



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология
Квалификация (специальность)	Врач-колопроктолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра факультетской хирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Трушин Сергей Николаевич	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Огорельцев Александр Юрьевич	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Зайцев Олег Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Васин Роман Викторович	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.  
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

<b>ФГОС ВО</b>	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1098 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология»
<b>Порядок организации и осуществления образовательной деятельности</b>	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Целью** государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

**Задачами** государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

### **Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации**

Универсальные компетенции (УК):

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).

Профессиональные компетенции (ПК):

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

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

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

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

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний,

симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

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

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

**Объем** государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

### **Процедура проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не

позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

### **Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена**

Государственный экзамен по специальности 31.08.55 Колопроктология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

#### Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Этапы развития отечественной колопроктологии. Перспективы развития колопроктологической помощи в нашей стране и за рубежом. Организация колопроктологической помощи в поликлинике и стационаре.
2. Диагностика колопроктологических заболеваний. Подготовка больных к операциям на толстой кишке. Основные принципы анестезии. Ведение послеоперационного периода.
3. Врожденные заболевания толстой кишки, параректальной клетчатки, промежности у взрослых. Эпителиальный копчиковый ход.
4. Воспалительные заболевания прямой кишки и заднего прохода
5. Невоспалительные заболевания прямой кишки и заднего прохода
6. Недостаточность анального жома. Выпадение прямой кишки. Стриктура прямой кишки
7. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Предраковые заболевания толстой кишки
8. Злокачественные опухоли прямой кишки. Реабилитация больных, перенесших радикальные операции по поводу рака прямой кишки.

9. Дивертикулез ободочной кишки.
10. Доброкачественные опухоли ободочной кишки
11. Злокачественные опухоли ободочной кишки. Обтурационная кишечная непроходимость.
12. Злокачественные опухоли ободочной кишки. Система абластики и антибластики при операциях по поводу злокачественных опухолей. Выполнение одномоментных, сочетанных, расширенных и комбинированных операций в брюшной полости.
13. Неэпителиальные копчиковые опухоли. Каудальные тератомы.
14. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона
15. Лечебные свищи толстой кишки. Восстановление кишечной проходимости у больных с колостомой и кишечными свищами
16. Травма прямой кишки. Инородные тела прямой кишки.
17. Актиномикоз и туберкулез прямой кишки. Поражение прямой кишки при венерических заболеваниях.

#### Процедура проведения государственного экзамена:

Обучающийся заходит в аудиторию и вытягивает один билет из предложенных. Билет содержит один вопрос и один клинический кейс. Также обучающийся получает индивидуальный комплект тестовых заданий на выбор. Время на подготовку не менее 60 минут

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

#### **Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:**

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

#### **Перечень рекомендуемой литературы:**

а). Основная литература:

б). Дополнительная литература:

#### **Примеры тестов с эталонами ответов:**

1. Экспертиза временной нетрудоспособности трудящихся более 6 дней осуществляется

А. Врачом

Б. Заведующим отделением

В. Контрольно-экспертной комиссией



- Г. Каждым из перечисленных
- Д. Все ответы неверны

2. Отпуска по болезни, увечью больного предоставляются

**А. Врачом**

- Б. Заведующим отделением
- В. Контрольно-экспертной комиссией
- Г. Бюро медико-социальной экспертизы
- Д. Каждым из перечисленных

3. Необходимость и сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют

А. Профсоюзные органы

**Б. Контрольно-экспертная комиссия**

- В. Заведующий отделением
- Г. Бюро медико-социальной экспертизы
- Д. Каждым из перечисленных

4. Основными показателями естественного движения населения являются

**А. Рождаемость, смертность**

- Б. Смертность, заболеваемость
- В. Инвалидность, смертность

5. Медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям, несет ответственность

А. Освобождение от ответственности

Б. Уголовную ответственность

**В. Гражданско-правовую ответственность**

6. Коникотомия проводится на уровне

А. Ниже подъязычной кости

Б. Между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом

**В. Между перстневидным и щитовидным хрящами**

7. В формировании мочеполовой диафрагмы принимает участие

**А. Глубокая поперечная мышца промежности**

Б. Мышца, поднимающая задний проход

В. Грушевидная мышца

Г. Внутренняя запирательная мышца

8. В прямой кишке выделяют

А. Один сфинктер

Б. Два сфинктера

- В. Три сфинктера**
- Г. Четыре сфинктера

9. Верхняя ягодичная артерия отходит
- А. От наружной подвздошной артерии
  - Б. От передней ветви внутренней подвздошной артерии
  - В. От внутренней подвздошной артерии
  - Г. От задней ветви внутренней подвздошной артерии**

10. Повреждение срединной артерии ободочной кишки влечет за собой

- А. Некроз поперечно-ободочной кишки**
- Б. Остается без последствий
- В. Некроз селезеночного угла ободочной кишки
- Г. Некроз печеночного угла ободочной кишки

**Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:**

### **Клинический кейс № 1.**

Больной 46 лет в течение четырех месяцев отмечает боли в прямой кишке, позывы на дефекацию, кровь и слизь в кале. Обратился к хирургу и гастроэнтерологу поликлиники. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Выявлен дисбиоз кишечника, по поводу которого назначено лечение. В виду неэффективности проводимой терапии назначена консультация колопроктолога. Произведена ректороманоскопия: на высоте 13 см от края перианальной кожи выявлена опухоль прямой кишки, взята биопсия. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами поликлиники?

