Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра хирургии с курсами онкохирургии, эндоскопии, хирургической патологии, клинической трансплантологии и органного донорства

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.55 Колопроктология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1098 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-колопроктолог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.55 Колопроктология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-колопроктолог».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

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

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

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

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

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: а) привратник, б) баугиниева заслонка, в) наружный сфинктер заднего прохода, г) внутренний сфинктер, д) сфинктер Гирша:

1) правильные ответы а, б, в;

2) правильные ответы а, в;

3) правильные ответы б, г;

4) правильный ответ г;

5) правильные ответы а, б, в, г, д.

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

1) копчиковая мышца;

2) подвздошно-копчиковая мышца;

3) лонно-прямокишечная мышца;

4) ано-копчиковая связка;

5) все перечисленные.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций,

предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.55 Колопроктология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Анатомия передней брюшной стенки и брюшной полости. Производные брюшины в верхнем этаже брюшной полости (сальниковая сумка, поддиафрагмальное пространство, малый и большой сальник). Топография тонкой и толстой кишки. Хирургическая анатомия толстой и тонкой кишки.

2. Клиническая анатомия прямой кишки, анального канала, тазового дна. Кровоснабжение и лимфатическая система анального канала прямой кишки. Кровоснабжение различных отделов ободочной и прямой кишки, иннервация и отток лимфы.

Примеры контрольных заданий:

1. Составьте правила осмотра колопроктологического больного.
2. Опишите методику проведения пальцевого исследования прямой кишки и анального канала.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При исследовании живота патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не выявлено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3,7,11 часах выявлены геморроидальные узлы, сливающиеся с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 108 г/л.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы? В чем состоит лечебная тактика?

Ситуационная задача № 2.

Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Больной периодически отмечал небольшое кровотечение алой кровью из прямой кишки. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс 92 уд. в мин, ритмичный. Температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированны. По всей окружности анального отверстия выступают крупные геморроидальные узлы багровосинюшного цвета, резко болезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Тактика лечения.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

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

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Ривкин В.Л. Колопроктология: руководство для врачей / Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 368 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1971-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419717.html
2. Семионкин Е.И. Атлас колопроктологических заболеваний / Е.И. Семионкин, А.Ю. Огорельцев – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 80 с. – ISBN 978-5-9704-3990-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439906.html
3. Шелыгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю.А. Шелыгина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 560 с. – ISBN 978-5-9704-4357-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html

Дополнительная литература:

1. Ривкин В.Л. Болезни прямой кишки / Ривкин В.Л. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4318-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443187.html
2. Риквин В.Л. Амбулаторная колопроктология / Риквин В.Л. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 96 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1363-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413630.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.55 Колопроктология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Колопроктология /40	**1. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: а) привратник, б) баугиниева заслонка, в) наружный сфинктер заднего прохода, г) внутренний сфинктер, д) сфинктер Гирша** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **2. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет** 1) копчиковая мышца 2) подвздошно-копчиковая мышца 3) лонно-прямокишечная мышца 4) ано-копчиковая связка 5) все перечисленные **3. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: а) боковые клетчаточные пространства таза, б) позадипрямокишечное клетчаточное пространство, в) околовлагалищную клетчатку у женщин, г) забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу, д) околопростатическую клетчатку у мужчин** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **4. 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** 1) ретроректальное 2) ишиоректальное 3) постанальнос

		4) пельвиоректальное 5) межмышечное **5. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: а) большим по сравнению с тонкой диаметром, б) серовато-пепельным оттенком, в) особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент, г) наличием жировых подвесков, д) наличием гаустр** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **6. Микроскопически геморрой характеризуется** 1) варикозным расширением вен 2) гиперплазией кавернозных телец 3) ангиодисплазией 4) тромбофлебитом 5) склерозом гломусных анастомозов **7. Острая анальная трещина не имеет** 1) шелевидной формы 2) гладких ровных краев 3) анального (сторожевого) бугорка 4) мышечной ткани на дне дефекта 5) фибрина на раневой поверхности **8. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид** 1) округлых плоских бляшек 2) разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты **9. Неспеиифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность** 1) сегментарное поражение слизистой оболочки 2) воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки 3) блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям 4) гладких бугристых образований 5) грануляционной ткани **10. Микроскопическая картина поражения при неспецифическом язвенном колите характеризуется** 1) воспалительным инфильтратом во всех слоях кишечной стенки 2) воспалительным инфильтратом, локализующемся только в слизистой оболочке 3) преобладанием нейтрофилов при остром развитии заболевания 4) развитием склероза мышечного слоя 5) образованием язв-трещин в дистальных отделах толстой кишки **11. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется**

		1) изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков 2) тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки 3) тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта 4) обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки 5) наличием множественных язв-трещин в толстой кишке **12. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются** 1) округлой правильной формой, напоминающей язву желудка 2) поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями 3) щелевидными язвами, идущими в различных направлениях 4) слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой «сплошную» язву 5) на слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается **13. При дивертикулярнойболезни: а) наблюдается гиперэластоз продольного мышечного слоя кишки, б) дивертикулы образованы не всеми слоями кишечной стенки, в) дивертикулы локализуются чаше всего а сигмовидной кишке, г) отмечается.утолщение стенки сигмовидной кишки, д) циркулярные мышцы кишечной стенки разволакиваются** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **14. По микроструктуре каулальные тератомы могут представлять собой: а) дермоид, б) опухоль из трёх зародышевых листков, в) эпидермоид, г) эпителиальный копчиковый ход, д) эпителиальное погружение** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **15. Характерным для липом толстой кишки является: а) мягкая консистенция, б) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, в) гладкий округленный контур, г) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, д) малоподвижность образования** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г

		4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **16. Карциноиды толстой кишки характеризуются тем, что: а) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, б) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, в) имеют плотную консистенцию, г) не озлокачествляются и не метастазируют, д) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **17. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является:** 1) анемия 2) нарушение выделительной функции толстой кишки 3) нарушение кишечной проходимости 4) боли в животе 5) общая слабость толстой кишки **18. Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются: а) ориентировочная оценка состояния костного скелета таза, б) оценка состояния внутренних половых органон (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин), в) оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода, г) определение состояния просвета прямой кишки, степени её подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки, д) опенка состояния ректовагинальной перегородки** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **19. Радикальным лечением папиллита может быть: а) иссечение анального сосочка, б) электрокоагуляция анального сосочка, в) иссечение сосочка вместе с соседней криптой, г) ежедневное прижигание сосочка ляписом, д) микроклизмы с 0,3% раствором колларгола** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **20. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаше всего, следствием** 1) злокачественного процесса

		2) периакальных кондилом 3) острого парапроктита 4) анальной трешины 5) геморроя **21. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и: а) рак прямой кишки, б) кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки, в) эпителиальный копчиковый ход, г) остеомиелит копчика, д) свищевую форму пиодермии** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **22. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно** 1) не форсировать затягивание лигатуры 2) избегать длительной тампонады раны анального канала 3) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно 4) весь период лечения применять мази только на водорастворн мой основе д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции **23. Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на: а) устранение боли, б) улучшение микроциркуляции, в) улучшение кровотока в геморроидальных узлах, г) уменьшение хрупкости сосудистых стенок, д) остановку кровотечения** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **24. Противопоказанием к лигированию узлов латексными кольцами является: а) тромбоз геморроидальных узлов, б) воспалительные заболевания анального канала, в) комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами, г) геморрой без выпадения узлов, д) внутренний геморрой по типу циркулярного, без четкой локализации узлов на 3,7 и 11 часах** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д

