раны
	с закрытым ведением послеоперационной раны
	с видом дренажа
293	Важнейшим отличительным признаком крестцово-копчиковых хордом от пресакральных тератом являются
	боли в крестцово-копчиковой области

	наличие тугоэластической опухоли на передней поверхности крестца
	парестезии в крестцово-копчиковой области
	наличие разрушения костной ткани, обнаруживаемого при рентгенологическом исследовании крестца и копчика
	малоподвижность слизистой оболочки прямой кишки над образованием
294	Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет
	пальцевое исследование прямой кишки
	ректороманоскопия
	проктография
	гистологическое исследование пункционного биоптата
	рентгенография крестца и копчика
295	Для переднего сакрального менингоцеле, в отличие от пресакральных тератом, характерно: 1) высокое расположение образования в пресакральной области 2)положительный симптом кашлевого толчка 3)нарушение функции тазовых органов 4)чередование кистозных и солидных участков 5)бугристая неоднородная поверхность
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
296	Решающим при дифференциальной диагностике переднего сакрального менингоцеле и каудальных тератом является: 1)пальцевое исследование прямой кишки 2)наружный осмотр крестцово-копчиковой области 3).проктография 4)миелография 5)рентгенологическое исследование костей таза
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

297	Отличительными признаками эндометриоза прямой кишки от пресакральных тератом является: 1)кровянистые выделения из прямой кишки во время менструации 2)увеличение узлов эндометриоза во время менструации 3)усиление болей во время менструации 4)подвижность слизистой прямой кишки над образованием 5)гладкая слизистая над образованием
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
298	Наиболее важным методом исследования, позволяющим отличить эпителиальный копчиковый ход от тератом, является
	зондирование свищевого хода
	пальцевое исследование прямой кишки и параректальных клетчаточных пространств
	эндоскопические методы исследования
	рентгенологическое исследование костей таза
	пункционная биопсия
299	Неизменный воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой
	дермоидную кисту
	эпидермоидную кисту
	подкожный канал, выстланный изнутри кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика
	эпителиальное погружение, обусловленное неправильным ростом волос
	эмбриому
300	Эпителиальный копчиковый ход обусловлен
	постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области
	неправильной закладкой зародышевых листков

	врастанием в кожу волос
	врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области
	ношением узкой одежды
301	Клиническими проявлениями неосложненного копчикового хода могут быть
	периодические ноющие боли в области крестца
	нарушение опорожнения прямой кишки
	гнойные выделения из первичных ходов копчикового хода
	болезненные инфильтраты в клетчатке крестцово-копчиковой области
	наличие первичных отверстий хода
302	Особенности течения болезни при эпителиальном копчиковом ходе: 1) при аномалии развития эпителиальный копчиковый ход существует к моменту рождения ребенка, 2) эпителиальный копчиковый ход в первые годы жизни может быть не замечен, 3) в период половой зрелости часто возникает воспалительный процесс в самом ходе и окружающей клетчатке, 4) воспалительный процесс не возникает, если ребенку не исполнилось 16 лет, 5) воспаление эпителиального копчикового хода возникает только после травмы копчика
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
303	Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является: 1) развитие кокцигодинии, 2) озлокачествление хода, 3) свищи прямой кишки, 4) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке, 5) остеомиелит копчика
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
304	Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является: 1) наличие

	первичных отверстий хода в межъягодичной складке, 2).появление гнойных свищей крестцово-копчиковой области 3).рецидив воспаления в области крестца 4).болезненность при пальпации копчика 5).травма копчика в анамнезе
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
305	Эпителиальный копчиковый ход: 1).связан с крестцом 2).связан с копчиком 3).оканчивается слепо в подкожной клетчатке межъягодичной области 4).расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца 5).расположен под крестцовой фасцией
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
306	К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относится: 1). наружный осмотр крестцово-копчиковой области 2). пальцевое исследование прямой кишки 3). ректороманоскопия 4). введение краски в первичные отверстия хода 5). рентгенография крестца и копчика
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
307	При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода могут образоваться гнойные свищи крестцово-копчиковой области. При этом сам копчик : 1). всегда вовлекается в воспалительный процесс 2). никогда не вовлекается в процесс 3). приобретает патологическую подвижность 4). как правило, не вовлекается в процесс 5). поражается всегда, если этому предшествовал ушиб крестцово-копчиковой области

	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
308	При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода: 1). общее состояние больного страдает мало 2). гнойное отделяемое из отверстий хода скудное 3). по ходу вторичных свищей могут быть рубцы 4). гной выделяется, в основном, из прямой кишки 5). отмечается отек и гиперемия кожи в области крестца
	если правильные ответы 1,2,3
	если правильные ответы 1 и 3
	если правильные ответы 2 и 4
	если правильные ответы 4
	если правильные ответы 1,2,3,4 и 5
309	Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при
	наличии первичных отверстий хода в межъягодичной складке
	гиперемии и отек задней стенки кишки на уровне копчика
	отсутствие патологических образований в пресакральном пространстве
	рецидивирующих воспалениях крестцово-копчиковой области
	выделениях гноя из заднего прохода
310	После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны. Больному необходимо
	не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники
	снять сразу все швы
	назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать
	снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы

	провести курс гипербарической оксигенации
311	Через несколько месяцев после операции по поводу неосложненного эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке, вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является: 1) Оставление первичного отверстия, 2) Несоблюдение гигиенических мероприятий, 3) Употребление острой пищи, солений, алкоголя, 4) Глухой шов раны после иссечения хода, 5) Применение дренажа
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
312	Причиной развития мегаколон у взрослых может быть
	врождённая аномалия интрамурального нервного аппарата толстой кишки
	механическое препятствие в толстой кишке или в анальном канале
	заболевание ЦНС, эндокринной системы
	токсическое воздействие различных веществ
	инфекция
313	Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является
	длительное употребление слабительных
	врождённое недоразвитие внутреннего сфинктера прямой кишки
	врожденное недоразвитие наружного сфинктера прямой кишки
	врождённое недоразвитие интрамуральной нервной системы
	толстой кишки
	длительное применение очистительных клизм
314	При болезни Гиршпрунга может быть

	отсутствие ганглиев мышечно-кишечного сплетения
	уменьшение числа и размеров ганглиев межмышечного сплетения
	дистрофия ганглиев в расширенных отделах
	наличие ганглиев без нервных клеток в них
	пучки безмякотных нервных волокон
315	Характерным для болезни Гиршпрунга является
	отсутствие самостоятельного стула
	постоянное вздутие живота
	отставание в физическом развитии
	длительное бессимптомное течение
	хороший эффект от приема слабительных средств
316	Вздутие живота при болезни Гиршпрунга отмечается
	если в течение недели не было стула
	только после сифонных клизм
	после приема слабительных в больших дозах
	постоянно
	при употреблении в пищу растительной клетчатки
317	Выраженные изменения внешнего вида пациента чаще всего бывают при
	психогенном мегаколоне
	идиопатическом мегаколоне
	привычных запорах
	болезни Гиршпрунга
	токсическом мегаколоне
318	При болезни Гиршпрунга у взрослых отмечается
	бочкообразная грудная клетка

	увеличение объемов живота
	бледность кожных покровов
	расхождение прямых мышц живота
	видимая через переднюю стенку живота кишечная перистальтика
319	Течение болезни Гиршпрунга зависит от
	протяженности аганглионарной зоны
	степени компенсации вышележащих отделов кишечника
	времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения
	возраста пациента
	пола пациента
320	К анатомическим формам аганглиоза толстой кишки относятся
	супраанальная форма
	ректальная форма
	ректосигмоидальная
	субтотальная форма
	тотальная форма аганглиоза
321	Супраанальная форма болезни Гиршпрунга - это
	аганглиоз внутреннего сфинктера
	аганглиоз на уровне верхнего геморроидального сплетения
	гипоганглионарный вариант болезни всей прямой кишки
	недоразвитие нервного аппарата нижеампулярного отдела прямой кишки
	сегментарное поражение на уровне аноректальной линии
322	Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить
	при обструктивном мегаколоне

	при болезни Гиршпрунга
	при мегаколон неясной этиологии
	у всех больных
	при наличии жалоб на упорные запоры
323	Основное значение в диагностике болезни Гиршпрунга имеет
	обзорная рентгенография органов брюшной полости
	ирригоскопия
	исследование прохождения бариевой взвеси по ЖКТ
	полнослойная биопсия прямой кишки
	колоноскопия
324	Ирригоскопия и ирригография при наличии мегаколон должны определить
	наличие или отсутствие аганглионарной зоны и ее протяженность
	протяженность и степень расширения толстой кишки
	сократительную способность стенки толстой кишки
	наличие или отсутствие других изменений (стриктура, опухоль)
	наличие и протяженность неизмененных отделов кишки
325	Аганглиоз наиболее часто бывает в
	слепой кишке
	месте перехода нисходящей кишки в сигмовидную
	поперечной ободочной кишке
	прямой кишке
	сигмовидной кишке
326	При морфологическом исследовании стенки прямой кишки в зоне аганглиоза при болезни Гиршпрунга может быть обнаружено
	отсутствие ганглиев в межмышечном и подслизистом нервных сплетениях