Ответ: при выделении крови из кишки всегда необходимо верифицировать причину кровотечения! Пациента несвоевременно направили на осмотр к проктологу.

### **Клинический кейс № 2.**

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

1. Какие диагностические ошибки были допущены хирургом поликлиники?

Ответ: Часто опухоль прямой кишки скрывается под маской геморроя. Необходимо было исключить опухоль ( ректороманоскопия и ирригоскопия в условиях поликлиники)

### **Клинический кейс № 3.**

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 гиперемизированной слизистой, слегка пролабирующие в просвет кишки.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Ответ: у пациента клиника внутреннего геморроя 2 стадии. Пациенту показана консервативная терапия флеботропными препаратами. При неэффективности – оперативное лечение

### **Порядок подачи и рассмотрения апелляций:**

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

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

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

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

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

подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

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

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

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучаемому предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

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

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

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

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
Начальник отдела аспирантуры, ординатуры и магистратуры А.В. Шаханов  _____ подпись «    »                   20    г.	проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев  _____ подпись «    »                   20    г.

**Фонд оценочных средств  
для государственной итоговой аттестации**

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –  
программам ординатуры по специальности

\_\_\_\_\_ 31.08.55 Колопроктология

### Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации для выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности

31.08.55 Колопроктология (общее количество страниц \_\_\_\_\_):

1. Утвержден на заседании кафедры

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент \_\_\_\_\_/Д.А.Хубезов  
подпись

2. Утвержден на заседании учебно-методической комиссии **наименование комиссии** (согласно приложению №1).

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель комиссии, **ученое звание, степень** \_\_\_\_\_/ИОФ  
подпись

3. Согласована с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела \_\_\_\_\_/А.А. Сидоров  
подпись

4. Утверждена на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене**

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
1	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
2	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
3	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
4	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
5	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
6	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
7	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
8	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
9	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
10	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
11	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
12	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
14	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
15	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
16	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>
17	<i>УК1, УК2, УК3,ПК(1-12)</i>

## **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:**

### **Список экзаменационных вопросов.**

1. Этапы развития отечественной колопроктологии. Перспективы развития колопроктологической помощи в нашей стране и за рубежом.  
Организация колопроктологической помощи в поликлинике и стационаре.
2. Диагностика колопроктологических заболеваний. Подготовка больных к операциям на толстой кишке. Основные принципы анестезии. Ведение послеоперационного периода.
3. Врожденные заболевания толстой кишки, параректальной клетчатки, промежности у взрослых. Эпителиальный копчиковый ход.
4. Воспалительные заболевания прямой кишки и заднего прохода
5. Невоспалительные заболевания прямой кишки и заднего прохода
6. Недостаточность анального жома. Выпадение прямой кишки. Стриктура прямой кишки
7. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Предраковые заболевания толстой кишки
8. Злокачественные опухоли прямой кишки. Реабилитация больных, перенесших радикальные операции по поводу рака прямой кишки.
9. Дивертикулез ободочной кишки.
10. Доброкачественные опухоли ободочной кишки
11. Злокачественные опухоли ободочной кишки. Обтурационная кишечная непроходимость.
12. Злокачественные опухоли ободочной кишки. Система абластики и антибластики при операциях по поводу злокачественных опухолей.  
Выполнение одномоментных, сочетанных, расширенных и комбинированных операций в брюшной полости.
13. Неэпителиальные копчиковые опухоли. Каудальные тератомы.
14. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона



15. Лечебные свищи толстой кишки. Восстановление кишечной проходимости у больных с колостомой и кишечными свищами
16. Травма прямой кишки. Инородные тела прямой кишки.
17. Актиномикоз и туберкулез прямой кишки. Поражение прямой кишки при венерических заболеваниях.

### **Список клинических кейсов.**

#### Клинический кейс № 1.

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.

2. Какие диагностические ошибки были допущены хирургом поликлиники?

#### Клинический кейс № 2.

Больной 46 лет в течение четырех месяцев отмечает боли в прямой кишке, позывы на дефекацию, кровь и слизь в кале. Обратился к хирургу и гастроэнтерологу поликлиники. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Выявлен дисбиоз кишечника, по поводу которого назначено лечение. В виду неэффективности проводимой терапии назначена консультация колопроктолога. Произведена ректороманоскопия: на высоте 13 см от края перианальной кожи выявлена опухоль прямой кишки, взята биопсия. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами поликлиники?