		25. При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации. Боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено. Больному необходимо 1) назначить повторный осмотр через две-три недели 2) направить на рентгенологическое исследование – ирригоскопию 3) сделать ректороманоскопию 4) направить на госпитализацию в хирургическое отделение для обследования 5) назначить анализы крови и мочи **26. При синдроме раздраженной кишки эндоскопическое исследование выявляет: а) гиперемию и отек слизистой оболочки, б) смазанность сосудистого рисунка, в) частые спазмы стенки кишки, г) резкую болезненность при осмотре, д) контактную кровоточивость слизистой оболочки** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д 27. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является: а) наличие первичных отверстий хода в межягодичной складке, б) появление гнойных свищей крестцово-копчиковой области, в) рецидив воспаления в области крестца, г) болезненность при пальпации копчика, д) травма копчика в анамнезе 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **28. Ирригоскопия и ирригография при наличии мегаколон должны определить** 1) наличие или отсутствие аганлионарной зоны и ее протяженность 2) протяженность и степень расширения толстой кишки 3) сократительную способность стенки толстой кишки 4) наличие или отсутствие других изменений (стриктура, опухоль) 5) наличие и протяженность неизмененных отделов кишки **29. При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить: а) локализацию пораженной крипты, б) характер микробной флоры, в) расположение гнойного хода по отношению к сфинктеру, г) распространенность гнойного процесса, д) давность заболевания** 1) правильные ответы а, б, в

		2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **30. Рак прямой кишки чаще всего имеет морфологическую форму** 1) базалиомы 2) папилломы 3) фибромиомы 4) лейомиомы 5) аденокарииномы
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная

		педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России,

		МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности является** 1) Приказ Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» 2) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 3) ФЗ «О погребении и похоронном деле» 4) Приказ Минздрава России «О правилах проведения патолого-анатомических исследований»

		5) Приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся** 1) Цитологический 2) Иммуногистохимический 3) Молекулярно-генетический 4) Серологический 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **3. Понятие АТИПИЯ относится к** 1) Доброкачественной опухоли 2) Продуктивному воспалению 3) Гнойному расплавлению ткани 4) Жировому перерождению ткани 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **4. К исходам патологического процесса можно отнести** 1) Замещение соединительной тканью 2) Замещение нейроглией 3) Формирование кисты 4) Формирование каверны 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные. **5. Осложнение основного заболевания – это** 1) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу 2) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к летальному исходу 3) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу 4) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не включены в синдромокомплекс основного заболевания) 5) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход
6.	Хирургия /29	**1. Целесообразным хирургическим вмешательством**

		при неспецифическом язвенном колите является: а) двуствольная илеостомия, б) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы, в) колэпроктэктомия, г) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, д) резекция левых отделов ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **2. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является** 1) кишечное кровотечение 2) токсическая дилятация толстой кишки 3) отсутствие эффекта от консервативной терапии 4) перфорация толстой кишки 5) учащение стула до 5-6 раз сутки **3. Элементами предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита являются** 1) введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики 2) очистительная клизма, антибиотики, наркотики 3) очистительная клизма, гормональные препараты, наркотики 4) кишечный лаваж 5) 15% раствор сернокислой магезии по 30 мл каждые 30 минут **4. Показанием к плановому оперативному лечению болезни Крона является: а) кишечное кровотечение, б) прикрытая перфорация кишки, в) дилятация толстой кишки, г) отсутствие эффекта от консервативного лечения, д) стриктура кишки с явлениями непроходимости** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **5. Наиболее рациональный обьем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона: а) тотальное удаление толстой кишки, б) илеостомия в качестве операции отключения, в) резекция кишки с наложением анастомоза, г) резекция кишки с наложением раздельной стомы, д) стриктуропластика** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г

		4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **6. Абсолютными показаниями к операции по поводу осложненного дивертикулеза толстой кишки являются: а) перфорация дивертикула, б) массивное кровотечение, в) абсцедирование инфильтрата, г) кишечная непроходимость, д) невозможность исключить рак** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **7. Хирургическое лечение тератоидных образований необходимо** 1) во всех случаях при установленном диагнозе 2) только при озлокачествлении образования 3) только в случаях нагноения тератомы 4) при сдавлении тератомой просвета прямой кишки 5) при появлении неврологических нарушений **8. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является** 1) неполное удаление тератомы 2) кровотечение 3) перфорация стенки прямой кишки 4) вскрытие тазовой брюшины 5) ранение мочеточника **9. Наименее вероятной причиной возникновения интенсивного кровотечения при удалении пресакральных тератом является ранение** 1) крестцовых венозных сплетений 2) срединной крестцовой артерии 3) маточной артерии 4) развитых артериальных и венозных коллатералей в окружающих тканях 5) верхней прямоишечной артерии **10. Главной целью оперативного лечения болезни Гиршпрунга является** 1) резекция расширенной части толстой кишки 2) ликвидация спазма внутреннего сфинктера 3) сохранение функционально пригодных отделов толстой кишки 4) «выключение» из пассажа или полная резекция аганглионарной зоны 5) ликвидация спазма аганглионарной зоны **11. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется** 1) длиной аганглионарной зоны 2) протяженностью декомпенсированных расширеннных отделов кишечника 3) общим состоянием больных 4) возрастом больных

		5) негативным отношением больных к наложению колостомы **12. Операция Соаве – это** 1) резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза «конец в конец» 2) левосторонняя гемиколэктомия с отсроченным анастомозом 3) низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней проверхностью крестца с последующей ликвидациией шпоры 4) низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза 5) 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 **13. Операция Дюамеля – это** 1) резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза «конец в конец» 2) низведение компенсированной части толстой кишки после резекции изменённых её отделов через демукозированный цилиндр прямой кишки и формирование колоанального анастомоза 3) левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки с избытком 4) низведение ободочной кишки после резекции прямой и сигмовидной кишок между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца с последующей ликвидацией шпоры 5) 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 **14. К преимуществам модифицированной операции Дюамеля относятся** 1) максимальное удаление аганглионарной зоны без излишней травматизации тазовых органов 2) отсутствие повреждения внутреннего сфинктера прямой кишки 3) безопасный и асептичный колоанальный анастомоз 4) профилактика несостоятельности анастомоза 5) педотвращение образования слепого мешка в прямой кишке **15. При субтотальном и тотальном мегаколон у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции**

		1) Ребейна 2) Дюамеля 3) Свенсона 4) Соаве 5) без формирования первичного анастомоза **16. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является** 1) бессвищевая форма атрезии 2) свищ в мочевой пузырь 3) уретральный свищ 4) узкий и длинный промежностный свищ 5) все перечисленное **17. Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите** 1) формирование свища прямой кишки 2) рецидивирующий парапроктит 3) выздоровление 4) недостаточность анального сфинктера 5) выздоровление в 50% наблюдений **18. Если во время операции по поводу острого ишиоректального парапроктита не выявлена поражённая крипта, лучше всего: а) после вскрытия абсцесса иссечь две-три крипты, расположенные близко к гнойнику, б) вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние крипты, так как раще всего бывает задний парапроктит, в) вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию, г) ограничиться вскрытием гнойника и дренированием, д) после вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую крипту** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **19. 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: а) ограничиться вскрытием и дренированием гнойника, б) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту, провести лигатуру, в) вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию, г) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет прямой кишки, д) вскрыть гнойник и иссечь поражённую крипту** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г