	уменьшение числа ганглиев интрамурального нервного аппарата прямой кишки
	гиперплазия ганглиев без увеличения их числа
	нормальное развитие интрамурального нервного аппарата
	приобретенные дистрофические изменения нервных клеток
327	При физиологическом исследовании замыкательного аппарата прямой кишки при болезни Гиршпрунга патогномично
	снижение сократительной способности наружного сфинктера
	увеличение тонуса внутреннего сфинктера
	отсутствие рефлекса с наружного сфинктера
	отсутствие реакции внутреннего сфинктера в ответ на его раздражение
	снижение адаптационной способности прямой кишки
328	Послойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет
	установить степень атипии клеток слизистой оболочки
	выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы
	позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза
	определить состояние интрамурального нервного аппарата
	установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки
329	Правильным методом лечения болезни Гиршпрунга является
	только консервативный
	хирургический при безуспешности консервативного
	консервативный при протяженности аганглионарной зоны 3-4см
	только хирургический
	хирургический, если зона аганглиоза более 4см
330	Главной целью оперативного лечения болезни Гиршпрунга является
	резекция расширенной части толстой кишки

	ликвидация спазма внутреннего сфинктера
	сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки
	"выключение" из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны
	ликвидация спазма аганглионарной зоны
331	Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует на
	восходящую ободочную кишку
	сигмовидную кишку
	поперечную ободочную кишку
	границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки
	подвздошную кишку
332	Уровень наложения двуствольной колостомы при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга определяется
	целью колостомии
	состоянием всех отделов толстой кишки
	локализацией зоны аганглиоза
	протяженностью зоны аганглиоза
	характером планируемой в дальнейшем радикальной операции
333	При многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга целью первого этапа является
	ликвидация кишечной непроходимости
	налаживание эвакуации кишечного содержимого у ослабленных больных
	сохранение части толстой кишки тотальном мегаколон
	только резекция расширенной части толстой кишки
	при наличии калового камня - удаление его путем колотомии
334	Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется
	длиной аганглионарной зоны

	протяженностью декомпенсированных расширенных отделов кишечника
	общим состоянием больных
	возрастом больных
	негативным отношением больных к наложению колостомы
335	Применение многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга показано
	при декомпенсированном состоянии больного
	при наличии калового камня
	при тотальном мегаколоне
	у всех больных старше 20 лет
	у всех больных старше 30 лет
336	Операция Соаве - это
	резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием инвагинационного анастомоза "конец в конец"
	левосторонняя гемиколэктомия с отсроченным анастомозом
	низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры
	низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозизированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
	формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с вовлечением стенки кишки для адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру
337	Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием инвагинационного анастомоза "конец в конец" - это
	операция Соаве
	операция Дюамеля
	операция Ребейна
	операция Свенсона

	модифицированная операция Дюамеля
338	Операция Дюамеля - это
	резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием инвагинационного анастомоза "конец в конец"
	низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза
	левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком
	низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры
	формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки с целью адаптации сшиваемых концов кишки по диаметру
339	Формирование колоректального анастомоза после резекции части прямой и сигмовидной кишок по типу передней резекции с иссечением стенки кишки для адаптации сшиваемых диаметров - это
	операция Соаве
	операция Дюамеля
	операция Свенсона
	операция Ребейна
	модифицированная операция Свенсона
340	Основной причиной отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью Гиршпрунга явилось
	нерадикальность операции
	трудность мобилизации ободочной кишки для низведения
	трудность мобилизации прямой кишки у взрослых пациентов
	трудность выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза
	трудности наложения анастомоза из-за разных диаметров кишок
341	Мобилизацию зоны аганглиоза, особенно прямой кишки, при болезни Гиршпрунга

	проводят как можно ближе к кишке для
	уменьшения кровопотери
	уменьшения травматизации нервных путей в малом тазу
	профилактики повреждения внутреннего сфинктера
	профилактики мочеполовых расстройств
	уменьшения повреждения наружного сфинктера
342	К преимуществам модифицированной операции Дюамеля относятся
	максимальное удаление аганглионарной зоны без излишней травматизации тазовых органов
	отсутствие повреждения внутреннего сфинктера прямой кишки
	безопасный и асептический колоанальный анастомоз
	профилактика несостоятельности анастомоза
	предотвращение образования слепого мешка в прямой кишке
343	При субтотальном и тотальном мегаколон у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции
	Ребейна
	Дюамеля
	Свенсона
	Соаве
	Без формирования первичного анастомоза
344	Нехарактерными осложнениями операции Дюамеля являются
	недостаточность швов колоректального анастомоза
	несостоятельность культи прямой кишки
	мочеполовые расстройства
	развитие пресакрального абсцесса
	образование "шпоры" колоректального анастомоза

345	Чаще всего противопоказанием к наложению "первичного" анастомоза по Дюамелю у больных с болезнью Гиршпрунга является
	тяжесть общего состояния больного
	травматичность самого оперативного вмешательства
	особенности кровоснабжения низводимых органов
	невозможность тщательной очистки толстой кишки перед операцией
	возраст больных старше 50 лет
346	Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при
	рецидив мегаколон
	различных осложнениях в области сформированного анастомоза
	недостаточности анального сфинктера
	воспалительных осложнениях в параректальной клетчатке
	многоэтапном лечении
347	Основным методом лечения психогенного мегаколон является
	консервативное, направленное на нормализацию функции толстой кишки
	только хирургическое
	хирургическое при неэффективности консервативного
	консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию
	функции толстой кишки
	только лечение основного заболевания
348	Появление неудержимого поноса (так называемого парадоксального поноса на фоне длительного отсутствия стула при болезни Гиршпрунга обусловлено
	развитием воспалительного процесса в кишке
	выраженным дисбактериозом
	реакцией на клизмы
	реакцией на прием слабительных средств

349	Оптимальным оперативным пособием при декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга у взрослых является
	операция Дюамеля
	операция Свенсона с формированием проксимальной колостомы
	операция Соаве
	двухэтапная операция: сначала колостома, вторым этапом - по Дюамелю
	илеостомия, в последующем операция Соаве
350	Острым парапроктитом называется
	любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
	острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
	острое воспаление в области морганиевых крипт
	острое воспаление слизистой прямой кишки
	изъязвление слизистой в области морганиевых крипт
351	Острый парапроктит является
	крайне редким заболеванием
	достаточно редким заболеванием
	самым частым заболеванием человека
	самым частым проктологическим заболеванием
	распространённым заболеванием, стоящим на четвёртом месте после геморроя, анальных трещин и колитов
352	Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции
	гематогенным путём
	лимфогенным путём
	через кожу
	из прямой кишки
	из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

353	Известно, что главную роль в развитии парапроктита играют анальные железы. Большая часть их расположена
	внутри морганиевых крипт
	в параректальной клетчатке
	в подслизистом слое дистальной части прямой кишки
	в толще внутреннего сфинктера
	в толще наружного сфинктера
354	Выводные протоки анальных желез открываются
	на дне морганиевых крипт
	в межсфинктерном пространстве
	в параректальной клетчатке
	на слизистой в области гребешка
	в области анальных сосочков
355	Инфекция из просвета прямой кишки при остром парапроктите чаще всего попадает
	из крипты гематогенным путём
	из крипты по межфасциальным промежуткам
	через повреждённую слизистую прямой кишки выше аноректальной линии
	из крипты через протоки анальных желез
	через дефект слизистой анального канала
356	Возбудителем острого парапроктита чаще всего является
	туберкулезная палочка
	стафилококк
	кишечная палочка
	протей
	смешанная микрофлора

357	Специфический парапроктит вызывается: 1) Туберкулёзной палочкой, 2) Актиномицетами, 3) Бледной спирохетой, 4.) Неспорообразующим анаэробом в ассоциации с кишечной палочкой и протеем, 5) Гемолитическим стрептококком
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
358	При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить: 1) локализацию поражённой крипты, 2) характер микробной флоры, 3) расположение гнойного хода по отношению к сфинктеру, 4) распространённость гнойного процесса, 5) давность заболевания
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
359	К поверхностным формам острого парапроктита относят: 1) ишиоректальные, 2) пельвиоректальные, 3) межмышечные, 4) подкожные и подслизистые, 5) ретроректальные
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
360	К глубоким формам острого парапроктита относят: 1) пельвиоректальные, 2) подкожные, 3) ишиоректальные, 4) подковообразные подкожные, 5) подслизистые
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4