#### Клинический кейс № 3.

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.

1. Какие ошибки были допущены врачом урологом?

#### Клинический кейс № 4.

Больная 55 лет в течение 2 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , 96 г/л. Наблюдалась у терапевта по месту жительства, проводилась гастроскопия, осматривалась гинекологом. Проводимое лечение витаминами, препаратами железа дало незначительный эффект. В виду сухого кашля, боли в грудной клетке под лопаткой выполнена рентгенография легких, которая выявила одиночный метастаз в корень правого легкого диаметром до 2см. При дальнейшем обследовании диагностирована опухоль левого изгиба ободочной кишки (гистологическое строение аденокарцинома).

1. Какая ошибка допущена терапевтом поликлиники?

Какие методы обследования необходимо было провести в поликлинике?

#### Клинический кейс № 5

Больная 72 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, боли в правой половине живота. Заболела 9 месяцев назад, когда на фоне хорошего самочувствия появилось кровотечение с выделением темной крови со сгустками из прямой кишки. В течение 2 недель лечилась в ЦРБ, где проводилась гемостатическая и заместительная терапия. Выписана с диагнозом атрофический гастрит, гипохромная анемия. По просьбе родственников направлена на консультацию к гематологу в областную клиническую больницу, который при пальпации брюшной полости обнаружил опухоль восходящего отдела ободочной кишки. После дообследования была оперирована в колопроктологическом отделении клиники – выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу умеренно-дифференцированной аденокарциномы восходящего отдела ободочной кишки. Выздоровление.

1. Какая диагностическая ошибка допущена хирургами ЦРБ?

2. Какие специальные методы обследования необходимо было провести в ЦРБ?

#### Клинический кейс № 6.

Больная 36 лет в течение 1,5 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , 82 г/л, похудела. Наблюдалась у гематолога областной консультационной поликлиники, проводилась гастроскопия, осматривалась гинекологом. Проводимое длительное лечение препаратами железа без существенного эффекта. В виду появления через год от начала заболевания опухолевидного образования в правой подвздошной области, в частном порядке консультирована хирургом одной из клиник г. Москвы. Выставлен диагноз – грыжа спигелиевой линии живота. Только через 1,5 года от появления анемии консультирована колопроктологом, проведена фиброколоноскопия на которой выявлена опухоль слепой кишки. Оперирована – произведена правосторонняя гемиколэктомия по поводу умеренно-дифференцированной аденокарциномы слепой кишки.

1. Какие диагностические ошибки допущены врачами гематологом и хирургом?

#### Клинический кейс № 7.

Больной 51 года поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на вздутие живота, схваткообразные боли, задержку кала и газов (стул 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.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами до госпитализации больного в специализированное отделение? Какие методы обследования необходимо было провести больному в поликлинике?

#### Клинический кейс № 8.

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три года узлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?

## 2. В чем состоит лечебная тактика?

### Клинический кейс № 9.

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.

## 2. В чем состоит лечебная тактика?

### Клинический кейс № 10.

У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

## 1. В чем состоит лечебная тактика?

### Клинический кейс № 11.

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

## 1. Ваш диагноз?

## 2. Какое лечение назначите больному?

### Клинический кейс № 12.

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

## 1. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?

## 2. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?

## 3. Какое лечение необходимо провести больной?

### Клинический кейс № 13.

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 стулостойкость. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

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

Клинический кейс № 14.

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°. Через четыре дня от начала заболевания отмечается резкое усиление болей, которые стали носить кинжальный характер. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику. При осмотре положение вынужденное, резкая болезненность в левой половине живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

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

Клинический кейс № 15.

Больной 27 лет заболел остро, когда без видимой причины появилась высокая температура, частый стул с кровью до 10 – 15 раз, боли в животе. Через 10 дней оперирован по поводу острого аппендицита (в виду того, что при УЗ исследовании был найден утолщенный червеобразный отросток с наличием жидкости вокруг него). После операции, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, клиника оставалась. Значительно потерял массу тела, анемичен. Консультирован инфекционистом, который исключил инфекционные заболевания. Лишь через два месяца от начала заболевания осмотрен колопроктологом, произведена ректоскопия на которой выявлены изменения слизистой прямой кишки в виде «булыжной мостовой».

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больного?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Клинический кейс № 16.

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

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

Клинический кейс № 17.

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 «бульжную мостовую».

1. Какое заболевание у больной?