		5) правильные ответы а, б, в, г, д **20. На операции у 36-летней пациентки обнаружен ретроректальный абсцесс, рубцовые изменения в задней крипте, через которую прошёл краситель, введённый в полость гнойника. Гнойный ход располагается кнаружи от сфинктера, по ходу его есть рубцы. Целесообразнее всего** 1) вскрыть гнойник полулунными разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки 2) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и рубцы вокруг гнойного хода 3) только вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки 4) вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию 5) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру **21. Хирургическое вмешательство при анаэробном парапроктите не следует проводить с применением: а) масочного наркоза, б) внутривенного наркоза, в) эндотрахеального наркоза, г) местной инфильтрационной анестезии, д) перидуральной анестезии** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **22. Радикальную операцию по поводу геморроя, осложнившегося острым тромбозом узлов и перианальным отёком, можно выполнить** 1) только через 1 месяц после тромбоза 2) только через 2 месяца после тромбоза 3) только через год после тромбоза 4) после ликвидации перианального отёка 5) после рассасывания всех тромбов **23. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано** 1) сразу после установления диагноза 2) через две недели курса консервативной терапии 3) через два месяца после начала заболевания 4) только в случае выраженного спазма сфинктера 5) при безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, «сторожевой бугорок» **24. После получения травмы анального канала прошло около суток. Имеется повреждение наружного жома по левой боковой стенке (от 1 до 5 часов по циферблату). Края раны отёчны, обрывки мышц тёмные, рана с серым налётом. Больному необходимо** 1) произвести хирургическую обработку раны, ушить

		сфинктер 2) промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому 3) провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса 4) после хирургической обработки раны без её ушивания назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем 5) промыть рану, назначить антибиотики **25. Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, рана около 3 см в диаметре, края её ровные. Лучше всего** 1) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана 2) наложить два ряда швов на стенку кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку 3) наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому 4) сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза 5) сделать сегментарную резекцию прямой кишки **26. Молодая женщина во время медицинского аборта получила перфорацию матки. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках. В такой ситуации необходимо выполнить** 1) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана 2) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зон-да для декомпрессии 3) ушивание стенки кишки, наложение колостомы 4) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу пере-дней резекции 5) сегментарную резекцию прямой кишки **27. Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этом случае подготовка кишечника должна включать** 1) обязательную постановку очистительных клизм 2) солевое слабительное 3) лаваж 4) клизмы и промывания противопоказаны 5) касторовое масло внутрь **28. Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло**

		повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот, наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно 1) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживанея фракционного орошения, массивная антибактериаль-ная терапия во время и после операции 2) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения 3) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санации брюшной полости 4) наложение колостомы и эпицистостомы 5) наложение илеостомы **29. Произведена хирургическая обработка раны нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала, на стенку кишки и сфинктер заднего прохода наложены узловые кетгутовые швы. Рана нагноилась, отмечается недержание газов и кала. В этом случае целесообразнее всего** 1) срочно наложить колостому 2) ежедневно ставить высокие очистительные клизмы, дать препараты, задерживающие стул, колостому не накладывать ни в коем случае 3) в течение нескольких дней ставить высокие клизмы, задержать стул, при положительной динамике (очищение раны, тенденция к заживлению) наложить колостому для сохранения функции сфинктера 4) при отсутствии положительной динамики от высоких клизм и задержки стула наложить колостому 5) наложить илеостому
7.	Реконструктивная хирургия /13	**1. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются** 1) закрытие двуствольной илеостомы после операции отключения 2) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки 3) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии) 4) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением 5) илеотрансверзоанастомоз

		2. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает 1) формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки 2) ушивания «окна» между брыжейкой подвздошной кишки и париентальной брюшиной правого латерального канала 3) подшивания серозной оболочки кишки к коже 4) подшивания серозной оболочки кишки к париентальной брюшине 5) подшивания париетальной брюшины к коже **3. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является** 1) J-образный 2) S-образный 3) O-образный 4) W-образный 5) Г-образный **4. О степени адаптации и выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как: а) сроки приживления кишки, б) состояние слизистой оболочки кишки, в) объем кишечных выделений, г) отсутствии параилеостомического дерматита, д) появлении аппетита у больного** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д. **5. После операции с наложением илеостомы при гладком течении: а) заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней, б) заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней, в) максимальный суточный объем выделений из илеостомы 800-900 мл, г) суточный объем выделений из илеостомы более 1 литра, д) стабилизация функции илеостомы наступает не раньше полугода** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **6. 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 инфильтрации краёв раны. Больному необходимо** 1) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники 2) снять сразу все швы

		3) назначить антибиотики широкого спектра действии, швы не трогать 4) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы 5) провести курс гипербарической оксигенации **7. Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует на** 1) восходящую ободочную кишку 2) сигмовидную кишку 3) поперечноободочную кишку 4) границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки 5) подвздошную кишку **8. Уровень наложения двуствольной колостомы при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга определяется** 1) целью колостомии 2) состоянием всех отделов толстой кишки 3) локализацией зоны аганглиаоза 4) протяженностью зоны аганглиоза 5) характером планируемой в дальнейшем радикальной операции **9. Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза «конец в конец» – это** 1) операция Соаве 2) операция Дюамеля 3) операция Ребейна 4) операция Свенсона 5) модифицированная операция Дюамеля **10. У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная. Вмешательство целесообразнее всего закончить** 1) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости 2) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы 3) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы 4) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы 5) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы **11. Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2**

		часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить 1) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости 2) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы 3) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы 4) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы 5) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы **12. Сфинктероглютеопластика показана при: а) дефекте сфинктера по передней полуокружности, б) дефекте сфинктера по задней полуокружности, в) недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки, г) недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1\3 окружности по боковым полуокружностям, д) недостаточность сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1\3 по задней полуокружности** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **13. При операции сфинктероглютеопластики используется: а) длинный лоскут большой ягодичной мышцы, б) длинный лоскут малой ягодичной мышцы, в) длинный лоскут средней ягодичной мышцы, г) короткий лоскут большой ягодичной мышцы, д) кроткий лоскут малой ягодичной мышцы** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д
8.	Сосудистая хирургия /8	**1. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет** 1) верхней брыжеечной артерии 2) печеночной артерии 3) артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты 4) нижней брыжеечной артерии 5) всех перечисленных артерий **2. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится** 1) жидкий стул с примесью крови

		2) рвота 3) боль в животе, иррадиирующая в спину 4) дряблость передней брюшной стенки 5) все перечисленное **3. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует кониевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: а) подвздошная, б) ободочная, в) правая ободочная, г) артерия червеобразного отростка, д) средняя слепокишечная** 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д **4. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет** 1) нижней брыжеечной артерии 2) подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии 3) ветвей, непосредственно отходящих от аорты 4) восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии 5) средней ободочной артерии **5. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является** 1) правая ободочная артерия 2) левая ободочная артерия 3) правая и левая ободочная артерии 4) средняя ободочная артерия 5) нижняя брыжеечная артерия **6. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования** 1) левой и правой ветвей средней ободочной артерии 2) левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии 3) подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой обо¬дочной артерии 4) левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмо¬видной артерии 5) в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии **7. Артерии сигмовидной кишки отходят** 1) непосредственно от аорты 2) от верхней брыжеечной артерии 3) от нижней брыжеечной артерии 4) от средней ободочной артерии 5) от левой ободочной артерии **8. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: а) являются капиллярами, б) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки, в) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана, г) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее, д) вправой половине ободочной кишки отходят

		непосредственно от подвздошно-ободочной артерии 1) правильные ответы а, б, в 2) правильные ответы а, в 3) правильные ответы б, г 4) правильный ответ г 5) правильные ответы а, б, в, г, д

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Анатомия передней брюшной стенки и брюшной полости. Производные брюшины в верхнем этаже брюшной полости (сальниковая сумка, поддиафрагмальное пространство, малый и большой сальник). Топография тонкой и толстой кишки. Хирургическая анатомия толстой и тонкой кишки.