	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
361	Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить
	только у больных диабетом
	у пациентов старше 50 лет
	у всех больных
	при распространённом гнойном процессе
	при анаэробном парапроктите
362	Самой частой формой острого парапроктита является
	подслизистый парапроктит
	подкожный парапроктит
	ишиоректальный
	пельвиоректальный
	ретроректальный
363	Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести
	осмотр и пальпацию перианальной области
	осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
	осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
	осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
	пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию
364	Локализация гнойника при остром парапроктите устанавливается при пальцевом исследовании прямой кишки. Одним из основных ориентиров служит аноректальная линия. При подкожном парапроктите гнойник располагается
	выше аноректальной линии
	на уровне аноректальной линии

	ниже аноректальной линии
	зависит от величины абсцесса
	зависит от расположения поражённой крипты
365	При ишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии
	ниже
	на уровне
	выше
	зависит от расположения поражённой крипты
	зависит от конституции больного
366	В начале заболевания особенно трудна диагностика
	подкожного парапроктита
	подслизистого парапроктита
	ишиоректального парапроктита
	пельвиоректального парапроктита
	межмышечного парапроктита
367	При подкожном парапроктите гнойный ход чаще располагается
	кнутри от сфинктера
	трансфинктерно
	экстрасфинктерно
	в глубокой порции наружного сфинктера
	в подкожной порции наружного сфинктера
368	При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход чаще располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода
	только трансфинктерно
	только экстрасфинктерно

	всегда кнутри от сфинктера
	трансфинктерно и экстрасфинктерно
	чаще всего трансфинктерно
369	При ишиоректальном парапроктите пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить
	только нижнюю границу гнойника
	нижнюю и верхнюю границы
	верхнюю границу
	верхняя граница достижима только при небольших размерах гнойника
	верхняя граница недостижима у высоких и тучных мужчин
370	Вовлечение в воспалительный процесс тазовой брюшины вероятнее всего: 1) при межмышечной парапроктите, 2) при ишиоректальном парапроктите, 3) при подслизистом парапроктите, 4) при пельвиоректальном парапроктите, 5) при всех видах парапроктита
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
371	При наличии клинических признаков воспаления и обнаружении инфильтрата в параректальном пространстве следует исключить: 1) прорыв гноя из Дугласова пространства, 2) острое воспаление эпителиального копчикового хода, 3) нагноившуюся кисту параректальной клетчатки, 4) подкожный парапроктит, 5) ишиоректальный парапроктит
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5

372	Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего
	госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
	вскрыть гнойник в поликлинике
	назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
	назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
	амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке
373	При осмотре больного в приемном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3°C Целесообразнее всего
	госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать
	сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать
	госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке
	назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой
	госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния
374	После вскрытия гнойника при остром парапроктите без иссечения гнойного хода и поражённой крипты наименее вероятно
	формирование свища прямой кишки
	рецидивирование парапроктита
	выздоровление
	периодическое появление болей в промежности
	послеоперационная недостаточность анального сфинктера
375	Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите
	формирование свища прямой кишки
	рецидивирующий парапроктит
	выздоровление

	недостаточность анального сфинктера
	выздоровление в 50% наблюдений
376	Пельвиоректальный парапроктит лучше всего вскрыть
	через просвет прямой кишки, так как гнойник располагается рядом со стенкой кишки
	полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку с соответствующей стороны и рассечением мышцы, поднимающей задний проход, в поперечном направлении
	полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении
	радиальным разрезом кожи
	прямолинейным разрезом перпендикулярно линии между задним проходом и седалищным бугром
377	Катетеризация мочевого пузыря чаще бывает необходима при операции по поводу
	подкожного парапроктита
	ишиоректального парапроктита
	подслизистого парапроктита
	пельвиоректального парапроктита
	межмышечного парапроктита
378	При наличии интрасфинктерного гнойного хода лучше всего
	рассечь гнойный ход в просвет кишки без иссечения его
	иссечь ход в просвет кишки
	провести лигатуру
	иссечь гнойный ход и ушить рану
	иссечь ход, сделать сфинктеротомию
379	При наличии трансфинктерного гнойного хода возможно
	только проведение лигатуры
	выполнение нерадикальной операции

	только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера
	иссечение в просвет кишки, независимо от глубины расположения хода
	в зависимости от расположения и глубины хода возможны различные варианты: от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры
380	Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого парапроктита, если: 1) Обеспечена адекватная анестезия, 2) Выявлена поражённая крипта, 3) Достаточен опыт оперирующего, 4) Пациент страдает сахарным диабетом, 5) Выявлено расположение гнойного хода
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
381	Если во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита не выявлена поражённая крипта, лучше всего: 1) После вскрытия абсцесса иссечь две - три крипты, расположенные близко к гнойнику, 2) Вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние крипты, так как чаще всего бывает задний парапроктит, 3) Вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию, 4) Ограничиться вскрытием гнойника и дренированием, 5) После вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую крипту
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
382	При остром подкожном переднем парапроктите с интрасфинктерным гнойным ходом у женщины лучше всего выполнить: 1) Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты, 2) Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и заднюю дозированную сфинктеротомию, 3) Только вскрытие абсцесса, 4) Вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки 5) Вскрытие абсцесса и заднюю дозированную сфинктеротомию
	верно 1,2,3
	верно 1,3

	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
383	Во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита с поражением задней крипты выявлено, что гнойный ход идет через подкожную порцию наружного сфинктера. В этом случае целесообразнее: 1) Ограничиться вскрытием и дренированием гнойника 2) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту, провести лигатуру 3) Вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию 4) Вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет прямой кишки 5) Вскрыть гнойник и иссечь поражённую крипту
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
384	После операций по поводу острого парапроктита в назначении антибиотиков нуждаются: 1)Все больные 2)Только оперированные радикально 3)Только оперированные нерадикально 4)Все больные с распространённым гнойным процессом, лихорадкой, интоксикацией, независимо от вида операции 5)Только при гнилостной инфекции
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
385	К осложнённым формам острого парапроктита относятся: 1) Самопроизвольно вскрывшийся на кожу промежности, 2) Самопроизвольно вскрывшийся в просвет прямой кишки, 3) Подковообразный, 4) Инфильтративный, 5) Ишиоректальный с вовлечением в процесс межсфинктерного пространства
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4

	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
386	У женщины во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита с поражением передней крипты выявлено, что гнойный ход идёт через подкожную порцию наружного сфинктера. Целесообразнее всего
	вскрыть гнойник и иссечь поражённую переднюю крипту
	вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
	вскрыть гнойник, иссечь крипту, провести лигатуру
	вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
	ограничиться вскрытием и дренированием гнойника
387	У больной произошло самопроизвольное вскрытие в просвет прямой кишки гнойника, расположенного в пельвиоректальном пространстве. Гной выделяется из заднего прохода, температура тела 37,8С. Целесообразнее всего
	попытаться ввести дренаж через просвет кишки
	срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
	ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
	назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
	наложить сигмостому
388	Для специфических парапроктитов характерно то, что они: 1) Являются редкими формами заболевания, 2) Имеют торпидное течение, 3) Чаще протекают в виде инфильтративного поражения, 4) Довольно легко диагностируются, 5) Легко излечиваются
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
389	Газовую гангрену вызывают только: 1) Фузобактерии, 2) Кишечная палочка и протей, 3) Бактероиды, 4) Клостридии, 5) Ассоциация аэробов с бактероидами

	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
390	Возбудителями неклостридиального анаэробного парапроктита являются: 1) Только бактериоды, 2) Клостридии, 3) Ассоциация аэробов с бактериодами, 4) Бактериоды, фузобактерии, пептококки, 5) Эшерихии и протейная палочка
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
391	Анаэробы: 1) Попадают в желудочно-кишечный тракт с водой 2) Появляются в кишке и параректальной клетчатке только после повреждения извне 3) Появляются только при снижении иммунитета 4) Являются обитателями толстой кишки в норме 5) Попадают в параректальную клетчатку через кожу
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
392	При клостридиальном парапроктите не бывает: 1) Сильной боли 2) Отёка тканей и распада мышцы 3) Крепитации 4) Большого количества гноя 5) Классических признаков воспаления
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4

	верно 1,2,3,4,5
393	Возбудители неклостридиальной инфекции могут вызвать: 1) Целлюлит, 2) Миозит, 3) Фасциит, 4)Только целлюлит, 5)Только миозит
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
394	При гнилостном парапроктите: 1) Гной может содержать пузырьки газа 2) Газ может обнаруживаться в клетчатке 3) Гнилостный процесс распространяется только по клетчатке 4) В процесс всегда вовлекаются фасции и мышцы 5) Гноя и газа не бывает
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
395	При подозрении на наличие клостридиального парапроктита в первую очередь следует: 1) Получить лабораторное подтверждение клостридиальной инфекции, 2) Начать интенсивную инфузионную терапию, 3) Поместить больного в барокамеру до операции, 4)Выполнить экстренную операцию, 5)Получить пунктат из тканей для определения чувствительности к антибиотикам
	верно 1,2,3
	верно 1,3
	верно 2,4
	верно 4
	верно 1,2,3,4,5
396	Анатомические характеристики анодермы включают
	волосяные фолликулы