**Тесты для сертификационного экзамена  
по специальности колопроктология.**

1. Экспертиза временной нетрудоспособности трудящихся более 6 дней осуществляется

- А. Врачом
- Б. Заведующим отделением
- В. Контрольно-экспертной комиссией
- Г. Каждым из перечисленных
- Д. Все ответы неверны

2. Отпуска по болезни, увечью больного предоставляются

- А. Врачом
- Б. Заведующим отделением
- В. Контрольно-экспертной комиссией
- Г. Бюро медико-социальной экспертизы
- Д. Каждым из перечисленных

3. Необходимость и сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют

- А. Профсоюзные органы
- Б. Контрольно-экспертная комиссия
- В. Заведующий отделением
- Г. Бюро медико-социальной экспертизы
- Д. Каждым из перечисленных

4. Основными показателями естественного движения населения являются

- А. Рождаемость, смертность
- Б. Смертность, заболеваемость
- В. Инвалидность, смертность

5. Медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям, несет ответственность

- А. Освобождение от ответственности
- Б. Уголовную ответственность
- В. Гражданско-правовую ответственность

Коникотомия проводится на уровне

- А. Ниже подъязычной кости
- Б. Между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
- В. Между перстневидным и щитовидным хрящами

В формировании мочеполовой диафрагмы принимает участие

- А. Глубокая поперечная мышца промежности
- Б. Мышца, поднимающая задний проход
- В. Грушевидная мышца
- Г. Внутренняя запирательная мышца

В прямой кишке выделяют

- А. Один сфинктер
- Б. Два сфинктера
- В. Три сфинктера
- Г. Четыре сфинктера

Верхняя ягодичная артерия отходит

- А. От наружной подвздошной артерии
- Б. От передней ветви внутренней подвздошной артерии
- В. От внутренней подвздошной артерии
- Г. От задней ветви внутренней подвздошной артерии

Повреждение срединной артерии ободочной кишки влечет за собой

- А. Некроз поперечно-ободочной кишки
- Б. Остается без последствий
- В. Некроз селезеночного угла ободочной кишки
- Г. Некроз печеночного угла ободочной кишки

Кровоснабжение органов таза осуществляет

- А. Внутренняя подвздошная артерия
- Б. Наружная подвздошная артерия
- В. Передняя ветвь внутренней подвздошной артерии
- Г. Задняя ветвь внутренней подвздошной артерии

12. Проникновение инфекции в клетчатку седалищно-прямокишечной ямки возможно:

- А. При разрушении тазовой диафрагмы
- Б. Через малое седалищное отверстие
- В. По ходу полового сосудисто-нервного пучка
- Г. Все перечисленное

Кровоснабжение прямой кишки происходит за счет

- А. Нижней брыжеечной артерии
- Б. Внутренней подвздошной артерии
- В. Внутренней половой артерии
- Г. Всех перечисленных
- Д. Правильно А и Б

При выполнении операции геморроидэктомии следует помнить, что в зоне геморроидальных узлов располагаются кавернозные тельца, в лакуны

которых впадают ветви

- А. Нижней прямокишечной артерии
- Б. Пупочной артерии
- В. Нижней ягодичной артерии



- Г. Нижней брыжеечной артерии
- Д. Внутренней подвздошной артерии

Иннервацию малого таза осуществляет нервное сплетение

- А. Крестцовое
- Б. Поясничное
- В. И то, и другое
- Г. Ни то, ни другое

Мочеточник у женщин пересекает маточную артерию

- А. Однократно
- Б. Двукратно
- В. Возможны различные варианты

При выполнении правосторонней гемиколэктомии перевязывают

- А. Правую толсткисечную артерию
- Б. Срединную кишечную артерию
- В. Подвздошно-толсткисечную артерию
- Г. Верно А. и Б.

Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней

- А. Маточной трубы
- Б. Мочеточника
- В. Наружной подвздошной артерии
- Г. Всего перечисленного
- Д. Правильно Б. и В.

Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД

- А. Менее 60 мм вод.ст.
- Б. От 60 до 120 мм вод.ст.
- В. От 130 до 180 мм вод.ст.
- Г. От 190 до 240 мм вод.ст.
- Д. Свыше 240 мм вод.ст.

Основным показанием к гемотрансфузии является

- А. Парентеральное питание
- Б. Стимуляция кроветворения
- В. Значительная анемия от кровопотери
- Г. Дезинтоксикация
- Д. Иммунокоррекция

Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

- А. Анафилаксия

- Б. Острый внутрисосудистый гемолиз
- В. Снижение АД
- Г. Гипертермия
- Д. Отек мозга

Метронидазол сочетается

- А. С пенициллинами
- Б. С цефалоспоридами
- В. С аминогликозидами
- Г. С тетрациклинами
- Д. Со всеми перечисленными

Бактерицидным действием из перечисленных антибиотиков не обладают

- А. Полимиксины и цефалоспорины
- Б. Тетрациклины и макролиды
- В. Аминогликозиды и пенициллины
- Г. Пенициллины и полимиксины
- Д. Цефалоспорины и карбапенемы

Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение

- А. Первых суток
- Б. 2 суток
- В. 3 суток
- Г. 1 недели
- Д. Срок не ограничен, если она жидкая

Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной недостаточностью при шоке служит уровень  $pO_2$  при ингаляции чистым кислородом:

- А. Ниже 40 рт.ст.
- Б. Ниже 50 рт.ст.
- В. Ниже 60 рт.ст.
- Г. Ниже 70 рт.ст.
- Д. Правильного ответа нет

К недостаткам масочного наркоза относится все перечисленное, кроме

- А. Большого мертвого пространства
- Б. Отсутствия изоляции дыхательных путей
- В. Большого аэродинамического сопротивления
- Г. Необходимости предупреждения западения языка

Инфекционно-токсический шок может развиваться : 1)при перитоните; 2)при пневмонии; 3)при эндометрите; 4) при менингите; 5)при инфекционном эндокардите; 6)при пиелонефрите

- А. Верно все перечисленное
- Б. Верно все, кроме 1,2
- В. Верно все, кроме 3,4
- Г. Верно все, кроме 5,6
- Д. Верно 5,6

Опасными осложнениями при лечении диабетической комы могут быть все перечисленные, кроме

- А. Гипогликемии
- Б. Гипокалиемии
- В. Отека мозга – синдрома дисэквилибирования
- Г. Расстройства дыхания
- Д. Артериальной гипертензии

29. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает все нижеперечисленное, кроме

- А. Назначения гепарина
- Б. Назначения дезагрегантов
- В. Лечебной физкультуры
- Г. Длительного постельного режима
- Д. Бинтования ног эластичным бинтом

30. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является

- А. Икота
- Б. Отсутствие кишечных шумов
- В. Вздутие в области эпигастрия
- Г. Тахикардия
- Д. Рвота

31. К облигатному предраку относятся:

- А. Неспецифический язвенный колит
- Б. Болезнь Крона
- В. Гиперпластический полип
- Г. Диффузный семейный полипоз
- Д. Все перечисленное

32. Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются:

- А. Пригорание фрагментов опухоли к электроду
- Б. Опасность глубокого поражения стенки органа
- В. Отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
- Г. Все перечисленное
- Д. Правильно А. и Б

33. Рак ободочной кишки чаще всего метастазирует

- А. В парааортальные лимфоузлы
- Б. В средостение
- В. В печень
- Г. В легкие
- Д. В паховые лимфатические узлы

34. Длина анального канала соответствует

- А. 1-2 см
- Б. 2-3 см
- В. 3-4 см
- Г. 4-5 см
- Д. 5-6 см

35. Анальная трещина чаще расположена на

- А. Задней полуокружности анального канала
- Б. Правой полуокружности анального канала
- В.левой полуокружности анального канала
- Г. Передней полуокружности анального канала
- Д. Задней и передней полуокружности анального канала

36. Возникновению анальной трещины способствуют

- А. Длительные запоры
- Б. Геморрой
- В. Острый парапроктит и проктит
- Г. Травма прямой кишки и анального канала
- Д. Правильно А и Г

37. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении

- А. Геморроя с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
- Б. Кокцигодинии
- В. Хронического парапроктита
- Г. Геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов

38. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно

- А. Пальцевого исследования прямой кишки
- Б. Колоноскопии
- В. Аноскопии
- Г. Ирригоскопии
- Д. Ректороманоскопии

39. При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является

- А. Пресакральная блокада раствором новокаина
- Б. Введение новокаина со спиртом под трещину
- В. Пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье

- Г. Иссечение трещины
- Д. Иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией

40. Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего анального сфинктера на глубину

- А. 0,5-0,8 см
- Б. 0,8-1 см
- В. 1-1,5 см
- Г. 1,5-2 см
- Д. Более 2 см

41. В случае операбельной опухоли прямой кишки, расположенной на 6 см от перианальной кожи, показана

- А. Передняя резекция прямой кишки
- Б. Операция Гартмана
- В. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной
- Г. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

42. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови и «стулобоязнь» характерны для:

- А. рака прямой кишки
- Б. полипа прямой кишки
- В. сфинктерита
- Г. трещины анального канала
- Д. геморроя

43. Клиническая картина ректального свища характеризуется:

- А. Стулобоязнью
- Б. Кровотечением при дефекации
- В. Рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
- Г. Выделением слизи при дефекации

Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет

- А. Пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода
- Б. Ректороманоскопия
- В. Ирригоскопия
- Г. Колоноскопия

45. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является

- А. Систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками
- Б. Вскрытие и дренирование полости абсцесса

В. Вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода

Г. Антибактериальная терапия

46. Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются:

А. Ректороманоскопия

Б. Колоноскопия

В. Ирригоскопия

Г. Исследование толстой кишки после приема бария внутрь

Д. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

47. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют

А. Повышение внутрибрюшного давления

Б. Повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор (употребление рафинированной пищи)

В. Пищевой фактор – употребление пищи, богатой клетчаткой

Г. Употребление большого количества жидкости

48. При остром ишиоректальном парапроктите показаны:

А. Пункция гнойника и введение антибиотиков

Б. Вскрытие гнойника через просвет кишки

В. Вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки

Г. Вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале

Д. Пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости

49. В этиологии парапроктитов главное значение имеет:

А. Выпадение прямой кишки

Б. Травма слизистой прямой кишки

В. Воспаление анальных желез

Г. Геморрой

Д. Общие септические заболевания

50. Экстирпация прямой кишки является операцией выбора при

А. Раке анального канала

Б. Раке прямой кишки, расположенном на 7-10 см от перианальной кожи

В. Раке верхнеампулярного отдела прямой кишки

Г. Раковой опухоли, расположенной на 12-15 см от перианальной кожи

51. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются

А. Кровотечение из прямой кишки

Б. Поносы

В. Склонность к запорам

- Г. Закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
- Д. Дефект слизистой прямой кишки

52. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: «Рак прямой кишки T2N0M0». Это значит, что:

- А. Опухоль занимает  $\frac{1}{2}$  окружности кишки
- Б. Регионарные лимфоузлы не поражены
- В. Регионарные лимфоузлы поражены
- Г. Нет отдаленных метастазов
- Д. Правильно все, кроме В

53. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: «Рак прямой кишки T3Nx+M1P4». Это значит, что:

- А. Опухоль занимает  $\frac{1}{2}$  окружности кишки
- Б. Регионарные лимфоузлы не поражены
- В. Регионарные лимфоузлы поражены
- Г. Нет отдаленных метастазов
- Д. Неправильно все, кроме В

54. Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, за исключением

- А. Выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией
- Б. Высокой температуры
- В. Отсутствия изменений со стороны кожи промежности
- Г. Болей в глубине таза

55. После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются

- А. Выраженный болевой синдром
- Б. Задержка мочеиспускания
- В. Периаанальный отек
- Г. Кровотечение
- Д. Острый парапроктит

56. При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода целесообразно

- А. Пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика
- Б. Вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости
- В. Иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо
- Г. Вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального копчикового хода с открытым ведением раны
- Д. Вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну

57. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны
- А. Ирригоскопия
  - Б. Колоноскопия
  - В. Аноскопия и фистулография
  - Г. Пассаж бария по кишечнику
58. Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются
- А. Дивертикулит
  - Б. Кровотечение
  - В. Пенетрация дивертикула в брыжейку кишки
  - Г. Перфорация сигмовидной кишки
  - Д. Кишечная непроходимость
59. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны
- А. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец-в-конец
  - Б. Наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
  - В. Операция Гартмана
  - Г. Лапаротомия, дренирование брюшной полости
  - Д. Дренирование брюшной полости. трансверзостомия
60. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:
- А. Воспаление сигмы
  - Б. Пенетрация опухоли в брыжейку
  - В. Кишечная непроходимость
  - Г. Перфорация опухоли
  - Д. Профузное кишечной кровотечение
61. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является:
- А. Иссечение свища в просет кишки
  - Б. Дренирование гнойной полости
  - В. Проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
  - Г. Иссечение свища с ушиванием сфинктера
  - Д. Пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву
62. Приобретенный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется
- А. В правой половине ободочной кишки
  - Б. В левой половине ободочной кишки
  - В. Одинаково часто в правой и левой половине
63. Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется:
- А. . В левой половине ободочной кишки
  - Б. . В правой половине ободочной кишки
  - В. Одинаково часто в правой и левой половине



Г. В сигмовидной кишке

64. Операцией выбора при завороте сигмы с некрозом стенки является:

- А. Резекция сигмы с анастомозом
- Б. Резекция сигмы с анастомозом и наложением превентивной колостомы
- В. Резекция сигмы с формированием колостомы
- Г. Выведение некротизированной стенки кишки в рану по Микуличу

65. При раке сигмовидной кишки с локализацией опухоли в проксимальном отделе, отсутствии осложняющих факторов и отдаленного метастазирования, отсутствии сопутствующих заболеваний у больного в возрасте 50 лет операцией выбора является

- А. Резекция сигмы с анастомозом
- Б. Резекция сигмы с формированием колостомы
- В. Левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмоидным анастомозом
- Г. Субтотальная резекция ободочной кишки с илиосигмоидным анастомозом

66. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является:

- А. Резекция сигмы с анастомозом и наложением превентивной колостомы
- Б. Резекция сигмы с анастомозом
- В. Резекция сигмы с формированием колостомы
- Г. Трансверзостомия, дренирование брюшной полости
- Д. Выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

67. У больного 58 лет установлен диагноз «Рак правой половины ободочной кишки с локализацией опухоли в печеночном изгибе, осложненный кишечной непроходимостью». Отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний нет. Наиболее адекватной операцией является:

- А. Резекция печеночного изгиба с анастомозом восходящей кишки с поперечной
- Б. Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- В. Правосторонняя гемиколэктомия с илео- и трансверзостомой
- Г. Наложение цекостомы как первый этап операции
- Д. Наложение илеотрансверзоанастомоза как первый этап операции