2. Клиническая анатомия прямой кишки, анального канала, тазового дна. Кровоснабжение и лимфатическая система анального канала прямой кишки. Кровоснабжение различных отделов ободочной и прямой кишки, иннервация и отток лимфы.

3. Физиология толстой кишки. Роль правых и левых отделов толстой кишки в процессе пищеварения. Функция илеоцекального аппарата.

4. Физиологические механизмы акта дефекации.

5. Диагностика и семиотика колопроктологических заболеваний, методы исследования толстой кишки.

6. Характеристика болевого синдрома при колопроктологических заболеваниях. Характер патологических примесей в каловых массах. Признаки кишечного анального дискомфорта. Диагностика.

7. Методы исследования заднего прохода и прямой кишки. Ректоанальный угнетающий рефлекс. Манометрия. Векторная объемная манометрия.

8. Электромиография. Терминальная моторная латентность полового нерва.

9. Дефекография (эвакуационная проктография). Сцинтиграфия.

10. Визуализационные методы исследования прямой кишки и заднего прохода.

11. Ректороманоскопия, ирригоскопия, фиброколоноскопия при заболеваниях толстой кишки.

12. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. МРТ органов малого таза. КТ живота при заболеваниях толстой кишки.

13. Воспалительные заболевания толстой кишки. Макро и микроскопические изменения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите, при болезни Крона, болезни Гиршпрунга и дивертикулезе.

14. Неспецифический язвенный колит, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения со стороны толстой кишки и аноректальной зоны.

15. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита, восстановительнореконструктивная операция, особенности функции и ухода за различными типами илеостом.

16. Болезнь Крона, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, системные и местные осложнения.

17. Дифференциальная диагностика при тонкокишечной локализации болезни Крона. Медикаментозная терапия. Препараты первой линии для лечения болезни Крона.

18. Выпадения прямой кишки. Этиология. Клиника. Оперативные вмешательства, разработанные для лечения ректального пролапса. Осложнения. Лечение. Абдоминальные

операции.

19. Выпадения прямой кишки. Лапароскопические операции. Промежностные операции. Операция Делорме. Операция Альтемайера.

20. Недержание кала. Этиология. Клиническая картина. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Методы реконструкции анального сфинктера.

21. Функциональные нарушения. Синдром раздраженного кишечника. Обследование. Лечение.

22. Функциональные нарушения. Функциональный запор. Обследование. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение.

23. Дивертикулярная болезнь, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, консервативное и хирургическое лечение в плановом и экстренном порядке.

24. Геморрой. Морфологическая картина анального канала прямой кишки. Макро и микрокартина геморроя. Классификация, этиология, клиника диагностика, показания к хирургическому лечению, осложнения.

25. Острый парапроктит, этиология, классификация, клиника, показания к хирургическому лечению, осложнения.

26. Прямокишечно-влагалищные свищи, анатомические данные, классификация этиология, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, осложнения.

27. Эндометриоз прямой кишки и параректальной клетчатки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.

28. Травма промежности. Инородные тела прямой кишки, травматические повреждения и промежности, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.

29. Аномалии развития толстой кишки. Мегаколон, болезнь Гиршпрунга. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения. Обструктивный мегаколон, обусловленный врожденными аномалиями.

30. Аномалии развития толстой кишки. Аноректальные аномалии у взрослых, эктопия анального канала, врожденные свищи прямой кишки, аномалия запирательного аппарата прямой кишки, удвоение прямой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения, осложнения.

31. Аномалии развития толстой кишки. Эпителиальный копчиковый ход, анатомия крестцово-копчиковой области у лиц с эпителиальным копчиковым ходом, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение острых и хронических воспалений эпителиального копчикового хода, осложнения.

32. Эпителиальные злокачественные опухоли и их характеристика. Патологическая анатомия полипов злокачественных опухолей толстой кишки.

33. Специфические поражения толстой кишки. Туберкулез, патоморфологическая картина заболевания, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.

34. Специфические поражения толстой кишки. Актиномикоз прямой кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.

35. Специфические поражения толстой кишки. Паразитарные поражения толстой кишки: амебиаз, американский трипаносомоз, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.

36. Специфические поражения толстой кишки. Паразитарные поражения ободочной кишки: лямблиоз, трихоцефалез, трихоцидоз, коккцидоз, шистоматоз. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная

диагностика, методы лечения, осложнения.

37. Специфические поражения толстой кишки. Поражения толстой кишки при венерических заболеваниях: сифилис, гонорея, вирус папилломы человека.

38. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Полипы прямой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.

39. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Неэпителиальные опухоли — липома, лейомиома, фиброма. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.

40. Предраковые заболевания толстой кишки. Одиночные и множественные полипы, методы клинической и инструментальной диагностики, методы оперативного эндоскопического лечения.

41. Предраковые заболевания толстой кишки. Семейный диффузный полипоз толстой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения.

42. Наследственный рак кишечника. Наследственный неполипозный колоректальный рак; Группы риска (низкий, средний, высокий). Тактика ведения в зависимости от группы риска.

43. Наследственный неполипозный колоректальный рак. Клинические признаки. Генетика. Диагностика. Амстердамские критерии. Критерии Бетесда для определения необходимости исследования на нестабильность микросателлитов ткани опухоли. Хирургическое лечение. Лекарственная терапия.

44. Семейный аденоматозный полипоз. Внекишечные признаки семейного аденоматозного полипоза. Диагностика. Генетическое исследование.

45. Хирургическое лечение колоректальных полипов.

46. Хронический парапроктит, этиология, классификация, клиника, показания к хирургическому лечению, осложнения.

47. Рак прямой кишки. Патоморфологическая анатомия прямой кишки. Первичномножественный рак прямой кишки, метастазирование рака и рецидивы рака прямой кишки.

48. Рак прямой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение эндоскопических, рентгенологических, лапароскопических методов диагностики рака прямой кишки.

49. Рак прямой кишки. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Радикальные операции при раке прямой кишки. Принципы абластики, футлярности. Мезоректумэктомия. Объемы лимфодиссекции.

50. Рак прямой кишки. Паллиативные операции при раке прямой кишки. Методика колостомии. Диспансеризация больных с заболеваниями прямой кишки.

51. Рак прямой кишки. Комбинированные, расширенные, экономные операции при раке прямой кишки.

52. Рак прямой кишки. Лучевая терапия, показания, схемы, сроки проведения, осложнения.

53. Рак прямой кишки. Синхронные опухоли. Метахронные опухоли.

54. Рак ободочной кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

55. Рак ободочной кишки. Первично-множественные рак ободочной кишки. Метастазирование рака ободочной кишки. Осложнения рака ободочной кишки.

56. Рак ободочной кишки. Радикальные операции при раке ободочной кишки. Особенности операций при первично-множественном раке ободочной кишки.

57. Право- и левосторонняя гемиколэктомия. Уровни пересечения кишки и сосудов. Объем лимфодиссекции. Способы формирования анастомозов.

58. Рак ободочной кишки. Паллиативные операции при раке ободочной кишки.

Особенности паллиативных хирургических методов лечения в экстренном и плановом порядке.

59. Ведение и осложнения в послеоперационном периоде. Несостоятельность анастомоза. Хирургическая тактика при несостоятельности.

60. Операбельные метастазы колоректального рака. Циторедуктивные операции.

61. Рак ободочной кишки. Классификация, диагностика. Использование внутрипросветного и эндо УЗИ. Способы биопсии — эндоскопическая, трепан. Место лапароскопии.

62. Общие вопросы клинической оперативной колопроктологии. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде после операций на толстой кишке. Осложнения в послеоперационном периоде. Летальность.

63. Общие вопросы клинической оперативной колопроктологии. Подготовка больных к операции. Принципы асептики и антисептики. Принципы абластики и антиабластики при операциях на толстой кишке.

