MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Хирургия

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

Сформировано: 21.11.2026, 03:05 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Хирургия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

В середине января пациентка А. 38 лет обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

1.2. Жалобы

На дискомфорт, боли в анальной области после дефекации.

1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациентки, вышеуказанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет, применяла ректальные суппозитории с метилурацилом со слабовыраженным эффектом. Настоящее ухудшение в течение 6 месяцев, когда отметила нарастание интенсивности жалоб. Периодически дискомфорт уходил, но затем снова возвращался.

1.4. Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

1.5. Объективный статус

Состояние больной: удовлетворительные. Уровень сознания: ясное. Сон не нарушен. Температура: 36,6°С. Телосложение: нормостеническое, правильное. Питание нормальное. Положение больного: активное.

Кожные покровы и видимые слизистые: чистые цвет – обычный. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Молочные железы: симметричны, не деформированы. Структура желез симметричная. Органы дыхания Форма грудной клетки: нормостеническая. Тип дыхания: смешанный. Дыхание через нос: свободное. ЧДД: 16 в мин. Обе половины участвуют в акте дыхания: равномерно. Пальпация грудной клетки: безболезненна. Голосовое дрожание: не изменено. Перкуторный звук над легочными полями: легочный. Аускультация легких - дыхание: проводится во все отделы, везикулярное Хрипы справа: нет, слева: нет. Крепитация нет.

Органы кровообращения Область сердца: не изменена. Верхушечный толчок: определяется в V межреберье по левой средне-ключичной линии Тоны сердца: приглушены. Ритм: правильный. Пульс: 76 АД: на левом плече: 132/ 82 мм рт. ст. Пульсация периферических сосудов: хорошая.

Органы пищеварения Аппетит: хороший Осмотр полости рта: Язык: влажный, не обложен Зубы: санированы. Глотание: свободное. Живот: правильной конфигурации, безболезненный, не вздут, симметричен, мягкий Кишечный шум: выслушивается. Шум плеска: нет. Притупление в отлогих частях живота: нет. Поясничная область: не изменена. Наружные половые органы: развиты нормально. Мочеиспускание: свободное. Поколачивание по поясничной области: безболезненно с обеих сторон.

Местный статус: Кожные покровы перианальной области, внутренней поверхности ягодиц, крестцово-копчиковой области обычной окраски. Анус плоский, сомкнутый. Анальный рефлекс не изменен. В проекции 6 часов по условному циферблату имеется линейный дефект слизистой, до 1.5 см в длину, щелевидной формы, края плотные, ровные, дно выстлано грануляционной тканью, в дистальном крае имеется сторожевой бугорок. Пальпация болезненна. Сфинктер в гипертонусе. На перчатке следы кала обычной окраски.

1. Диагноз

Вопрос 1

На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить

1. Острый сигмоидит
2. Хронический геморрой
3. Острый цистит
4. **Хроническую анальную трещину**

Правильный ответ:
4 - Хроническую анальную трещину

ОБОСНОВАНИЕ

На основании специфических жалоб – боли и дискомфорт в области анального отверстия после дефекации, данных осмотра — пальпаторно определяется дефект слизистой прямой кишки.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII. Стр. 685 (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

2. План обследования

Вопрос 2

При физикальном обследовании _____ позволил заподозрить анальную трещину

1. наружный геморроидальный узел
2. **дефект слизистой прямой кишки**
3. «анальный плевок»
4. гипертоничный сфинктер

Правильный ответ:
2 - дефект слизистой прямой кишки

ОБОСНОВАНИЕ

При выполнение ректального осмотра, во время пальцевого исследования пальпируется продольный дефект слизистой, что указывает на наличие анальной трещины.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –TII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 3

Для подтверждения диагноза пациентке необходимо назначить

1. УЗИ органов брюшной полости
2. непрямую ультразвуковую эластографию печени
3. **ректороматоскопию**
4. обзорную рентгенографию малого таза

Правильный ответ:
3 - ректороматоскопию

ОБОСНОВАНИЕ

Ректороманоскопия это инструментальный метод исследования прямой кишки и дистальных отделов сигмовидной кишки. Позволяет оценить состояние слизистой прямой кишки, выявить наличие патологического процесса.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII. Стр. 685 (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. Ректороматоскопия

Заключение: признаки воспаления слизистой прямой кишки, продольный дефект слизистой до 15 мм, края плотные, ровные.