	сальные железы
	чувствительные нервы
	потовые железы
	переходный кубовидный эпителий
397	Анальное недержание будет результатом пересечения
	путей первого сакрального нерва с двух сторон (roots)
	путей второго сакрального нерва с двух сторон
	путей третьего сакрального нерва с двух сторон
	путей четвертого сакрального нерва с двух сторон
	путей всех 4 сакральных нервов с одной стороны
398	Что из ниже приведенного всасывается в ободочной кишке
	декстроза
	жирные кислоты
	клетчатка
	лактолоза
	белок
399	Наиболее часто в толстой кишке из микроорганизмов встречается
	Bacteroides
	Clostridium difficile
	Escherihia coli
	Salmonella
	Shigella
400	Колоректальная псевдообструкция связана со всеми из ниже приведенными состояниями за исключением
	повышенным тонусом парасимпатической нервной системы

	инфильтрацией солнечного сплетения раковыми клетками
	нейролептическими препаратами
	использованием опиатов
	тяжелыми заболеваниями обмена
401	Наиболее частым методом для заворота является
	слепая кишка
	проксимальная часть тощей кишки
	сигмовидная кишка
	желудок
	поперечно-ободочная кишка
402	80-летняя женщина поступила с болями в животе и запором. При обследовании у нее нет гипертермии, имеется небольшая тахикардия. Живот вздут и перкуторно определяется тимпанит, но нет перитонеальных симптомов. Обзорный снимок брюшной полости дает основание предполагать наличие заворота(?) сигмовидной кишки. Первым шагом в ее лечении должно быть
	назначение слабительных и очистительной клизмы
	ирригоскопия
	ректороманоскопия
	резекция сигмовидной кишки
	трансверзостомия
403	В норме ободочная кишка секретирует
	аммиак
	хлориды (sodium)
	натрий
	калий
	вода
404	24-летняя женщина с язвенным колитом обратилась в клинику в связи с жалобами на лихорадку, кровавый понос и напряжение живота. Медикаментозное лечение, включая

	применение парентеральных стероидов было начато сразу. В течение следующих нескольких дней женщине стало постепенно хуже, при обзорном снимке брюшной полости было выявлено растяжение поперечно-ободочной кишки до 12 см., без признаков свободного газа в брюшной полости. Методом выбора в лечении пациентки будет
	цекостомия
	трансверзостомия
	удаление поперечно-ободочной кишки
	тотальная колпроктэктомия
	назогастральная декомпрессия, назначение внутривенных растворов, стероидов и антибиотиков
405	43-летняя женщина, страдающая эндометриозом поступила в больницу с картиной похожей на частичную левостороннюю толстокишечную непроходимость. Методом выбора в лечении пациентки будет
	цекостомия
	петлевая трансверзостомия
	левосторонняя колэктомия
	тотальная трансабдоминальная гистерэктомия с двусторонней сальпингоофорэктомией
	назначение Даназола
406	55-летняя женщина госпитализирована с первой атакой острого дивертикулита. У нее острая боль в нижнем левом квадранте живота с наличием пальпируемого плотного инфильтрата сразу выше уровня левой паховой области. Мероприятия применяемые в первые 24 часа от поступления должны включать внутривенное введение растворов и: А. Терапию антибиотиками широкого спектра действия В. Диагностическую колоноскопию С. Введение морфина (если требуется) для снятия болевого синдрома. D. Назогастральный зонд Е. Резекцию сигмовидной кишки при восполнении недостаточности жидкости организма. Выберите верную комбинацию
	А-нет, В –да, С- нет, D – да, Е- да
	А –да, В –нет, С –нет, D – нет, Е –да

	A- да, B- да, C – да, D – нет, E –нет
	A- да, B-нет, C-нет, D -нет, E -нет
407	<p>Правильное утверждение при свище анального канала следующее:</p> <p>A. Наиболее частым типов является межсфинктерный, т.е. локализованный между внутренним и наружным сфинктером.</p> <p>B. Свищ, имеющий наружное отверстие кпереди от линии, проходящей поперечно через середину заднего прохода обычно открывается в анальный канал</p> <p>C. Аноректальный абсцесс сопровождающийся периодическим выделением гноя обычно предшествует развитию свища прямой кишки</p> <p>D. Для лечения большинства свищей прямой кишки требуется выполнение фистулэктомии</p> <p>E. Подковообразный парапроктит лучше всего лечиться внутренней сфинктеротомией и латеральным дренажом через дополнительные разрезы боковых затеков.</p> <p>Выберите верную комбинацию</p>
	A - нет, B - нет, C - нет, D – да, E – да
	A –да, B –нет, C - да, D – да, E –да
	A - да, B - да, C – нет, D – нет, E –да
408	<p>Типичными симптомами, вызываемыми внутренним геморроем, являются:</p> <p>A. Кровотечение вне дефекации</p> <p>B. Примесь крови в кале</p> <p>C. Выделение слизи</p> <p>D. Боль</p> <p>E. Выпадение</p> <p>Выберите верную комбинацию</p>
	A – да, B – да, C – да, D – да, E – да
	A –нет, B – да, C – да, D – да, E – нет
	A – нет, B – нет, C - нет, D - да, E – да
	A – да, B – нет, C – да, D – нет, E - да

409	Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении
	геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
	кокцигодинии
	хронического парапроктита
	геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов
410	Для подтверждения диагноза анальной трещины достаточно
	пальцевого исследования прямой кишки
	колоноскопии
	аноскопии
	ирригоскопии
	ректороманоскопии
411	При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является
	пресакральная блокада раствором новокаина
	введение новокаина со спиртом под трещину
	пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
	иссечение трещины
	иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
412	Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину
	0,5-0,8 см
	0,8-1,0 см
	1,0-1,5 см
	1,5-2,0 см
	более 2,0 см
413	К геморрою предрасполагают

	тяжелый физический труд
	употребление алкоголя
	проктосигмоидит
	длительные и упорные запоры
	все вышеперечисленное
414	Для подтверждения диагноза геморроя достаточным будет
	пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода
	ректороманоскопия
	ирригоскопия
	колоноскопия
415	Геморроидэктомия показана
	при выпадении геморроидальных узлов 3 ст.
	болевым синдроме при дефекации
	выпадении геморроидальных узлов 1 ст.
	анальном зуде
416	Геморроидэктомия по Миллигану - Моргану подразумевает
	циркулярное иссечение слизистой анального канала
	иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату
	иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату
	иссечение выпадающих геморроидальных узлов
	иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала
417	На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. В данном случае имеет место

	геморрой, осложненный выпадением 3 ст.
	острый тромбоз геморроидальных узлов
	выпадение и ущемление прямой кишки
	ущемление геморроидальных узлов
418	Ваша тактика по отношению к данному больному в условиях поликлиники включает все перечисленное, за исключением
	назначения обезболивающих препаратов
	пресакральной новокаиновой блокады
	склеротерапии
	противовоспалительного лечения
419	В случае госпитализации больного и после стихания острых воспалительных явлений больному показана
	склеротерапия
	пресакральная новокаиновая блокада
	перевязка геморроидальных узлов
	геморроидэктомия
420	Больной в течение ряда лет страдает геморроем. За последние две недели появились резкие боли после акта дефекации, длительность болевого пароксизма 6-8 часов, боли не снимаются анальгетиками. Появилась стулбоязнь. Изменение клинической картины связано
	с тромбозом геморроидальных узлов
	с криптитом
	с парапроктитом
	с трещиной анального канала
421	Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять
	противовоспалительное лечение
	иссечение анальной трещины

	пресакральную новокаиновую блокаду
	геморроидэктомию
	геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией
422	Очень сильные боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, и "стулобоязнь" характерны
	для рака прямой кишки
	для полипа прямой кишки
	для острого криптита
	для трещины анального канала
	для геморроя
423	Клиническая картина свища прямой кишки характеризуется
	стулобоязнью
	кровотечением при дефекации
	рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
	выделением слизи при дефекации
424	В понятие "толстая кишка" входят все перечисленные отделы кишечника, кроме
	Подвздошной кишки
	Слепой кишки
	Поперечно-ободочной кишки
	Сигмовидной кишки
	Прямой кишки
425	Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является
	систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками
	вскрытие и дренирование полости абсцесса
	вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и рассечением гнойного хода в просвет кишки.