64. Обтурационная кишечная непроходимость. Лечение опухолевой обтурационной кишечной непроходимости. Выбор объема и метода операций при нарушении кишечной проходимости, вызванные опухолью толстой кишки.

65. Распространенный рак толстой кишки. Современные методы диагностики и лечения. Методика операций при одномоментных, сочетанных, расширенных и комбинированных операций при опухоли толстой кишки.

66. Адъювантная терапия при раке толстой кишки. Химиотерапия. Токсичность. Отбор пациентов.

67. Адъювантная терапия при раке толстой кишки. Лучевая терапия. Показания. Предоперационная и постоперационная лучевая терапия.

68. Рак анального канала. Предраковые поражения. Гистологические типы. Клинические признаки. Обследование больного. Лечение.

69. Рак ободочной кишки. Радикальные операции при раке ободочной кишки. Хирургические доступы: Лапаротомия, лапароскопические операции. Объем оперативного пособия.

70. Эндоскопические операции на толстой кишке. Брюшно-промежностные операции при заболеваниях прямой и ободочной кишки. Радикальные и паллиативные. Лапароскопическая медиальная и латеральная мобилизация левой половины ободочной кишки, тотальная мезоректумэктомия.

71. Хирургическая реабилитация больных с колостомой. Показания, условия, сроки устранения колостом. Операции с формированием кишечного резервуара.

72. Пресакральная киста. Тератома, дермоидная киста. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения дооперационного и послеоперационного течения.

73. Острый аппендицит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения. Тактика лечения при осложнениях острого аппендицита, в зависимости от локализации червеобразного отростка.

74. Острое воспаление эпителиального копчикового хода. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения дооперационного и послеоперационного течения.

75. Кишечные кровотечения из толстой кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения дооперационного и послеоперационного течения. Консервативная терапия, инструментальные методы остановки кровотечения из толстой кишки.

76. Кишечные кровотечения из толстой кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения дооперационного и послеоперационного течения Показания к экстренному и

плановому оперативному лечению.

77. Острая кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, Клиника механической кишечной непроходимости. Диагностика (рентгенологическая и инструментальная).

78. Острая кишечная непроходимость. Клиника механической кишечной непроходимости. Диагностика (рентгенологическая и инструментальная). Объем хирургического лечения в зависимости от причины и уровня непроходимости толстой кишки. Методы декомпрессии толстой кишки во время операции.

79. Дивертикулярная болезнь. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

80. Дивертикулярная болезнь. Лечение. Плановое лечение. Экстренное лечение. Хирургическое лечение при перфоративном дивертикулите. Хирургическая тактика при перитоните, вызванным перфорацией дивертикула.

81. Роль лапароскопической хирургии в лечении острого дивертикулита.

82. Перитонит. Этиология, классификация, клиническое течение перитонита, вызванного перфорацией опухоли толстой кишки, несостоятельностью швов анастомоза, диастатическими разрывами кишки.

83. Травма живота. Тупая травма. Разрывы полых органов. Особенности клиники, диагностики, хирургической тактики. Возможности эндовидеохирургии. Варианты операций. Показания к формированию свищей.

84. Ранения живота. Проникающие и непроникающие ранения. Показания к лапаротомии. Возможности эндовидеохирургии. Способы остановки кровотечений. Представление о методике контроля повреждений.

85. Современная диагностика колопроктологических заболеваний.

86. Показания к переливанию крови и противопоказания. Техника переливания крови. Ошибки и опасности при переливании крови.

87. Организация колопрктологической помощи в РФ. Структура колопроктологического отделения стационара. Оснащение, организация работы колопроктологического кабинета амбулаторного звена здравоохранения.

88. Сердечно-легочная реанимация при внезапной смерти.

89. Организация медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.

90. Кишечная недостаточность. Определение. Эпидемиология. Этиология. Три стадии кишечной недостаточности. Патофизиология.

91. Ободочная кишка и осложнения со стороны ободочной кишки при синдроме короткой кишки.

92. Хирургическое лечение кишечной недостаточности.

93. Исходы лечения синдрома короткой кишки и трансплантация тонкого кишечника.

94. Показания и противопоказания для лапароскопических вмешательств при доброкачественных и злокачественных образованиях.

95. Аноректальный свищ. Классификация анальных свищей. Диагностика и лечение.

96. Аноректальный свищ. Принципы хирургических вмешательств.

97. Аноректальный свищ. Тактика лечения рецидивов.

98. Геморрой. Операция Лонго.

99. Геморрой Гнойно-воспалительные осложнения при лечении геморроя.

100. Стеноз заднего прохода. Этиология. Клинические проявления. Леченине. Дилатация заднего прохода. Принципы хирургического лечения анального стеноза. Сфинктеротомия. Пластическое замещение.

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Составьте правила осмотра колопроктологического больного.

2. Опишите методику проведения пальцевого исследования прямой кишки и анального канала.

3. Опишите методику выполнения ректороманоскопии.

4. Определите показания к выполнению эндоскопического исследования толстой кишки.

5. Опишите методику удаления инородного тела толстой кишки.

6. Составьте схему лечение острого геморроя у беременных.

7. Дайте характеристику особенностям течения рака прямой кишки у лиц пожилого и старческого возраста.

8. Составьте план обследовании при подозрении на озлокачествление свища прямой кишки.

9. При осмотре больного в приёмном отделении диагностирован острый подкожный парапроктит. Опишите тактику лечения этого больного.

10. Определите тактику лечения больного в том случае, если после вскрытия и дренирования острого ишиоанального парапроктита и последовавшего за ним временного облегчения состояния, у пациента вновь отмечены симптомы воспаления и гипертермия.

11. Опишите методику лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами.

12. Опишите методику склерозирования внутренних геморроидальных узлов.

13. Перечислите группы препаратов, применяемых для консервативного лечения язвенного колита.

14. Перечислите группы препаратов, применяемых для консервативного лечения болезни Крона.

15. Определите диагностические критерии, которые позволяют верифицировать синдром раздраженной толстой кишки.

16. Составьте план обследования для постановки диагноза «выпадение прямой кишки».

17. Опишите методику радикального лечения папиллита.

18. Опишите объем хирургической помощи необходимый для лечения интрасфинктерного свища прямой кишки.

19. Определите тактику лечения больного острым парапроктитом.

20. Определите тактику лечения больного острым воспалением эпителиального копчикого хода.

21. Во время выполнения медицинского аборта произошла перфорация матки, повреждение толстой кишки. Опишите Ваши действия после выполнения экстренной лапаротомии.

22. Опишите методику удаления полипа через ректоскоп.

23. Составьте план обследования и лечения больного семейным аденоматозом толстой кишки.

24. Перечислите виды хирургическом помощи больному ворсинчатой опухолью прямой кишки на 7 см от края ануса.

25. Опишите технику формирования илеостомы по Бруку.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При исследовании живота патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не выявлено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3,7,11 часах выявлены геморроидальные узлы, сливающиеся с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 108 г/л.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы? В чем состоит лечебная тактика?

Задача 2.

Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Больной периодически отмечал небольшое кровотечение алой кровью из прямой кишки. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс 92 уд. в мин, ритмичный. Температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированны. По всей окружности анального отверстия выступают крупные геморроидальные узлы багровосинюшного цвета, резко болезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Тактика лечения.

Задача 3.

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области заднего прохода после акта дефекации. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода после акта дефекации. В последние годы стал отмечать выпадение геморроидальных узлов при небольшом натуживании, кашле, чихании, практически постоянно испытывает зуд.

В проведении каких исследований нуждается больной в целях постановки диагноза? В чем состоит лечебная тактика?

Задача 4.

