**Вопросы по теме:**

1. Классификация геморроя

2. консервативное лечение геморроя

3. способы иссечения параректальных свищей

**Тесты**

1. Анальная трещина чаще расположена на

1. задней полукружности анального канала

2. правой полукружности анального канала

3. левой полукружности анального канала

4. передней полукружности анального канала

5. передней и задней полукружности анального канала

2. Возникновению анальной трещины способствуют

1. Длительные запоры

2. Геморрой

3. Острый парапроктит и проктит

4. Травма прямой кишки и анального канала

5. Правильно 1 и 4

3. При лечении хронической АНАЛЬНОЙ трещины наиболее эффективным является

1. пресакральная блокада раствором новокаина

2. введение новокаина со спиртом под трещину

3. пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье

4. иссечение трещины

5. иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией

4. К геморрою предрасполагают

1. тяжелый физический труд

2. употребление алкоголя

3. проктосигмоидит

4. длительные и упорные запоры

5. всё вышеперечисленное

5. Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет

1. пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода

2. ректороманоскопия

3. ирригоскопия

4. колоноскопия

6. Геморроидэктомия показана

1. при выпадении геморроидальных узлов 3 ст.

2. болевом синдроме при дефекации

3. выпадении геморроидальных узлов 1 ст.

4. анальном зуде

7. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, и "стулобоязнь" характерны

1. для рака прямой кишки

2. для полипа прямой кишки

3. для сфинктерита

4. для трещины анального канала

5. для геморроя

8. Клиническая картина ректального свища характеризуется

1. стулобоязнью

2. кровотечением при дефекации

3. рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища

4. выделением слизи при дефекации

9. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является

1. систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками

2. вскрытие и дренирование полости абсцесса

3. вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода

4. общая антибиотикотерапия

10. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются

1. кровотечение из прямой кишки

2. поносы

3. склонность к запорам

4. закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление

5. дефект слизистой прямой кишки

11. Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, кроме

1. выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией

2. высокой температурой

3. отсутствия изменений со стороны кожи промежности

4. болей в глубине таза

12. При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно

1. пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика

2. вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости

3. иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо

4. вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны

5. вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну

13. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны

1. ирригоскопия

2. колоноскопия

3. аноскопия и фистулография

4. пассаж бария по кишечнику

14. Анальная трещина устанавливается

1. осмотром перианальной области

2. пальцевым исследованием прямой кишки

3. ректороманоскопией

4. ирригоскопией

5. колоноскопией

15. Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации

1. алой крови на поверхности кала

2. тёмной крови со сгустками

3. мелены

4. смешанной крови и кала со слизью

5. алой крови со сгустками

16. Подкожный острый парапроктит в типичных случаях характеризуется

1. отсутствием изменений на коже промежности

2. наличием параректальных свищей

3. припухлостью промежности с гиперемией кожи

4. болями в глубине таза

5. выделением слизи из ануса

17. Характерная жалоба при остром парапроктите

1. выделение крови из прямой кишки

2. анальный зуд

3. пульсирующая боль в промежности

4. выпадение узлов

5. боль в анусе после стула

18. Наиболее тяжелой формой острого парапроктита является

1. ишиоректальный

2. ретроректальный

3. подслизистый

4. пельвиоректальный

19. Следует помнить, что для пельвиоректального парапроктита в ранней стадии заболевания не характерно

1. инфильтрат промежности с гиперемией

2. боли в глубине таза

3. отсутствие изменений на коже промежности

4. высокая температура

5. выраженная интоксикация

20. Принцип радикального лечении острого парапроктита

1. ранняя операция

2. адекватное вскрытие и санация гнойного очага

3. иссечение внутреннего отверстия

4. адекватное дренирование

5. все перечисленные

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

1. Больная 20 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации. Болеет в течение 10 дней. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана 0,5 на 1 см с вялыми грануляциями, при контакте кровоточит, безболезненная.

Вопрос 1: Ваш диагноз?;

Вопрос 2: Дифференциальная диагностика?;

Вопрос 3: Лечебная тактика?;

Вопрос 4: Объём лечебных мероприятий?;

Вопрос 5: Профилактика?;

2. Больная 30 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации и боль в течение 40 минут после стула. Болеет в течение 3 дней. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии линейная, рана 0,5 на 1 см с перифокальной гиперемией, отеком, при контакте кровоточит, резко болезненная.

Вопрос 1: Ваш диагноз?;

Вопрос 2: Дифференциальная диагностика?;

Вопрос 3: Лечебная тактика?;

Вопрос 4: Объём лечебных мероприятий?;

Вопрос 5: Профилактика заболевания?;

**ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА:**

1) Провести осмотр прямой кишки в зеркалах, выявить признаки анальной трещины и геморроя;

2) Закрепление накануне освоенных навыков.