5.3. УЗИ органов брюшной полости

Органической патологии не выявлено

3. Диагноз

Вопрос 4

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

1. Выпадение прямой кишки
2. Хронический геморрой
3. **Хроническая анальная трещина**
4. Синдром раздраженного кишечника

Правильный ответ:
3 - Хроническая анальная трещина

ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая данные анамнеза, ректороманоскопии пациенту поставлен диагноз — хроническая анальная трещина.

При хронической анальной трещине течение заболевания волнообразное – периоды ремиссии (отсутствие жалоб) сменяют периоды обострения (боль в области заднего прохода при дефекации, дискомфорт, помарки крови и др.).

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1) (2) (3)

7. Диагноз

7.1. Хроническая анальная трещина

4. Лечение

Вопрос 5

Дальнейшая тактика заключается в

1. **хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке**
2. хирургическом лечении; экстирпация прямой кишки
3. динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год
4. хирургическом лечении; резекция прямой кишки

Правильный ответ:
1 - хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке

ОБОСНОВАНИЕ

Хирургическое лечение заключается в иссечение анальной трещины. Этот метод лечения патогенетически обоснован.

Оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить при хроническом течении заболевания, не поддающемся консервативной терапии. Операция заключается в иссечении по плоскости самой трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. В прямую кишку вводят ректальное зеркало, трещину очерчивают по всему овалу скальпелем, а затем снаружи внутрь иссекают её ножницами на всём протяжении (рис. 65-9). Проводят гемостаз и оставляют рану открытой в просвете прямой кишки. Рана обычно легко и быстро, в течение в среднем 5-6 дней, заживает тонким рубцом. Главное в этой операции - решить, нужно ли делать дополнительно сфинктеротомию и, если нужно, то каким способом. Без этой дополнительной манипуляции в большинстве случаев операция успеха не даёт, возникает рецидив трещины из-за возобновляющихся тонических сокращений жома.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685 (1)

Всем пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется оперативное лечение, направленное на релаксацию внутреннего анального сфинктера.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

5. План обследования

Вопрос 6

В рамках предоперационной подготовки больной необходимо выполнить

1. анализ крови на раковый эмбриональный антиген
2. **исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)**
3. **общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма**
4. анализ крови на углеводный антиген СА 19-9
5. определение скрытой крови в кале

Правильные ответы:
2 - исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)
3 - общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

ОБОСНОВАНИЕ

Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

10. Результаты обследования

10.1. Общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

Общий анализ крови		
Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин, г/л	120,0 - 140,0	125
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	32
Лейкоциты, абс.	4,00 - 9,00	7
Эритроциты, абс	4,00 - 5,70	4,5
Тромбоциты, абс	150,0 - 320,0	220,0
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	20,1
Моноциты, %	2,0 - 10,0	8,8
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	87,1
Эозинофилы, %	0,0 - 6,0	0,2
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,8
СОЭ мм/ч по Панченкову	2 - 20	50

Наименование	**Нормы**	**Значение**
Общий белок, г/л	64 - 82	70,8
Мочевина, ммоль/л	2,5 - 6,4	3,0
Креатинин, мкмоль/л	53 - 115	89
Билирубин общий, мкмоль/л	3,0 - 17,0	17
Билирубин прямой, мкмоль/л	0,0 - 3,0	2
АЛТ, ед/л	15,0 - 61,0	15
АСТ, ед/л	15,0 - 37,0	10
Щелочная фосфатаза, ед/л	50,0 - 136,0	64,0
Альфа-Амилаза, ед/л		
Глюкоза, моль/л	3,89 – 5,83	4,2
С-реактивный белок, мг/л	Не более 0,49 мг/л	0.1 мл/л

Коагулограмма		
	Норма	Результат
АЧТВ	24-34	26.8
Протромбиновое время	13-18	14.6
МНО	0,85-1,15	1.05
Фибриноген	1,8-4,0	1.94
Фибринолитическая активность	5-12 минут	10
Антитромбин III	80-120%	90%