У больного 66 лет, перенесшего три месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изьязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови 76 г/л.

Какова тактика хирурга?

Задача 5.

У больного 39 лет, страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной области патологии не выявлено. При аноскопии и ректороскопии, произвести которые удалось после новокаиновой блокады, на задней стенке анального канала выявлена поверхностная рана 1,0 х 0,8 мм, покрытая пленкой фибрина.

Поставьте диагноз.

Какое лечение будет рекомендовано больному?

Задача 6.

Больной 49 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области заднего прохода, возникающие во время акта дефекации и продолжающиеся длительное время после его завершения, выделения слизистого-гнойного характера из прямой кишки, периодически появляющуюся примесь крови в кале, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Указанные жалобы беспокоят в течение последних 4 месяцев.

Какое заболевание следует заподозрить?

Какими исследованиями можно уточнить диагноз?

Задача 7.

У больной 50 лет, предъявляющей жалобы на задержку стула, сменяющуюся поносами, примесь крови в кале. При ректороманоскопии обнаружена опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от анального отверстия, суживающая ее просвет. При

гистологическом исследовании биопсийного материала обнаруженааденокарцинома.

Какими дополнительными исследованиями можно установить операбельность опухоли?

Какова хирургическая тактика?

Задача 8.

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 отстает в физическом и умственном развитии. Язык влажный. Живот увеличен в размере. Брюшная стенка дряблая. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Ваш диагноз?

Тактика?

Задача 9.

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 было кровотечение из прямой кишки - выделилось около 200 мл неизмененной 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?

Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Предполагаемое лечение?

Задача 10.

В приемное отделение доставлен больной б5 лет с жалобами на небольшие боли в правой половине живота, повышение температуры до $37,5^0$ С. Из анамнеза установлено, что небольшие боли в животе уже около месяца. Два дня назад больной сам прощупал у себя в правой половине живота малоболезненное образование. В это же время отметил небольшое повышение температуры. Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, при пальпации, в правой половине живота определяется плотное ограниченно подвижное образование размерами до 10 см в диаметре. Малоболезненное. Печень не увеличена. Лейкоцитоз 10х10 9/л, гемоглобин 96 г/л.

Ваш предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение?

Задача 11.

У больного 35 лет отмечаются частые кровотечения алой кровью при акте дефекации. Проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены внутренние геморроидальные узлы, выпадающие из анального канала при натуживании, которые самостоятельно вправляются. Наружние геморроидальные узлы не увеличены.

В чем состоит лечебная тактика?

Задача 12.

У больного 22 лет периодически появляется выделение алой крови при дефекации, отмечает дискомфорт в прямой кишке. Обследован колопроктологом: проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены геморроидальные узлы с гиперемированной слизистой, слегка пролабирующие в просвет кишки.

В чем состоит лечебная тактика?

Задача 13.

Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-хпоследних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотныесинюшно-багровыевнутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

Ваш диагноз?

Какое лечение назначите больному?

Задача 14.

Больная 45 лет поступила в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?

Какие признаки имеет хроническая анальная трещина? 3 Какое лечение необходим провести больной?

Задача 15.

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3 суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3 – 4 часа после нее. Возникла стулобоязнь. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

Ваш диагноз?

Какова причина заболевания?

Какое лечение необходимо провести больной?

Задача 16.

Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38^0 С.

При осмотре области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

Ваш диагноз?

Какое лечение необходимо провести больному?

Задача 17.

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице, внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39-400 С. В периферической крови лейкоцитоз до 18*1012 со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высоко край инфильтрата, здесь же при ректороманоскопии в ампулярном отделе прямой кишки видна отечная, гиперемированная слизистая, кровоточивая при контакте с тубусом ректоскопа.

Ваш диагноз?

Ваши действия?

Задача 18.

Больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до $39\text{-}40^0$ С, резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10 см, отек

кожи, распространяющийся на мошонку.

Ваш диагноз?

Какое лечение необходимо провести больному?

Задача 19.

Больной 27 лет поступил с жалобами на наличие свища в перианальной области с гнойными выделениями. Четыре месяца назад была припухлость и болезненность в области ануса, повышенная температура, затем появились гнойные выделения. В виду значительного улучшения своего состояния за медицинской помощью в то время не обращался.

Какое заболевание имеется у больного?

Какие методы обследования необходимо применить?

Как будете лечить больного?

Задача 20.

Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры до 380. Больна в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2 см, гиперемия кожи, болезненность, здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

Ваш диагноз?

Какое лечение показано больной?

Задача 21.

У больного 23 лет в течение 5 лет периодически появляется припухлость в области копчика, болезненность, повышение температуры до 38^0 С, слизистогнойные выделения. Последнее обострение 3 месяца назад. При осмотре в области межъягодичной складки видны три воронкообразных втяжения кожи диаметром до 3 мм. Из одного из них торчит пучок волос.

Ваш диагноз?

Какие методы обследования необходимо применить? З Какое лечение показано больному?

Задача 22.

У подростка 14 лет мать случайно обнаружила воронкообразные втяжения кожи в области копчика, из одного из которых торчит пучок волос. Никаких жалоб ребенок не предъявляет, чувствует себя здоровым.

Какое заболевание можно заподозрить у подростка?

Какова лечебная тактика в данном случае?

Задача 23.

Больная 34 лет многократно оперирована по поводу хронического парапроктита, но без эффекта. Направлена хирургом в специализированное отделение по поводу очередного рецидива заболевания. При осмотре на промежности рубцовые изменения от ранее перенесенных операций, имеется свищ в перианальной области с крошкообразным замазкообразным отделяемым. При пальцевом исследовании прямой кишки над анальным каналом пальпируется на задней стенке округлое образование тугоэластической консистенции, диаметром около 4 см.

Какое заболевание необходимо заподозрить у больной?

Какие методы обследования необходимо применить для установления правильного диагноза?

Какое лечение необходимо провести больной?

Задача 24.

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

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

Задача 25.

Больной 42 лет поступил в клинику через 3 суток от начала заболевания с резкими болями в прямой кишке, небольшое повышение температуры. При пальцевом исследовании и аноскопии выявлено уплотнение и болезненность в области задней крипты, гиперемия, отечность ее, наличие гноя.

Какое заболевание отмечается у больного?

Какое лечение показано больному?

Задача 26.

У больного 58 лет периодически возникают боли в прямой кишке, усиливающиеся при дефекации, отмечается чувство инородного тела. Консультирован колопроктологом. Выявлен увеличенный набухший воспаленный анальный сосочек длиной до одного см, выпадающий из анального канала.

Какое заболевание имеется у больного?

Какое лечение показано больному?

Задача 27.

Больной 18 лет обратился к колопроктологу по поводу остроконечных бородавчатых разрастаний в перианальной области. Обследован – выявлены остроконечные перианальные кондиломы в виде цветной капусты в большом количестве.

Какие методы обследования были проведены больному для установления диагноза?

Какое лечение необходимо провести больному?

Задача 28.

Больная 17 лет пришла на прием с мамой к колопроктологу. Жалуется на наличие разрастаний на коже вокруг заднего прохода, мокнутие. При осмотре выявлены плоские, широкие кондиломы на перианальной коже. До этого была случайная половая связь.

Какое заболевание необходимо заподозрить у больной?

Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

У какого специалиста по профилю должна проходить лечение больная?

Задача 29.

У больного 43 лет отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов после малейшей физической нагрузки, которые требуют ручного вправления. Имеются также увеличенные наружние геморроидальные узлы. Периодически наблюдаются выделения алой крови в конце акта дефекации. Болен в течение 5 лет. Последний год присоединился анальный зуд, который принял упорное течение и доводит больного до раздражительности.

Какова вероятная причина анального зуда в конкретном случае?