68. Анальная трещина устанавливается

- А. Осмотром перианальной области
- Б. Пальцевым исследованием прямой кишки
- В. Ректороманоскопией
- Г. Ирригоскопией
- Д. Колоноскопией

69. Пальцевое исследование прямой кишки следует проводить при всех перечисленных положениях, кроме
- А. Положения для камнесечения
  - Б. Положения на правом и левом боку
  - В. Коленно-локтевого положения
  - Г. Положения «на корточках»
70. Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации
- А. Алой крови на поверхности кала
  - Б. Темной крови со сгустками
  - В. Мелены
  - Г. Смешанной крови и кала со слизью
71. Подкожный острый парапроктит в типичных случаях характеризуется
- А. Отсутствием изменений на коже промежности
  - Б. Наличием свищей
  - В. Припухлостью промежности с гиперемией кожи
  - Г. Болями в глубине таза
  - Д. Выделением слизи из ануса
72. Подкожный острый парапроктит характеризуется всем перечисленным, за исключением
- А. Болей в промежности
  - Б. Повышения температуры
  - В. Гиперемии кожи над припухлостью
  - Г. Болей, наступающих спустя некоторое время после дефекации
  - Д. Наличия припухлости на промежности
73. Больной циррозом печени был оперирован по поводу геморроя. На 5 сутки после операции жалобы на боли в верхней половине живота без иррадиации, которые исчезли на следующий день. Однако, появилась слабость, дегтеобразный стул. Назовите наиболее вероятные осложнения
- А. Кровотечение из вен пищевода
  - Б. Острая язва желудка, осложненная кровотечением
  - В. Эрозивный гастрит
  - Г. Острая язва 12-перстной кишки
  - Д. Кровотечение из прямой кишки
74. Предельным сроком консервативной терапии при высоких губовидных свищах являются:
- А. До 3-х недель
  - Б. До 3-х месяцев
  - В. Нет определенного срока
  - Г. До появления полиорганной недостаточности

Д. После ликвидации мацерации кожи вокруг свища

75. Основным недостатком внебрюшинного способа закрытия кишечных свищей является

- А. Сложность операции
- Б. Образование послеоперационной грыжи
- В. Частые рецидивы после операции
- Г. Возможность кровотечения
- Д. Опасность инфицирования брюшной полости

76. Смена obturаторов при кишечных свищах проводится не реже одного раза

- А. В 3 дня
- Б. В 5 дней
- В. В 10 дней
- Г. В 14 дней
- Д. В 20 дней

77. При свежих ранениях ободочной кишки показано:

- А. Ушивание раны
- Б. Ушивание раны и дренирование брюшной полости
- В. Гемиколэктомия
- Г. Операция Лахей
- Д. Колостомия

78. При илеоцекальной инвагинации с некрозом илеоцекального перехода объем операции предусматривает

- А. Резекцию купола слепой кишки
- Б. Резекцию слепой кишки
- В. Резекцию слепой и восходящей кишки
- Г. Правостороннюю гемиколэктомию

79. При выпадении инвагината через задний проход с некрозом кишки показана

- А. Операция Микулича
- Б. Вправление инвагината ректоскопом
- В. Чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината
- Г. Чрезбрюшинная резекция кишки без вправления инвагината
- Д. Сигмостома

80. При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна операция

- А. Левосторонняя гемиколэктомия
- Б. Резекция сигмы
- В. Цекостомия

- Г. Операция Гартмана
- Д. Трансверзостомия

81. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано

- А. Ушивание перфорации, наложение двуствольного ануса
- Б. Ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
- В. Подведение тампонов к перфорации, наложение одноствольного ануса
- Г. Цекостомия, дренирование брюшной полости
- Д. Ушивание перфорации, наложение двуствольной сигмостомы, дренирование брюшной полости

82. При раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и наличии солитарного метастаза в печени выполняется

- А. Низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия
- Б. Экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу
- В. Петлевая сигмостомия и химиотерапия
- Г. Низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени
- Д. Петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия

83. Метастазы карциноида в печень наиболее часто встречаются при первичной локализации опухоли

- А. В тощей кишке
- Б. В подвздошной кишке
- В. В червеобразном отростке
- Г. В ободочной кишке
- Д. В прямой кишке

84. Кровавый понос может наблюдаться в любом из перечисленных случаев, за исключением:

- А. Язвенного колита
- Б. Терминального илеита
- В. Дизентерии
- Г. Острой порфирии
- Д. Правильного ответа нет

85. Операцией выбора при некротизированной сигмовидной кишке вследствие ее заворота является

- А. Операция Микулича
- Б. Операция Грекова
- В. Операция типа Гартмана
- Г. Резекция с наложением анастомоза
- Д. Внебрюшинная резекция сигмовидной кишки

86. Общим симптомом для острого неспецифического парапроктита и острого паренхиматозного простатита является:

- А. Дизурия
- Б. Повышение температуры
- В. Боли в промежности, усиливающиеся в момент дефекации
- Г. Гиперемия кожи промежности
- Д. Правильно Б и В

87. Следующая клиническая картина : боли в промежности, крепитация, выраженная инфильтрация тканей при ректальном исследовании, снижение АД, резкая тахикардия при умеренном повышении температуры тела наиболее характерна для

- А. Паренхиматозного простатита
- Б. Острого неспецифического парапроктита
- В. Абсцесса предстательной железы
- Г. Анаэробного парапроктита
- Д. Фолликулярного простатита

88. В дифференциальной диагностике острого простатита и острого парапроктита решающее значение имеют:

- А. Жалобы больного
- Б. Анализ крови
- В. Результаты пальцевого ректального исследования
- Г. Анамнез
- Д. Данные уретерографии

89. Для дифференциальной диагностики паранефрита и параколита необходимо произвести

- А. Обзорную, экскреторную урографию
- Б. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- В. Рентгеноскопию грудной клетки
- Г. Все перечисленное
- Д. Только А и В

90. При одновременном ранении мочеточника и кишечника с обширной забрюшинной урогематомой отведение мочи осуществляется путем

- А. Катетеризации мочеточника
- Б. Уретеростомии
- В. Нефростомии, дренирования забрюшинной клетчатки
- Г. Пиелостомии
- Д. Правильно Б и Г

91. При сочетанной травме уретры, кишечника и открытой инфицированной ране промежности операция включает

- А. Цистостомию
- Б. Наложение противоестественного ануса
- В. Дренирование промежности
- Г. Только А и Б
- Д. Все перечисленное

92. При гнилостном парапроктите целесообразно применение

- А. Клафорана
- Б. Гентамицина
- В. Вибрамицина
- Г. Метрогила и клиндамицина
- Д. Любого из перечисленных средств

93. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование

- А. Грамотрицательной микрофлоры
- Б. Грамположительной микрофлоры
- В. Смешанной инфекции

94. Госпитальная инфекция за последние годы

- А. Не наблюдается
- Б. Наблюдается редко
- В. Наблюдается часто
- Г. Имеет тенденцию к учащению
- Д. Правильно В и Г

95. Главным возбудителем госпитальной инфекции является

- А. Стафилококк
- Б. Грамотрицательная флора
- В. Анаэробные микроорганизмы
- Г. Стрептококк

96. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет

- А. Изменение рельефа слизистой
- Б. Полную обтурацию просвета
- В. Нишеподобные выпячивания
- Г. Сегментарный спазм
- Д. Наличие чаш Клойбера

97. Бариевая клизма при воспалительных изменениях толстой кишки обычно выявляет

- А. Наличие чаш Клойбера
- Б. Изменение рельефа слизистой
- В. Нишеподобные выпячивания
- Г. Сегментарный спазм
- Д. Полную обтурацию просвета

98. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для

- А. Рака толстой кишки
- Б. Рака поджелудочной железы
- В. Рака печени
- Г. Рака печени и поджелудочной железы
- Д. Рака толстой кишки и поджелудочной железы

99. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае:

- А. Старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии малигнизации
- Б. Полипа на ножке и при гистологическом исследовании ножки полипа малигнизации в ней не обнаружено
- В. Возможности динамического эндоскопического контроля за больным
- Г. Только сочетания всех перечисленных ситуаций
- Д. Недопустима при всех перечисленных ситуациях

100. Из перечисленных к опухолеподобным процессам относятся:

- А. Гиперпластический полип
- Б. Аденоматозный полип
- В. Адено-папилломатозный полип
- Г. Папилломатозный полип
- Д. Правильного ответа нет

**Список правильных ответов:**

1.А	26.А	51.Г	76.В
2.А	27.А	52.Д	77.Б
3.Б	28.Д	53.Д	78.Г
4.А	29.Г	54.В	79.Г
5.В	30.А	55.Б	80.Г
6.В	31.Г	56.Д	81.Д
7.А	32.Г	57.В	82.Г
8.В	33.В	58.А	83.Б
9.Г	34.В	59.В	84.Г
10.А	35.А	60.В	85.В
11.В	36.Д	61.В	86.Д
12.Г	37.А	62.Б	87.Г
13.Г	38.В	63.Б	88.В
14.А	39.Д	64.В	89.Г
15.А	40.А	65.В	90.Д
16.Б	41.Г	66.В	91.Д
17.Г	42.Г	67.Б	92.Г

18.Б	43.Б	68.А	93.Б
19.А	44.А	69.Б	94.Д
20.Б	45.Б	70.А	95.Б
21.Б	46.Б	71.Б	96.Б
22.Д	47.Б	72.Г	97.Г
23.Б	48.Г	73.А	98.Б
24.А	49.Б	74.А	99.Г
25.Г	50.А	75.Б	100.А