Общий анализ мочи	
Параметр	Значение
Количество	150мл
Цвет (норма-соломенно-желтый)	желтый

Общий анализ мочи	
Прозрачность (норма –полная)	полная
Реакция	кислая
Удельная плотность	1021
Белок (в норме – до 0,033 г/л)	0,01 г/л
Уробилин	отсутствует
Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин)	1-2 в поле зрения
Эритроциты (нормане более 2 в п/зр)	отсутствуют
Цилиндры (норма – отс)	отсутствуют
Эпителий (норма – отс)	отсутствует
Бактерии (норма – отс)	отсутствуют
Слизь (норма – немного)	немного
Соли (норма – отс)	отсутствуют

10.2. Исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит B,C, ВИЧ, сифилис)

ДНК вируса гепатита В, С, ВИЧ не обнаружено. Антитела к сифилису в ИФА не обнаружены.

10.4. Анализ крови на раковый эмбриональный антиген

Раковый эмбриональный антиген не определяется (норма до 3 нг/мл)

10.5. Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

Вопрос 7

В рамках предоперационной подготовки больной необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как

1. Ph-метрия желудка
2. **флюорография грудной клетки**
3. МРХПГ
4. суточный мониторинг ЭКГ

Правильный ответ:
2 - флюорография грудной клетки

ОБОСНОВАНИЕ

Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 685

12. Результаты инструментального метода обследования

12.1. Флюорография грудной клетки

Очаговых и инфильтративных теней не обнаружено

12.4. МРХПГ

Патологии не выявлено

Вопрос 8

При отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования рекомендуется

1. выполнение ирригоскопии
2. катетеризация мочевого пузыря
3. **исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) методом сфинктерометрии**
4. чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

Правильный ответ:
3 - исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) методом сфинктерометрии

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования рекомендуется исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) методом сфинктерометрии для объективизации наличия спазма внутреннего сфинктера

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

6. Вариатив

Вопрос 9

Кровоснабжение прямой кишки осуществляется

1. **5 артериями: одной непарной - _a.rectales superior_ (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: _a.rectales media (из a.iliaca interna) и a.rectalis inferior (из a. Pudenda interna_)**
2. наружной подвздошной артерией
3. верхней брыжеечной артерией, чревным стволом, гастродуоденальной артерией, средней ободочной артерией
4. правой и левой прямокишечными артериями

Правильный ответ:
1 - 5 артериями: одной непарной - _a.rectales superior_ (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: _a.rectales media (из a.iliaca interna) и a.rectalis inferior (из a. Pudenda interna_)

ОБОСНОВАНИЕ

5 артериями: одной непарной - _a.rectalessuperior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectalesmedia (из a.iliacainterna) и a.rectalisinferior (из a.Pudendainterna)_.

Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Под ред. В.В. Кованова. — 4-е изд., дополнен. — М: Медицина, 2001.— 408 е.: ил.— (Уч. лит. Для студентов мед.вузов) ISBN 5-225-04710-6 (1)

Вопрос 10

Наиболее частой причиной возникновения геморроя является

1. **врожденная слабость венозных стенок**
2. курение
3. цирроз печени
4. дуоденогастральный рефлюкс

Правильный ответ:
1 - врожденная слабость венозных стенок

ОБОСНОВАНИЕ

Врожденная слабость венозных стенок является основной причиной развития геморроя

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Геморрой, 2024 г. (1)

Вопрос 11

Операция по поводу хронической анальной трещины заключается в

1. резекции стенки прямой кишки
2. пластике ануса
3. **иссечении трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера**
4. перевязке геморроидальных узлов

Правильный ответ:
3 - иссечении трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется иссечение трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера #ботулиническим токсином типа А.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

Всем пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется оперативное лечение, направленное на релаксацию внутреннего анального сфинктера. (2)

Вопрос 12

Наиболее частым осложнением анальной трещины является

1. геморрой
2. разрыв прямой кишки
3. цистит
4. **образование свища прямой кишки**

Правильный ответ:
4 - образование свища прямой кишки

ОБОСНОВАНИЕ

В случае попадании кишечной флоры через дефект в слизистой в параректальную клетчатку может образовываться свищ прямой кишки.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)