Какие методы обследования следует провести больному?

Какое лечение показано больному?

Задача 30.

Больная 59 лет страдает зудом кожи в области заднего прохода. В течение полугода отмечает сухость во рту, жажду (особенно по ночам), затем присоединился зуд. Данные

явления появились после употребления большого количества меда за короткий промежуток времени (занималась самолечением).

Какое заболевание можно предположить у больной?

Какие методы обследования необходимо провести больной?

Какова на Ваш взгляд причина анального зуда?

Задача 31.

На прием обратилась женщина 42 лет с жалобами на чувство затруднения и неполного опорожнения прямой кишки во время акта дефекации. Вынуждена длительно натуживаться, сжимать бедра и надавливать на заднюю стенку влагалища при акте дефекации. В анамнезе тяжелые роды с разрывом промежности. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 4 лет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется выпячивание в виде кармана, которое доходит до уровня преддверия влагалища.

Какое заболевание имеется у больной?

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какое лечение показано больной?

Задача 32.

Больной 65 лет поступил в клинику с ущемленной выпавшей прямой кишкой. С момента ущемления прошло 12 часов. При осмотре кишка жизнеспособна. Попытка вправления, предпринятая дежурным хирургом после введения промедола больному, оказалась безуспешной.

Ваши действия?

Какой метод обезболивания следует применить больному?

Задача 33.

Больной 60 лет обратился в клинику с жалобами на выпадение прямой кишки после акта дефекации и после физической нагрузки. Кишку легко вправляет сам. Болен в течение 10 лет. Других серьезных заболеваний не было.

Какие специальные методы обследования следует применить больному?

Какое лечение показано больному?

Задача 34.

На прием к колопроктологу обратилась мама с сыном 6,5 лет, которому предстоит идти в школу. В пятилетнем возрасте у мальчика был перелом голени, по поводу которого находился на манжеточном вытяжении. В это время произошла задержка стула на 5 суток, на которую не обратили внимания, после чего сформировался рефлекс отсутствия позывов на дефекацию. Дефекация стала проходить при переполнении прямой кишки, обычно через 5 — 7 суток, с неудержанием кала и пачканием белья. Ребенок психически здоров, но астенизирован. При обследовании грубой патологии со стороны кишечника и замыкательного аппарата прямой кишки не выявлено. Проведена переориентация ребенка на ежедневный акт дефекации, которая постепенно дала хороший результат. Стал свободно посещать школу.

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

Задача 35.

Здоровый ребенок 5,5 лет ходит на горшок в туалетную комнату с книгами. Акт дефекации длится около 10 – 15 минут, двумя порциями. Во время дефекации рассматривает и читает книги. При попытках отнимания книг капризничает и делается крайне недовольным. Данная привычка приобретена от отца.

Какой характер носит акт дефекации у ребенка?

Какие врачебные рекомендации необходимо дать родителям и ребенку?

Задача 36.

Больная 28 лет обратилась к врачу с жалобами на частый жидкий стул до 12 раз в сутки с примесью крови, слизи, боли в животе, повышенную температуру, потерю веса. Больна в течение 3 недель после перенесенного стресса. При осмотре анемична, пальпаторно небольшая болезненность по ходу толстой кишки.

Предположительно о каких заболеваниях можно думать у больной?

Какие методы обследования следует применить?

Задача 37.

У больного 45 лет, страдающего среднетяжелой формой ЯК, при лечении обострения аминосалицилаты в течение 2 недель не дали желаемого эффекта.

Какое лечение следует применить больному?

Задача 38.

У больной 42 лет, страдающей тяжелой формой ЯК, на фоне обострения заболевания произошло резкое ухудшение состояния. Отмечается сильное вздутие живота и асимметрия брюшной стенки. Перистальтика кишечника отсутствует, число дефекаций значительно уменьшилось. Температура 39^0 С.

Какое осложнение ЯК следует заподозрить?

Какое исследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза?

Какое лечение следует предпринять?

Задача 39.

У больного, страдающего тяжелой формой язвенного колита, через час от момента наступления острой токсической дилатации толстой кишки открылось профузное толстокишечное кровотечение с выделением алой крови. Проводимая интенсивная терапия в течение 2 часов без эффекта.

Чем обусловлено появление кровотечения?

Какое лечение следует применить больному?

Какая операция является методом выбора для лечения данных опасных для жизни осложнений?

Задача 40.

У больного 44 лет, страдающего длительное время язвенным колитом, наступило резкое ухудшение на фоне обострения болезни. Усилились боли в животе, перкуторно отмечается отсутствие печеночной тупости, боли в животе стали носить разлитой характер, появились симптомы раздражения брюшины. 1 Какое осложнение ЯК наступило у больного?

Какими диагностическими методами можно подтвердить диагноз?

Как будете лечить больного?

Задача 41.

Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и перед дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10 раз в сутки с примесью крови. Данные явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта.

При осмотре – бледность и сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой кишки – стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки

малоболезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.

Какое заболевание у больного?

Задача 42.

У больной 22 лет с жалобами на слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в животе, учащение стула до 6 раз в сутки при ирригоскопии кишечника выявлены следующие признаки:

- сегментарность поражения толстой кишки;
- наличие нормальных участков кишки между пораженными сегментами; - неровный контур кишки;
- продольные язвы и рельеф слизистой, напоминающий «булыжную мостовую»

Какое заболевание у больной?

Задача 43.

У больной 62 лет, длительно страдающей болезнью Крона, в течение последних 3 месяцев отмечаются периодически схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов, запоры, метеоризм. Проведенное рентгенологическое исследование толстой кишки (ретроградная ирригоскопия) выявила сегментарное сужение поперечно-ободочной кишки.

О каком осложнении заболевания идет речь?

Какие дополнительные методы исследования следует применить? 3 Какое лечение следует предпринять?

Задача 44.

У больной 66 лет с бессимптомным дивертикулезом сигмовидной кишки (который был выявлен случайно при ирригографии 3 года назад), на фоне запора появились боли в левой подвздошной области тянущего характера, высокая температура до 39^0. Через четыре дня от начала заболевания отмечается резкое усиление болей, которые стали носить кинжальный характер. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику.

При осмотре положение вынужденное, резкая болезненность в левой половине живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

Какое осложнение наступило у больной?

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для диагностики осложнения?

Какое лечение следует предпринять. Какое оперативное вмешательство является методом выбора в данном случае?

Задача 45.

У больной 72 лет, страдающей дивертикулярной болезнью левой половины ободочной кишки, после обострения заболевания появились жалобы на выделение газа, а иногда и кала, при мочеиспускании. При тугом наполнении кишки бариевой взвесью отмечается поступление ее в мочевой пузырь.

Какое осложнение болезни наступило у больной?

Какое лечение необходимо провести?

Задача 46.

У больного 52 лет при проведении ректороманоскопии случайно выявлены групповые полипы (три) – один на высоте 8 см, второй на высоте 12 см, третий на высоте 20 см. Размер полипов от 0,6 до 0,8 см в диаметре.

Ваши действия?

Задача 47.

У больного 52 лет появились жалобы на периодические выделения слизи, темно-вишневого цвета крови из заднего прохода. Обследован – проведена ФКС, которая выявила полип в поперечной – ободочной кишке размерами 3 на 2 см. Взята биопсия, гистологическое заключение биоптата – ворсинчатая опухоль толстой кишки.

Какое лечение показано больному?

Задача 48.

У больного 16 лет в течение полугода отмечаются боли в животе, примеси крови и слизи в кале, поносы до 6 раз в сутки, быстрая утомляемость при физической и умственной нагрузке. При осмотре бледность кожи и слизистых покровов, задержка вторичных половых признаков, отставание в весе. При пальцевом исследовании в прямой кишке несколько полипов диаметром около одного см.

