

**Вопросы, предлагаемые для тестового контроля знаний по специальности:
«КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»**

(207 вопросов – 100 % от числа заданий в тесте по специальности)

Тесты разработаны с участием главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Самарской области.

Главный внештатный специалист министерства здравоохранения Самарской области по колопроктологии: Журавлев Андрей Вячеславович, заведующий колопроктологическим отделением –врач-колопроктолог клиники госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук, 443079, г. Самара, пр. К. Маркса, 165 б, тел. 276-78-38

I. Анатомия, физиология

1. Нижняя прямокишечная артерия отходит от:
2. Нижняя надчревная артерия отходит от:
3. В кровоснабжении прямой кишки участвуют:
4. Вены прямой кишки принадлежат к системе:
5. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника НЕ участвует концевая ветвь подвздошно-ободочной артерии:
6. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является:
7. Дуга Риолана образуется за счёт анастомозирования:
8. Артерии сигмовидной кишки отходят от:
9. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются:
10. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно на:
11. Срамной нерв происходит из:
12. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:
13. Мегаколон – это:
14. Долихосигма – это:
15. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты в:
16. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены:
17. Выводные протоки анальных желез открываются:
18. Место соединения ампулярной части прямой кишки и промежности носит название:
19. По отношению к висцеральной брюшине прямая кишка расположена:
20. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является:
21. Количество непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки составляет _____.
22. Сфинктером, который, герметически закрываясь, создает препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, НЕ является:
23. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль, из числа перечисленных, играет:

24. Через подгрушевидное отверстие таза НЕ выходит:
25. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются:
26. Аноскопическая связка пересекается с целью:
27. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется:
28. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром, называется:

II. Малая проктология

29. Из всех форм локализации острого парапроктита чаще всего встречается:
30. Наиболее клинически тяжелым вариантом острого парапроктита является:
31. Подкожный парапроктит характеризуется:
32. При остром парапроктите наиболее сложна диагностика парапроктита:
33. Подкожный парапроктит характеризуется всеми перечисленными признаками, КРОМЕ:
34. Ишиоректальный парапроктит в ранней стадии заболевания НЕ характеризуется:
35. Клинической картиной острого подкожного парапроктита являются:
36. Острым парапроктитом называется:
37. Инфекция, наиболее часто вызывающая острый парапроктит, является:
38. Самым частым путем проникновения инфекции в параректальную клетчатку является:
39. Рациональным методом лечения острого парапроктита является:
40. Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции:
41. Наиболее рациональным методом лечения острого парапроктита является:
42. Острый подкожный парапроктит в типичных случаях характеризуется:
43. Оптимальным вариантом лечения острого ишиоректального парапроктита является:
44. Инфекция из просвета прямой кишки при остром парапроктите чаще всего попадает:
45. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является:
46. Самой частой формой острого парапроктита является:
47. Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести осмотр и пальпацию:
48. Известно, что главную роль в развитии парапроктита играют анальные железы. Большая часть их расположена:
49. В начале заболевания особенно трудна диагностика:
50. К заболеваниям анальной области, являющимся показанием к экстренной операции, относится:
51. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является:
52. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить:
53. Сложность экстрасфинктерного свища прямой кишки характеризуется тем, что:
54. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно иссечение свища:

55. При экстрасфинктерных свищах деление на степени сложности в основном имеет значение для:
56. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой НЕ связаны с:
57. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:
58. Для параректального свища НЕ характерно:
59. Клиническая картина параректального свища характеризуется всем нижеперечисленным, КРОМЕ:
60. Клинически полный параректальный свищ характеризует:
61. Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвет прямой кишки может развиваться вследствие всего перечисленного, КРОМЕ:
62. Показанием к операции являются все перечисленные заболевания, КРОМЕ:
63. У больного сильнейшие боли в анальной области во время и после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз?
64. У больного сильнейшие боли в анальной области во время и после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. С какого метода исследования вы начнете обследование?
65. Длительный анамнез, ноющие боли после стула с незначительным кровотечением из прямой кишки, запоры, стул обильный позволяют предположить:
66. Для подтверждения диагноза «трещина анального канала» достаточно применить:
67. Острая анальная трещина чаще всего локализуется:
68. В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:
69. Для подтверждения диагноза хронической трещины анального канала используется:
70. Для острой анальной трещины более характерны боли:
71. При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует:
72. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:
73. Хирургическое лечение хронической анальной трещины включает:
74. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является:
75. При остром тромбозе геморроидальных узлов НЕ используют:
76. К возможным осложнениям внутреннего геморроя относится все перечисленное, КРОМЕ:
77. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в области заднего прохода можно думать о:
78. В возникновении геморроя общепризнанными считаются теории:
79. НЕ является показанием к операции:
80. При геморрое НЕ характерен следующий симптом:
81. Развитию геморроя способствуют:
82. НЕ является проявлением хронического геморроя:

83. 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:
84. Иссечение геморроидальных узлов противопоказано при:
85. Типичным осложнением геморроя является:
86. Кровотечение из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуется:
87. При геморрое могут наблюдаться все нижеперечисленные симптомы, КРОМЕ:
88. Больной жалуется на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу, периодический зуд в области анального канала. Ваш предварительный диагноз:
89. В основу современной классификации хронического внутреннего геморроя положены:
90. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя НЕ относится:
91. Развитию геморроя способствует все нижеперечисленное, КРОМЕ:
92. В патогенезе геморроя ведущими НЕ являются:
93. При первой стадии геморроя внутренние узлы:
94. При третьей стадии хронического геморроя внутренние узлы:
95. У больного жалобы на боли спустя 15—30 мин после стула, незначительное кровотечение после акта дефекации, запоры, стул обильный. Ваш предварительный диагноз?
96. Развитию геморроя способствуют:
97. Криптитом называется воспаление:
98. Папиллит – это:
99. Клиническая картина параректального свища характеризуется всем перечисленным, КРОМЕ:
100. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является:
101. При лечении острого тромбоза геморроидальных вен наиболее рациональным методом является:
102. Противопоказаниями к оперативному лечению геморроя в плановом порядке являются:
103. Остроконечные кондиломы НЕ могут локализоваться:
104. Причиной выпадения прямой кишки НЕ является:
105. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить в положении:
106. Лечение выпадения прямой кишки должно быть:
107. Повреждение стенки прямой кишки в родах возникает при разрыве промежности _____ степени
108. Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется:
109. Рентгенологическое исследование костей таза следует обязательно произвести при:
110. У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения крови из заднего прохода. Заподозрено повреждение кишечной стенки на

высоте 5-6 см. Для определения глубины повреждения стенки прямой кишки следует выполнить:

111. При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно обязательно:

112. Произошло внебрюшинное повреждение всех слоев стенки прямой кишки выше леватора. Со времени травмы прошло 2 часа. Рана прямой кишки более 2см в диаметре, но поступления кишечного содержимого нет. Рана чистая, края не инфильтрированы. Целесообразнее всего:

113. Недостаточность анального сфинктера маловероятна после операции по поводу:

114. Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие:

115. Неизменный воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой:

116. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

117. Клиническими проявлениями неосложнённого копчикового хода могут быть:

118. Особенности течения болезни при эпителиальном копчиковом ходе:

119. Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является:

120. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является:

121. Эпителиальный копчиковый ход:

122. К обязательным исследованиям у больного с неосложнённым эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относятся:

123. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода могут образоваться гнойные свищи крестцово-копчиковой области. При этом сам копчик:

124. При хроническом воспалении эпителиального копчикового хода:

125. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

126. 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 краев раны. Больному необходимо:

127. Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является:

III. Воспалительные заболевания толстой кишки

128. Причиной развития болезни Крона является:

129. Классификация болезни Крона не предусматривает:

130. Причиной неспецифического язвенного колита является:

131. Для неспецифического язвенного колита не характерно:

132. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:

133. Диагноз болезни Крона позволяют подтвердить:

134. В классификацию неспецифического язвенного колита НЕ включается фактор:
135. Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является:
136. Токсическая дилатация ободочной кишки при язвенном колите обусловлена:
137. К вам на консультацию привели мальчика 15 лет. В течение длительного времени, практически с рождения, страдает запорами, стула не бывает по 7—10 дней. Все время пользуется слабительными и клизмами. При осмотре мальчик отстаёт в физическом и умственном развитии. Язык влажный. Живот увеличен в размере. Брюшная стенка дряблая. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Ваш предварительный диагноз?
138. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является:
139. Нежелательным элементом в процессе предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита, осложненного кровотечением, является:
140. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются:
141. Ведение послеоперационного периода у больных неспецифическим язвенным колитом предусматривает:
142. В приемное отделение доставлена больная 70 лет. Около 2 дней назад у нее появились боли в левой подвздошной области, усиливающиеся при кашле, физическом напряжении. Длительное время страдает запорами. При осмотре состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц и болезненность в левой подвздошной области. Здесь же нередко выраженный симптом Блюмберга—Щеткина. Умеренный лейкоцитоз, $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, температура $37,2^\circ$. Ваш предварительный диагноз?
143. В приемное отделение доставлена больная 70 лет. Около 2 дней назад у нее появились боли в левой подвздошной области, усиливающиеся при кашле, физическом напряжении. Длительное время страдает запорами. При осмотре состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц и болезненность в левой подвздошной области. Здесь же нередко выраженный симптом Блюмберга—Щеткина. Умеренный лейкоцитоз, $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, температура $37,2^\circ$. Определите тактику ведения этой больной.
144. Наиболее типичным характером болей при синдроме раздраженной кишки являются боли:
145. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:
146. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся:
147. Ишемический колит обусловлен:
148. Техника формирования илеостомы по Бруку НЕ предусматривает:
149. Наиболее удобна в уходе:
150. Диагноз болезни Гиршпрунга позволяет подтвердить:
151. К осложнениям неспецифического язвенного колита относятся:
152. К осложнениям дивертикулеза ободочной кишки относятся:

IV. Онкология

153. Меньшую склонность к малигнизации имеют полипы ободочной кишки:
154. Больного 70 лет в течение последних 3 месяцев беспокоят нарастающие запоры. В последние недели стула нет по 3—4 дня. Пользуется слабительными. Около недели назад был эпизод кровотечения из прямой кишки — выделилось около 200 мл неизменной крови. При осмотре состояние удовлетворительное. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, патологических образований не определяется. При перкуссии — высокий тимпанит. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет. Ваш предварительный диагноз?
155. В прямой и ободочной кишках чаще наблюдаются полипы:
156. Прогноз лечения при полипах толстой кишки НЕ зависит от:
157. При тотальном поражении полипами толстой кишки и наличии рака выше 8 см от края ануса необходимо выполнить:
158. Рак толстой кишки при семейном аденоматозе, как правило, НЕ развивается в:
159. При проведении ректороманоскопии в прямой кишке на высоте 7 см от края заднего
160. Ворсинчатую опухоль прямой кишки размерами до 2 см следует лечить путем выполнении:
161. Основным видом лечения диффузного полипоза толстой кишки является:
162. Для синдрома Пейтца-Егера характерными внекишечными проявлениями являются:
163. Рак прямой и ободочной кишок наиболее часто развивается при следующих заболеваниях:
164. Имеют ли клинические проявления начальные формы рака ободочной кишки?
165. Раннее развитие непроходимости кишечника наиболее характерно для опухолей отдела ободочной кишки:
166. Чаще всего подвергаются озлокачествлению:
167. Доброкачественные опухоли прямой кишки НЕ могут:
168. Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте:
169. Наиболее часто злокачественному перерождению подвергаются:
170. К злокачественным опухолям прямой кишки относится:
171. Рак ректосигмоидного отдела обычно проявляет себя:
172. Для раковой опухоли ободочной кишки характерным является:
173. Для лечения аденом прямой кишки лучше всего применять:
174. Наиболее эффективным способом хирургического лечения при циркулярной ворсинчатой опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки является:
175. При неосложнённом раке восходящей ободочной кишки показана операция:
176. При раке слепой кишки с явлениями выраженной тонкокишечной непроходимости показана операция:
177. При раке проксимальной трети сигмовидной кишки T1NXM0 показана операция:
178. При раке дистальной трети сигмовидной кишки, осложнённом кишечной непроходимостью, показана операция:

179. Для лечения острой толстокишечной непроходимости при раке прямой кишки следует:

180. Операция по Микуличу предполагает:

181. Суть операции Лахей при раке правой половины ободочной кишки состоит в:

182. Кишечные стомы накладываются с целью:

V. Инородные тела прямой кишки

183. Наличие инородного тела в прямой кишке может проявиться:

184. Какую первую помощь можно оказать при наличии инородного тела прямой кишки?

185. При подозрении на инородное тело прямой кишки необходимо выполнить:

VI. Травмы прямой кишки

186. При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно обязательно:

187. После получения травмы анального канала прошло около суток. Имеется повреждение наружного жома по левой боковой стенке (от 1 до 5 часов по циферблату). Края раны отечны, обрывки мышц темные, рана с серым налетом. Больному необходимо:

188. В результате обследования установлено, что рана прямой кишки располагается ниже тазовой брюшины, но выше леваторов, слизистая повреждена на участке 3*4 см, на дне раны видна мышечная ткань. В этом случае целесообразнее всего:

189. В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести:

190. Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, рана около 3 см в диаметре, края ее ровные. Лучше всего:

191. Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этом случае подготовка кишечника должна включать:

192. При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной раны промежности назначение антибактериальной терапии обязательно:

193. Для избежания инфицирования раны промежности при повреждении прямой кишки наиболее эффективно:

194. Во время выполнения операции надвлагалищной ампутации по поводу быстро растущей миомы матки произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот, наложение фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

195. Самое частое осложнение внебрюшинного ранения прямой кишки:

196. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:

197. Международная классификация болезней — это:

198. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:

199. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет:

200. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается:
201. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники - 1 ставка на:
202. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники в 1 час должна составлять:
203. Диспансерное наблюдение НЕ должно вестись за пациентами:
204. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на ____ колопроктологических коек.
205. Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее время составляет:
206. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:
207. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи:

АТТЕСТАЦИОННАЯ КОМИССИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