	общая антибиотикотерапия
426	Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются
	ректороманоскопия
	колоноскопия
	ирригоскопия
	исследование толстой кишки после приема бария внутрь
	ультразвуковое исследование органов брюшной полости
427	Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют
	повышение внутрибрюшного давления
	повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор (употребление бесшлаковой пищи)
	пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
	употребление большого количества жидкости
428	При остром ишиоректальном парапроктите показаны
	пункция гнойника и введение антибиотиков
	вскрытие гнойника через просвет кишки
	вскрытие гнойника через промежность
	вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале, проведение лигатуры для дренирования межсфинктерного пространства
	пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости
429	В этиологии парапроктитов главное значение имеет
	выпадение прямой кишки
	травма слизистой прямой кишки
	воспаление анальных желез
	геморрой

	общие септические заболевания
430	Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются
	кровотечение из прямой кишки
	поносы
	склонность к запорам
	закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
	дефект слизистой прямой кишки
431	Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, кроме
	выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией
	высокой температурой
	отсутствия изменений со стороны кожи промежности
	болей в глубине таза
432	После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются
	выраженный болевой синдром
	задержка мочеиспускания
	периаанальный отек
	кровотечение
	острый парапроктит
433	При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно первым этапом выполнить
	пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика
	вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости
	иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо
	вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны

434	Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны
	ирригоскопия
	колоноскопия
	аноскопия и фистулография
	пассаж бария по кишечнику
435	Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются
	дивертикулит
	кровотечение
	пенетрация дивертикула в брыжейку кишки
	перфорация сигмовидной кишки
	кишечная непроходимость
436	При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны
	резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
	наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
	операция Гартмана
	лапаротомия, дренирование брюшной полости
	дренирование брюшной полости, трансверзостомия
437	При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является
	иссечение свища в просвет кишки
	дренирование гнойной полости
	проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
	иссечение свища с ушиванием сфинктера
	пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву
438	Приобретенный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется

	в правой половине ободочной кишки
	в левой половине ободочной кишки
	одинаково часто в правой и левой половине
439	Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется
	в левой половине ободочной кишки
	в правой половине ободочной кишки
	одинаково часто в правой и левой половине
	в сигмовидной кишке
440	Операцией выбора при завороте сигмовидной кишки с некрозом стенки является
	резекция сигмовидной кишки с анастомозом
	резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
	резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
	выведение некротизированной стенки кишки в рану по Микуличу
441	Анатомическим нарушением, лежащим в основе клинической картины врожденной мегаколон, является
	гипертрофия нисходящей ободочной кишки
	отсутствие перистальтики ободочной кишки
	отсутствие нервных ганглиев в дистальной части ободочной кишки
	атрезия прямой кишки
	отсутствие внутреннего ректального сфинктера
442	Наиболее трудно дифференцировать болезнь Гиршпрунга со следующими заболеваниями
	раком толстой кишки
	хроническим колитом, протекающим с запорами
	с другими формами мегаколон
	полипозом толстой кишки

	гранулематозным колитом
443	Наиболее информативным диагностическим методом для болезни Гиршпрунга является
	копрологический
	рентгенологический
	колонофиброскопический с прицельной биопсией
	ультразвуковой
	радиоизотопный
444	Основным методом лечения болезни Гиршпрунга является
	консервативный
	хирургический
	химиотерапия
	рентгенотерапия
445	Чаще всего дивертикулез толстой кишки обнаруживается
	в прямой кишке
	в сигмовидной кишке
	в нисходящей кишке
	в поперечно-ободочной
	в слепой
446	Наиболее частым симптомом при дивертикулезе толстой кишки является
	запор
	боли в животе
	метеоризм
	понос
	слизь в кале

447	При дивертикулезе толстой кишки наиболее часто встречаются следующие осложнения
	образование фистулы
	свободная перфорация
	ограниченная перфорация
	образование опухоли
	дивертикулит
448	В отношении дивертикулеза верны следующие положения
	является широко распространенным заболеванием
	чаще болеют женщины
	чаще болеют не в молодом возрасте
449	В триаду Сента включают сочетание дивертикулеза толстой кишки со следующими заболеваниями
	желчекаменной болезнью
	диафрагмальной грыжей
	хроническим аппендицитом
	язвенной болезнью
450	Диагностика дивертикулеза толстой кишки основывается
	на клинической симптоматике
	на тщательном анализе анамнестических данных
	на результатах рентгенологического исследования
	на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией
	копрологии
451	Наиболее трудно дифференцировать дивертикулез со следующими заболеваниями
	болезнью Гиршпрунга
	раком толстой кишки

	гранулематозным колитом
	полипозом толстой кишки
	неспецифическим язвенным колитом
452	Выбор метода операции определяется
	характером осложнения
	распространенностью процесса
	изменениями со стороны самих дивертикулов и кишечной стенки
	наличием или отсутствием перифокального воспаления
453	У больного заподозрен дивертикулез толстой кишки, осложненный воспалением и кровотечениями. Диагностические мероприятия включают
	повторные исследования периферической крови
	сифонную клизму
	ректороманоскопию
454	Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является
	боль
	кровь при дефекации
	мелена
	диарея
	запор
455	В отношении полипоза толстой кишки верны следующие положения
	чаще это наследственное заболевание
	крайне редко встречается
	чаще болеют дети
456	Наиболее частой злокачественной трансформации подвергается следующая форма полипов толстой кишки

	гиперпластическая
	аденоматозная
	аденопапилломатозная
	псевдополипы
457	Диагностика полипоза толстой кишки основывается
	на клинической симптоматике
	на копрологическом исследовании
	на результатах рентгенологического исследования
	на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией
458	Лечение полипоза толстой кишки должно быть
	консервативным
	хирургическим
	химиотерапией
	рентгенотерапией
459	В отношении полипов толстой кишки верно следующее положение
	все полипы должны быть удалены эндоскопически или хирургически
	удалению подлежат полипы размерами от 1 см и более
	удалению подлежат полипы размерами от 2 см и более
	размеры полипов не определяют тактики лечения
	удалению подлежат только аденоматозные полипы
460	При обострении хронического парапроктита тактика лечения включает
	срочную операцию
	активную противовоспалительную терапию в течение недели
	плановую операцию
	консервативное лечение 1-3 недели

461	При остром геморрое II-III степени тяжести показано
	параректальная новокаиновая блокада
	свечи с гепарином
	масляные микроклизмы
	оперативное лечение с предварительным консервативным
	теплые сидячие ванны
462	Терапия хронического геморроя включает все перечисленное, кроме
	болеутоляющих свечей
	гливенола и тромбина в свечах
	субаквальных ванн
	масляных микроклизм
463	Анальная трещина наиболее часто встречается
	на 6 часах (задняя)
	на передней стенке заднепроходного канала
	на боковых стенках
	на передней и задней стенках
464	Клиника анальной трещины включает все перечисленное, кроме
	резких болей во время дефекации
	спазма сфинктера заднего прохода
	скудных кровотечений во время дефекации
	обильных кровотечений
465	Консервативное лечение анальной трещины включает все перечисленное, кроме
	сидячих ванночек
	жировых микроклизм

	субаквальных ванн
	инъекций гидрокортизона и новокаина
466	Истинный анальный зуд наблюдается
	при болезни Крона
	при нетропическом спру
	при проктосигмоидите
	при долихосигме
467	Сухость и истончение кожи перианальной зоны отмечают
	при геморрое
	при остром анальном зуде
	при парапроктите
	при хроническом анальном зуде
	при анальной трещине
468	При "влажных" формах зуда применяют все перечисленное, кроме
	местного лечения мазями
	обкалывания метиленовым синим
	местного лечения присыпками
	лечения дисбактериоза
469	В патогенезе неорганической формы недостаточности анального жома лежит
	дефект мышц
	нервно-рефлекторные нарушения
470	Для диагностики недостаточности анального жома используют
	пальцевое исследование
	ректороманоскопию

	рентгенограмму костей таза
	рентгенологическое исследование прямой кишки
	трансректальное УЗИ
	миографию сфинктера и его манометрию
471	Консервативное лечение применяют при всех следующих формах недержания, кроме
	неорганической формы
	отсутствия деформации заднего прохода
	органической формы III степени
	органической формы I степени
472	Медикаментозное лечение недостаточности анального жома включает все перечисленное, кроме
	анаболических гормонов
	прозерина
	витаминов группы В
	ганглерона
473	В первый год после операции оценку функции анального жома производят один раз
	в месяц
	в 2-3 месяца
	в 6 месяцев
	за 1 год
474	При повреждении мышц запирающего аппарата, занимающем 3/4 или всю окружность, производят
	сфинктеропластику
	сфинктеролеваторопластику
	электростимуляцию
	глютеопластику

	лечение прозерином
475	Выпадение прямой кишки происходит
	при травмах
	при запорах
	при тяжелой физической работе
	при затяжных родах
	при всем перечисленном
476	В слизистой оболочке прямой кишки при ее выпадении гистологически отмечают все перечисленное, кроме
	отека
	фиброза
	дистрофии нервных клеток и волокон
	некротических изменений
477	При ущемлении выпавшей прямой кишки без некроза используют
	физиотерапию
	склерозирующие растворы
	срочную операцию
	вправление
	вправление с последующей операцией
478	После операции по поводу выпадения прямой кишки физическую нагрузку следует ограничивать в течение
	6 месяцев
	1 года
	3 месяцев
	2 лет
	5 лет