О каком заболевании у больного необходимо думать?

Какое обследование необходимо провести больному?

Задача 49.

У больного 22 лет с диффузным полипозом имеются множественные полипы слепой и всех отделов ободочной кишки, часть которых озлокачествлена. В прямой кишке имеются несколько доброкачественных милиарных полипов.

Какое лечение показано больному?

Определите объем оперативного вмешательства данному больному?

Задача 50.

Больной 39 лет лечился в течение месяца от геморроя у хирурга поликлиники. Пальцевое исследование и ректороманоскопия не проводились. Направлен на консультацию к колопроктологу, который при пальцевом исследовании прямой кишки выявил на высоте 5 см циркулярно расположенную, плотную, бугристую опухоль. Больной госпитализирован в специализированное отделение для дальнейшего обследования и лечения.

Какие диагностические ошибки были допущены хирургом поликлиники?

Какой тип операции возможно предстоит больному?

Задача 51.

Больной 42 лет лечился у уролога от простатита в течение 3 месяцев. Эндоректально применялся аппарат теплового лечения ППК-01 «Пра». Обследование больного было ограничено лишь пальцевым исследованием прямой кишки. В виду неэффективности лечения был консультирован колопроктологом. Выполнена ректороманоскопия – выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на высоте 11 см. Взята биопсия. Гистологическое заключение – низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. Данных за отдаленные метастазы не выявлено.

Какие ошибки были допущены врачом урологом?

Какой возможный тип операции предстоит больному?

Задача 52.

Больная 72 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, боли в правой половине живота. Заболела 9 месяцев назад, когда на фоне хорошего самочувствия появилось кровотечение с выделением темной крови со сгустками из прямой кишки. В течение 2 недель лечилась в ЦРБ, где проводилась гемостатическая и заместительная терапия. Выписана с диагнозом атрофический гастрит, гипохромная анемия. По просьбе родственников направлена на консультацию к гематологу в областную клиническую больницу, который при пальпации брюшной полости обнаружил опухоль восходящего

отдела ободочной кишки. После дообследования была оперирована в колопроктологическом отделении клиники – выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу умеренно дифференцированной аденокарциномы восходящего отдела ободочной кишки. Выздоровление.

Какая диагностическая ошибка допущена хирургами ЦРБ?

Какие специальные методы обследования необходимо было провести в ЦРБ?

Задача 53.

Больной 51 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на вздутие живота, схваткообразные боли, задержку кала и газов (только с очистительными клизмами). Болеет в течение 7 месяцев, лечился у терапевта и гастроэнтеролога поликлиники по поводу колита, дисбактериоза кишечника, но без значительного эффекта. За два месяца до поступления в клинику оперирован в городском хирургическом отделении по поводу свободной левосторонней паховой грыжи. Боли после операции остались такими же. Обследование толстой кишки не проводилось, включая даже пальцевое исследование прямой кишки. Похудел на 5 кг. Лишь через 7 месяцев от начала заболевания назначена консультация колопроктолога. В результате обследования выявлена слизистая аденокарцинома сигмовидной кишки. Оперирован – произведена резекция левого фланга ободочной кишки. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлены метастазы опухоли в лимфоузлах.

Какие диагностические ошибки были допущены врачами до госпитализации больного в специализированное отделение?

Какие методы обследования необходимо было провести больному в поликлинике?

Какую терапию необходимо назначить больному после операции?

Задача 54.

Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного стула и отхождения газов в течение недели (только с клизмой с небольшим эффектом), сильные боли в животе. Заболел три месяца назад, когда появились периодические схваткообразные боли в животе, вздутия, плохое отхождение газов и кала; резко похудел. За медицинской помощью не обращался. За 12 часов до поступления боли в животе резко усилились, стали носить постоянный характер, появилась рвота. Врачебной бригадой скорой помощи госпитализирован в клинику. При осмотре состояние больного тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, в проекции сигмовидной кишки пальпируется болезненное опухолевидное образование размерами 5 на 7 см.

О каком заболевании можно думать у данного больного?

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какое лечение необходимо провести больному?

Задача 55.

Больной 26 лет доставлен в клинику через 40 минут после получения огнестрельных пулевых ранений грудной клетки и живота из пистолета. Состояние больного тяжелое, шок. Имеется касательное пулевое ранение грудной клетки с повреждением ребра и пневмотораксом, а также сквозное пулевое проникающее ранение брюшной полости. Произведена первичная хирургическая обработка ран, дренирование плевральной полости двумя дренажами с помощью банок Боброва, срединная лапаротомия. Выявлено повреждение прямой кишки – дефект передней стенки в верхнеампуллярном отделе диаметром около 1,5 см, забрюшинная непульсирующая гематома, краевое раздробление костей таза.

Укажите порядок оказания помощи больному?

Какую операцию необходимо провести больному на органах брюшной полости?

Задача 56.

Больной 29 лет поступил в клинику через 6 час. после получения травмы прямой кишки сжатым воздухом при проведении дорожных работ. Бледен, беспокоен, отмечает сильные боли в животе, имеется частичное на одну треть повреждение сфинктера (место куда подводилась струя воздуха). После обследования выполнена срединная лапаротомия – выявлен разрыв верхнеампуллярного отдела прямой кишки диаметром около 2см.

Какие методы обследования необходимо провести больному до операции для установления характера повреждений?

Какое оперативное пособие необходимо провести больному?

Какие лечебные мероприятия необходимо продолжить в послеоперационном периоде?

Задача 57.

У больного 59 лет после электрокоагуляции полипа прямой кишки на высоте 15 см появились боли в животе, холодный пот, тахикардия, тошнота. Данные явления отмечены через 30 минут после проведения манипуляции.

О каком осложнении необходимо подумать?

Какие диагностические обследования следует провести больному? 3 Какое лечение показано больному?

Задача 58.

У больной 69 лет, страдающей пупочной грыжей, появились боли в грыжевом выпячивании. За медицинской помощью обратилась только через 1,5 суток, когда появилась краснота кожи над грыжевым выпячиванием. Хирургом ЦРБ диагносцировано рожистое воспаление кожи живота и назначены повязки из материала красного цвета и толченый мел на кожу живота. Больная отправлена домой. В виду ухудшения состояния по скорой помощи госпитализирована в клинику. Выявлена ущемленная пупочная грыжа, каловая флегмона грыжевого мешка. В виду тяжести состояния экстренная операция ограничена вскрытием флегмоны, вследствие пристеночного ущемления поперечной ободочной кишки с некрозом стенки и образованием калового свища. Проводилась интенсивная терапия. Длительное лечение, сформировался толстокишечный полный свищ. В последующем произведено закрытие свища с ликвидацией грыжи. Выздоровление.

Какая ошибка допущена хирургом ЦРБ, и с чем она может быть связана?

Какую методику необходимо применить для закрытия свища?

Задача 59.

Больной 27 лет поступил с ножевым проникающим ранением брюшной полости с повреждением передней стенки поперечной ободочной кишки, разлитым гнойным перитонитом. Произведена лапаротомия с выведением места повреждения на переднюю брюшную стенку в виде петлевой трансверзостомы. В последующем проводилась интенсивная терапия, программированный лаваж брюшной полости. Выписан в удовлетворительном состоянии с искусственно наложенной трансверзостомой.

Какое лечение предстоит в дальнейшем больному?

Какое обследование необходимо будет провести перед операцией по поводу кишечного свища?

Задача 60.

Больной 63 лет, оперирован 2 года назад по поводу аденокарциномы прямой кишки, была выполнена операция типа Гартмана. Обследован – данных за рецидив и метастазы нет, культя прямой кишки длиной 9 см.

1Какая реконструктивно-восстановительная операция предстоит больному?