479	Консервативное лечение после ликвидации выпадения прямой кишки включает все перечисленные меры, кроме
	электростимуляции
	анаболических препаратов
	субаквальных ванн
	витаминов
	прозерина
480	Наиболее частой причиной приобретенных стриктур прямой кишки являются
	травма
	операции
	лучевые и химические поражения
	болезнь Крона
	сифилис
481	Типичными признаками стриктуры прямой кишки являются
	затруднения при дефекации
	поносы
	примесь крови
	тенезмы
	зуд
482	Для декомпенсированных стриктур прямой кишки характерны
	поносы
	ректальные кровотечения
	кишечная непроходимость
	мацерация перианальной зоны
483	Консервативное лечение стриктуры прямой кишки включает все перечисленное, кроме

	бужирования
	электростимуляции
	жировых микроклизм
	инъекции гидрокортизона
484	При высоких стриктурах прямой кишки операцией выбора является
	рассечение стриктуры
	кожная пластика
	резекция суженного участка
	бужирование
485	Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38°C, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8.0г10 ⁹ /л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. Для уточнения диагноза следует провести все перечисленные мероприятия, кроме
	исключения острого гепатита
	определения состояния послеоперационной зоны
	лапароскопии
	посева крови
	исследования грудной клетки
486	Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38°C, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8.0г10 ⁹ /л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. Результаты дообследования на 6-й день не выявили изменений в послеоперационной зоне и в легких, сывороточных маркеров гепатита В. Тяжесть состояния больной нарастает, остается фебрильной лихорадка с редкими ознобами, палочкоядерный сдвиг в формуле крови, отмечено снижение общего белка, альбуминов, холестерина в крови, нарастает анемия, одышка (до 40 в минуту), тахикардия до 120-130 в минуту, АД - 100-90/60 мм рт.ст. Пропальпировать печень и селезенку из-за вздутия живота невозможно. Проводилась интенсивная дезинтоксикационная метаболическая терапия. Дальнейшая диагностика и лечебная тактика включает все перечисленное, кроме
	посева крови

	обзорного снимка брюшной полости
	ультразвукового исследования органов брюшной полости
	антибактериальной терапии
	плазмафереза
487	<p>Больной М. 48 лет произведена геморройэктомия. Обезболивание местное, состояние в первые 3 суток обычное. С 5-го дня повысилась температура до 38°C, однократно озноб. Иктеричность склер. Картина крови: лейкоциты - 8.0г10⁹/л, п/я - 22%, с/я - 50%, СОЭ - 50 мм/час, АЛТ - 82 ЕД, АСТ - 90 ЕД, билирубин - 48 мкмоль/л, в том числе конъюгированный - 29 мкмоль/л. На 7-е сутки тяжесть состояния нарастает: сознание спутанное, одышка до 48-50 в минуту, в легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы, тахикардия до 120-130 в минуту. Кишечные шумы не определяются. Диурез положительный. Испражнения непроизвольные. Желтуха прежней интенсивности. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Больная, не приходя в сознание, умерла. Наиболее вероятный клинический диагноз</p>
	подострая дистрофия печени
	острый лейкоз
	абсцесс печени с развитием сепсиса
	гнойный парапроктит
	разлитой перитонит
488	Механизм действия мотилина
	стимуляция выделения соляной кислоты
	торможение выделения соляной кислоты
	стимуляция моторики желудка и кишечника
	стимуляция секреции бикарбонатов панкреатического сока
	торможение моторики кишечника
489	Механизм действия гастрина
	стимуляция выделения соляной кислоты
	торможение выделения соляной кислоты
	стимуляция моторики желудка и кишечника
	стимуляция секреции бикарбонатов панкреатического сока

	торможение моторики кишечника
490	Секретин стимулирует
	секрецию бикарбонатов панкреатического сока
	секрецию соляной кислоты в желудке
	сокращение желчного пузыря
	моторику желудка и кишечника
	секрецию соляной кислоты
491	Механизм действия панкреозимина
	увеличение концентрации ферментов в панкреатическом соке
	увеличение количества бикарбонатов в дуоденальном соке
	стимуляция выделения соляной кислоты
	торможение моторной активности кишечника
492	Конъюгированный билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента
	глюкуронилтрансферазы
	лейцинаминопептидазы
	кислой фосфатазы
	нуклеотидазы
	глутаматдегидрогеназы
493	В желудочно-кишечном тракте желчные кислоты подвергаются реабсорбции. Это происходит в
	12-перстной кишке
	подвздошной кишке
	толстой кишке
	желудке
	тощей кишке

494	а-фетопроtein обнаруживается в крови больных
	первичным гепатоцеллюлярным раком печени
	полипозным гастритом
	лейомиомой желудка
	полипом прямой кишки
	туморозной формой хронического панкреатита
495	Наиболее ранним и чувствительным показателем печеночного цитолитического синдрома является
	повышение активности аланиновой аминотрансферазы
	повышение альдолазы
	повышение активности аспарагиновой аминотрансферазы
	гипоальбуминемия
	гиперферремия
496	Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером обычно сопровождается
	снижением секреции гастрина
	ахлоргидрией
	диффузной атрофией главных желез желудка
	развитием антрального гастрита
	недостаточностью кардии
497	При снижении холато-холестеринового коэффициента возникает склонность к заболеванию
	бактериальным холециститом
	калькулезным холециститом
	хроническим гепатитом
	циррозом печени
	хроническим холангитом

498	Диареей по Бристольской шкале кала считается
	I и II типа кала
	I-III типа кала
	VI-VII типы кала
	V-VII типы кала
	IV-VI типы кала
499	Запором по Бристольской шкале кала считается
	I и II типа кала
	I-III типа кала
	VI-VII типы кала
	V-VII типы кала
	IV-VI типы кала
500	Увеличенный свыше 500 Ед/мл уровень СА 19-9 более характерен для
	обострения хронического панкреатит
	рака поджелудочной железы
	острого панкреатита
	раке яичников
	раке яичка
501	Объем лабораторных исследований при язвенной болезни
	клинический анализ крови, кал на скрытую кровь, определение <i>Helicobacter pylori</i>
	биохимия крови: белковые фракции, сывороточное железо, клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь
	амилаза крови, щелочная фосфатаза, билирубин, холестерин, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛДГ
502	Объем лабораторных исследований при раке желудка
	клинический анализ крови, кал на скрытую кровь, определение <i>Helicobacter pylori</i>

	биохимия крови: белковые фракции, сывороточное железо, клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь
	амилаза крови, щелочная фосфатаза, билирубин, холестерин, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛДГ
503	Жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища, не купируются полностью приемом альмагеля, отмечаются также отрыжки воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с барием - рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод. Все это позволяет заподозрить
	аксиальную грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит
	рак пищевода
	бронхиальную астму
	хронический гастрит
	ахалазию пищевода
504	Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена
	эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
	хронической пневмонией
	язвенной болезнью желудка
	хроническим активным пангастритом
	склеродермией
505	Признаками пищевода Баррета являются
	язва пищевода
	цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
	врожденный короткий пищевод
	отсутствие перистальтики пищевода
	щелочной пищевод
506	Наиболее частыми ранними осложнениями пептической язвы является
	кровотечение

	стенозы
	малигнизация
	пенетрация
	перфорация
507	Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с
	изъязвленным раком
	лейомиомой
	саркомой
	дивертикулом пищевода
508	Ценкеровские дивертикулы имеют характерную локализацию в
	задней стенке глотки и пищевода
	средней трети пищевода
	нижней трети пищевода
	абдоминальной части пищевода
	поддиафрагмальной части пищевода
509	При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
	гастрофибродуоденоскопию
	внутрижелудочную рН-метрию
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
	УЗИ желудка
510	Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным исследованием является
	гастрофибродуоденоскопия
	рентгенография ЖКТ с барием

	исследование кала на скрытую кровь
	анализ крови
	внутрижелудочная рН-метрия
511	Для эзофагита характерно
	боли за грудиной
	метеоризм
	жидкий стул
	запоры
	тошнота
512	Укажите сроки контрольного проведения ЭФГДС при ЯБ ДПК
	на 11-14 день от начала эрадикационной терапии
	через 3 недели от начала эрадикационной терапии
	через 4 недели от начала эрадикационной терапии
	при хорошем самочувствии не проводить
	зависит от размера язвенного дефекта
513	Методом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является
	эзофагогастродуоденоскопия
	рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием
	обзорный снимок брюшной полости
	УЗИ брюшной полости
514	К основному этиологическому фактору язвенной болезни относят
	алкоголь
	никотин
	нарушения питания
	стресс

	хеликобактер пилори
515	Достоверным признаком стеноза привратника является
	рвота желчью
	урчание в животе
	резонанс под пространством Траубе
	шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
	видимая перистальтика
516	У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является
	рефлюкс-гастрит
	язвенная болезнь
	гипертрофия мышц привратника
	пролапс слизистой желудка в 12-перстную кишку
	доброкачественный полип желудка
517	Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о
	стенозе выходного отдела желудка
	злокачественной язве
	пенетрации язвы
	микрочровотечениях из язвы
	перфорации язвы
518	У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией рецидивирующей язвы в луковице 12-перстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса. Можно предположить следующее
	органический стеноз пилородуоденальной зоны
	функциональный стеноз

	рак желудка
	пенетрация язвы
	перфорация язвы
519	Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются
	локализация язвы
	величина язвы
	отсутствие рецидивирующего течения
	кровотечение
	часто пенетрируют
520	Лекарственные язвы осложняются
	кровотечением
	перфорацией
	стенозом
	малигнизацией
	пенетрацией
521	Дифференцировать внепеченочный и внутрипеченочный портальный блок помогает
	селективная ангиография
	эндоскопическая ретроградная ХПГ
	ультразвуковая доплерометрия
	компьютерная томография
	лапароскопия с биопсией
522	Спленомегалия с желтушным синдромом без лимфоаденопатии позволяет заподозрить
	хронический гепатит
	цирроз печени
	гемолитическую желтуху

	острый вирусный гепатит
	инфекционный мононуклеоз
523	Наиболее полную информацию о строении и возможных аномалиях желчевыводящих путей дает
	ретроградная панкреатохолангиография
	УЗИ
	гепатобилисцинтиграфия
	биохимическое исследование пузырной желчи
	холецистография
524	Чрезкожная холангиография является методом, позволяющим диагностировать
	хронический гепатит
	цирроз печени
	непроходимость желчных путей с механической желтухой
	абсцесс печени
	внутрипеченочный сосудистый блок
525	В распознавании внутрипеченочной обструктивной желтухи наиболее достоверен метод
	внутривенной холангиографии
	пероральной холангиографии
	дуоденального зондирования
	перитонеоскопии
	эндоскопической ретроградной ХПГ
526	Показанием к проведению колоноскопии являются
	жидкий стул с примесью крови
	колитический синдром в копрограмме
	стеаторея 2 типа

	рвота с примесью крови
	стул по типу «мелены»
527	Назовите мероприятия при функциональных запорах
	прием пищи 5 раз в день, Диета № 3
	диета №3, двигательный режим, очистительные клизмы в течение 3-х недель, формирование рефлекса на дефекацию
	диета №5, прием слабительных 3-4 недели, формирование рефлекса на дефекацию, опорожнение кишечника в одно и тоже время
	прием пищи 5 раз в день, диета № 3, достаточный прием жидкости, двигательный режим, опорожнение кишечника в одно и тоже время
	прием пищи 5 раз в день, Диета № 4
528	Укажите, в каких случаях диарея сочетается с кожными проявлениями
	пищевая аллергия
	лактазная недостаточность
	муковисцидоз
	целиакия
529	Для синдрома раздраженной толстой кишки характерно
	гипохромная анемия
	дефицит витамина С
	общее состояние больного не страдает
	пеллагрические изменения кожи
	дефицит витаминов группы В
530	Чаще всего дивертикулы толстой кишки обнаруживаются в
	прямой кишке
	сигмовидной кишке
	нисходящей кишке

	поперечно-ободочной кишке
	слепой кишке
531	Самым часто встречающимся симптомом аденоматозного полипа толстой или прямой кишки является
	боль
	кровь при дефекации
	мелена
	диарея
	запор
532	Поражение прямой кишки при неспецифическом язвенном колите может быть в
	10-20% случаев
	25 - 50% случаев
	50 - 70% случаев
	70 - 85% случаев
	100% случаев
533	При неспецифическом язвенном колите в патологический процесс вовлекается
	слизистая оболочка
	слизистая и подслизистая оболочки
	серозная оболочка
	вся стенка кишки
	мышечный слой кишки
534	Токсическая дилатация толстой кишки является типичным осложнением при
	болезни Крона
	дивертикулезе толстой кишки
	неспецифическом язвенном колите

	врожденной долихосигме
	полипозе толстой кишки
535	При неспецифическом язвенном колите диагностическое значение имеют следующие рентгенологические признаки
	увеличение диаметра кишки
	множественные гаустрации
	вид "бульжной мостовой"
	мешковидные выпячивания по контуру кишки
	изменения гаустрации, вплоть до ее исчезновения, укорочение и сужение просвета кишки
536	Микрофлора толстой кишки состоит из
	заметно увеличенного количества анаэробов по сравнению с тонкой кишкой
	очень небольшого числа бактерий
	только E.Coli
	бактерий, идентичных флоре тонкой кишке
	сальмонелл
537	При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой наиболее рационально назначить антибиотики группы
	макролидов
	широкого спектра действия (тетрациклины)
	аминогликозидов
	цефалоспоринов
	карбапенемов
538	При стафилококковом дисбактериозе наиболее рационально назначить
	антибиотики группы макролидов
	тетрациклины
	производные нитрофуранов

	антибиотики группы аминогликозидов
	производные налидиксовой кислоты
539	Показанием к назначению бифидумбактерина является
	резкое угнетение или отсутствие роста анаэробов неспорообразующих
	усиление роста представителей факультативной микрофлоры
	угнетение роста бактерий группы коли
	усиление роста дрожжевых грибов
540	При болезни Крона чаще поражается
	пищевод
	желудок
	подвздошная кишка
	аппендикс
	прямая кишка
541	Больная 26 лет. В течение 2 лет беспокоят приступообразные боли в правой подвздошной области, различные по длительности. Несколько раз госпитализировалась с подозрением на острый аппендицит, однако, оперативное вмешательство не было произведено. При последнем обострении боли в животе сопровождались поносом с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, признаки узловой эритемы, при пальпации живота умеренная болезненность в правой подвздошной области. В анализе крови: Нв-100г\л, СОЭ-40. Диагноз:
	болезнь Крона (терминальный клеит)
	хронический аппендицит
	неспецифический язвенный колит
	болезнь Уиппла
	целиакия
542	Больная 26 лет. В течение 2 лет беспокоят приступообразные боли в правой подвздошной области, различные по длительности. Несколько раз госпитализировалась с подозрением на острый аппендицит, однако, оперативное вмешательство не было произведено. При последнем обострении боли в животе сопровождались поносом с примесью крови. При осмотре кожные покровы обычной окраски, признаки узловой эритемы, при пальпации живота умеренная болезненность в правой подвздошной области. В анализе крови: Нв-

	100г\л, СОЭ-40. Необходимо в первую очередь провести следующие диагностические исследования
	рентгенологическое исследование толстой кишки
	колонофиброскопия с прицельной биопсией
	лапароскопия
	мифологическое исследование
	бактериологическое исследование кала
543	Типичными признаками стриктуры прямой кишки являются
	затруднения при дефекации
	поносы
	примесь крови
	тенезмы
	зуд
544	Для декомпенсированных стриктур прямой кишки характерны
	поносы
	ректальные кровотечения
	кишечная непроходимость
	мацерация перианальной зоны
	слизь в кале
545	Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является
	печеночный угол
	селезеночный угол
	физиологический сфинктер Кеннона левый
	физиологический сфинктер Кеннона правый
	физиологический сфинктер Хорста

546	Гастрин влияет на деятельность следующих органов, кроме
	желудка
	поджелудочной железы
	тонкой кишки
	печени
	толстой кишки
547	Для перфорации острой язвы желудка характерны все симптомы, кроме
	боли в животе
	напряжения передней брюшной стенки
	усиленной перистальтики кишечника
	боли в надключичной области
	рвоты
548	О пенетрации язвы свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме
	усиления боли
	ослабления боли
	иррадиации боли в спину
	болей по ночам
	изменения ритмичности болей
549	Стимулятором секреции соляной кислоты в желудке является
	гастрин
	секретин
	глюкагон
	кинины
	простогландины
550	Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует

	с размерами язвы
	с локализацией язвы
	с количеством потерянной крови
	с возрастом больного
	с полом
551	Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием
	язвы анастомоза
	недостаточного гемостаза в процессе операции
	невывявленной язвы
	нарушения гемостаза
	травмы при интубации
552	Наиболее информативным методом исследования при невыясненной гепатомегалии является
	сканирование
	ангиография
	лапароскопия
	биопсия печени
	ферментные тесты
553	Наилучшим методом диагностики язвы анастомоза является
	ангиография
	рентгенография
	эндоскопия
	исследование кислотности
	сканирование
554	К гистологическим данным, которые указывают на улучшение в течении

	неспецифического язвенного колита, относятся все, кроме
	появления островков регенерации
	исчезновения крипт-абсцессов
	снижения васкулярности
	восстановления бокаловидных клеток
	увеличения лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя
555	Гистологические данные, позволяющие дифференцировать болезнь Крона и неспецифический язвенный колит
	крипт-абсцессы
	саркоидные гранулемы в подслизистом слое
	псевдополипы
	диффузное воспаление слизистой
	атрофия слизистой
556	Сходную с болезнью Крона морфологическую картину имеют заболевания
	неспецифический язвенный колит
	ишемический колит
	туберкулез толстой кишки
	эозинофильный энтероколит
	псевдомембранозный колит
557	При болезни Крона симптомы раннего поражения наблюдаются
	в слизистой
	в подслизистой
	в лимфатических узлах
	в капиллярах
	в серозе

558	Изменения слизистой при болезни Крона похожи
	на язвенный колит
	на амебиаз
	на шигеллез
	на полипоз
	на брюшной тиф
559	При кишечной форме туберкулеза чаще поражается
	пищевод
	желудок
	тощая кишка
	червеобразный отросток
	прямая кишка
560	Основными симптомами кишечной непроходимости являются все нижеперечисленные, кроме
	боли
	поноса
	рвоты
	вздутия живота
	задержки стула и газов
561	Кишечную инвагинацию характеризуют все симптомы, кроме
	запоров
	диареи
	инфильтрата брюшной полости
	выделения из прямой кишки крови и слизи
	болезненных позывов на дефекацию

562	В норме барий поступает в слепую кишку через
	1 час
	2 часа
	4 часа
	8 часов
	12 часов
563	Термин "долихоколон" используется при описании ободочной кишки, которая
	петлистая
	укорочена
	не прикреплена к брыжейке
	удвоена
	удлинена
564	При мегакалон отмечается
	гипертонус нисходящей ободочной кишки
	атония толстой кишки
	аганглиоз
	атрезия ануса
	отсутствие внутреннего ректального сфинктера
565	Симптом, часто наблюдающийся при психогенном мегакалон и редко при болезни Гиршпрунга
	запор
	понос
	вздутие живота
	недержание кала
	начало заболевания в детстве

566	рН кала в нормальных условиях
	2.2-3.5
	3.8-4.5
	5.0-6.2
	6.8-7.3
	7.5-8.2
567	Слизь, выделяющаяся при акте дефекации, характерна всем перечисленным, кроме
	не бывает в нормальном стуле
	микроскопически имеет характерную уникальную структуру
	чаще наблюдается при слабом и водянистом стуле
	мембранная слизь обычно характерна для функциональных или нейрогенных нарушений
	может выделяться из тонкой кишки
568	Данные сигмоскопии при синдроме раздраженной толстой кишки
	дилатация ампулы прямой кишки
	разрыхленность слизистой прямой кишки
	сегментарный спазм сигмовидной кишки
	поверхностные изъязвления
	инфильтрация слизистой
569	Эндоскопическая картина шигеллеза похожа
	на амебиаз
	на сальмонеллез
	на гранулематозный колит
	на неспецифический язвенный колит
	на дивертикулит
570	Для псевдомембранозного колита характерно

	высокая температура
	боли в животе
	понос
	стафилококк в мазке кала
	наличие специфических изменений при гистологическом исследовании слизистой прямой кишки
571	Дивертикулез толстой кишки чаще поражает
	прямую кишку
	сигмовидную кишку
	нисходящую кишку
	поперечную ободочную кишку
	слепую кишку
572	Частыми симптомами при дивертикулезе ободочной кишки являются все перечисленные, кроме
	запора
	болей в животе
	метеоризма
	диареи
	отсутствия болезненности при пальпации живота
573	Заболевание ободочной кишки, которое трудно дифференцировать с раком толстой кишки
	язвенный колит
	болезнь Крона
	амебный колит
	дивертикулит
	полипы размером до 2 см
574	Для маркировки места локализации удаленного полипа используется

	бриллиантовая зелень
	раствор туши
	индигокармин
	метиленовый синий
	фукорцин
575	Перед колоноскопией необходимо выполнить
	обзорную рентгенографию брюшной полости
	ирригоскопию
	пассаж бария по кишечнику
	эзофагогастродуоденоскопию
	ректороманоскопию
576	В отношении эндоскопического исследования толстой кишки правильно все перечисленное, кроме
	колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки
	колоноскопия является самостоятельным методом исследования
	колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки
	колоноскопия выполняется после проведения ирригоскопии
577	При экстренном обследовании больных с толстокишечным кровотечением могут быть использованы все перечисленные методы, кроме
	ректороманоскопии
	ирригоскопии
	селективной ангиографии
	диагностической колоноскопии
	интраоперационной колоноскопии
578	Показаниями к выполнению селективной эндоскопической контрастографии являются все перечисленные, за исключением

	выяснения природы сужения толстой кишки
	уточнения протяженности сужения
	изучения тонко-толстокишечных анастомозов
	уточнения характера ранее выполненной операции на толстой кишке
	фистулографии
579	Показаниями к интраоперационной колоноскопии является
	дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом
	кишечное кровотечение с неустановленным источником
	неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением
	болезнь Крона в фазе стриктурирования
580	Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются
	тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона
	тяжелые степени сердечно-сосудистой и легочной недостаточности
	острый парапроктит
	кровотокающий геморрой
581	Относительными противопоказаниями к колоноскопии являются
	острые воспалительные поражения анальной и периаанальной области
	ранний послеоперационный период (после операций на толстой кишке)
	болезнь Крона, фаза инфильтрации
	спаечная кишечная непроходимость
582	К ограничениям для колоноскопии относятся
	болезнь Гиршпрунга
	выраженный дивертикулез
	максимальная степень активности неспецифического язвенного колита
	фаза деструкции болезни Крона

583	К осложнениям, наиболее часто развивающимся после колоноскопии, относятся все перечисленные, кроме
	электролитных расстройств
	гиповолемии
	дегидратации
	инфаркта миокарда
	заворота толстой кишки
584	К неполной перфорации толстой кишки относятся
	разрыв слизистой оболочки
	разрыв слизистого и подслизистого слоев
	разрыв всех слоев кишечной стенки, исключая слизистую
	разрыв всех слоев кишечной стенки
	разрыв серозно-мышечного слоя
585	У больных с нарушенным актом дефекации применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии
	за 2 часа до осмотра очистительная клизма
	по одной очистительной клизме на ночь накануне исследования, и утром в день осмотра
	накануне исследования в 16 часов принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования
	накануне исследования в 16 часов принять 40 г касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма
	за 3 дня до исследования бесшлаковая диета, 2 клизмы на ночь накануне исследования и 2 клизмы утром в день осмотра
586	У больных с толстокишечной непроходимостью применяется следующая схема подготовки толстого кишечника к колоноскопии
	сифонная клизма за 1 час до осмотра
	накануне исследования принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования
	за 3 дня до осмотра бесшлаковая диета, 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день

	исследования
	50 мл раствора сернокислой магнезии 25% на ночь, утром 2 очистительные клизмы
	осмотр производится без подготовки
587	У больных с поносами применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии
	осмотр производится без подготовки
	по 1 клизме (объемом 500-600 мл) на ночь и утром в день исследования
	по 1 клизме (объемом 1000-1500 мл) на ночь и утром в день исследования
	накануне исследования принять 40 г касторового масла, по 1 клизме (объемом 1-1.5 л) на ночь и утром в день исследования
	бесшлаковая диета за 2-3 дня до исследования, по 1 клизме (объемом 500-600 мл) на ночь и утром в день исследования.
588	У больных с запорами до 2-3 дней применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии
	за 2-3 дня до осмотра назначается бесшлаковая диета, накануне в 16 часов больной принимает 40 г касторового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования
	накануне исследования принять 40 г касторового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования
	сифонная клизма за 2 часа до исследования
	за 2-3 дня до исследования бесшлаковая диета, по 2 очистительных клизмы на ночь и утром в день исследования
	накануне исследования принять 40 г вазелинового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования
589	Противопоказаниями к использованию механической очистки толстой кишки при помощи назогастральной интубации кишечника являются все перечисленные, исключая
	возраст больного (старики, дети)
	нарушение функции почек
	нарушение функции печени
	явления интраационной толстокишечной непроходимости

	воспалительные заболевания толстой кишки
590	К особенностям подготовки больных с дивертикулезом толстой кишки относятся
	удвоение дозы касторового масла
	использование в качестве слабительного раствора сернокислой магнезии
	увеличение количества очистительных клизм в день исследования
	уменьшение дозы слабительного
	применение только механической очистки кишечника методом лекарственного промывания
591	Подготовка больных с дивертикулезом толстой кишки имеет следующую особенность
	выраженный болевой синдром
	опасность развития перфорации
	трудность отмывания содержимого из дивертикулов
	выраженный спазм кишки
	опасность развития толстокишечной непроходимости
592	Для подготовки толстой кишки к колоноскопии применяют
	вазелиновое масло
	касторовое масло или раствор сернокислой магнезии
	свечи с глицерином
	таблетки бисакодила
593	Все перечисленные препараты следует отменять за 2-3 дня до начала подготовки к колоноскопии, кроме
	препаратов, содержащих железо
	диуретиков
	гормонов
	антикоагулянтов
	дезагрегантов

594	Перед колоноскопией премедикация включает
	наркотики подкожно
	спазмолитики подкожно
	наркотики + спазмолитики подкожно
	наркотики + спазмолитики внутривенно
	премедикации не требуется
595	Эвакуацию из желудка замедляет
	жидкости
	мясные блюда
	щелочное питье
	кефир
	рыба