MedikCase
Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Колопроктология

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

Сформировано: 21.11.2026, 02:36 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 · Колопроктология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 76 лет обратился к врачу колопроктологу в поликлинику по месту жительства.

1.2. Жалобы

Выделение темной крови и слизи со стулом, императивные позывы на дефекацию, слабость и головокружение, частый жидкий стул.

1.3. Анамнез заболевания

Настоящие жалобы в течение полугода.

1.4. Анамнез жизни

Русский, работает трактористом, в анамнезе: простудные заболевания, детские инфекции, в возрасте полугода лет – гепатит А. Перенес острое нарушение мозгового кровообращения 4 года назад (неврологическая симптоматика отсутствует).

1.5. Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 186 см. Температура тела 36,5°С.
- Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.
- Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту.
- При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких: сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация: над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин. Ро2 97%
- Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 88 уд в мин, АД 120/70 мм рт.ст.
- Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи.

1. План обследования

Вопрос 1

Первоочередным физикальным методом обследования с вышеописанными жалобами является

1. аускультация перистальтических шумов
2. наружный осмотр перианальной области
3. **пальцевое ректальное исследование**
4. ректороманоскопия

Правильный ответ:
3 - пальцевое ректальное исследование

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется тщательный физикальный осмотр, включающий пальцевое ректальное исследование, оценку нутритивного статуса.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак прямой кишки, 2025 г. (1)

3. Результаты обследования

3.1. Пальцевое ректальное исследование

На высоте 8 см от наружного края анального канала по левой полуокружности определяется плотное бугристое образование, размером до 4 см в диаметре, контактно кровоточивое.

3.2. Наружный осмотр перианальной области

При осмотре перианальной области расчесов и мацерации нет. Анус сомкнут. Рефлекс с перианальной кожи сохранен. На 3, 7 и 11 часах имеются наружные геморроидальные узлы без признаков воспаления.

Вопрос 2

Основным методом адекватной локальной оценки распространения опухолевого процесса в прямой кишке является

1. сигмоскопия
2. КТ-органов малого таза с в/в контрастированием
3. УЗИ малого таза
4. **МРТ органов малого таза**

Правильный ответ:
4 - МРТ органов малого таза

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется выполнить МРТ малого таза перед планированием химиолучевой терапии и перед хирургическим лечением.

МРТ малого таза позволяет определить локализацию, протяженность, глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак прямой кишки, 2025 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. МРТ органов малого таза

Опухоль локализуется в средне-верхнеампулярном отделах прямой кишки. Кранио-каудальная протяженность опухоли до 34 мм. Опухоль распространяется до мышечного слоя кишечной стенки без убедительных признаков врастания в мезоректальную клетчатку. В мезоректальной клетчатке лимфатические узлы не визуализируются.

5.4. КТ-органов малого таза с в/в контрастированием

В нижнеампулярном отделе прямой кишки определяется циркулярное утолщение стенки до 0,8 см, на протяжении 4,5 см отмечается сужение просвета до 0,9 см. Отмечаются ЛУ количеством 5 размерами до 13 мм неясного генеза.

2. Лечение

Вопрос 3

При расположении опухоли на 8 см от анального края в условиях отсутствия признаков распространения опухоли за пределы кишечной стенки в клетчатку, а также гематогенного и лимфогенного метастазирования пациенту показано выполнение

1. трансанальной эндомикрохирургии с формированием превентивной коло- или илеостомы
2. **низкой передней резекции прямой кишки с формированием превентивной коло- или илеостомы**
3. брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием концевой колостомы
4. передней резекции прямой кишки без превентивной стомы

Правильный ответ:
2 - низкой передней резекции прямой кишки с формированием превентивной коло- или илеостомы

ОБОСНОВАНИЕ

При выполнении тотальной мезоректумэктомии (локализация опухоли ниже 10 см от края ануса) рекомендуется формировать превентивную коло- или илеостому. После тотальной мезоректумэктомии операция может завершаться формированием тазового толстокишечного резервуара или анастомоза «бок-в-конец» для улучшения функциональных результатов лечения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак прямой кишки, 2025 г. (1)

Вопрос 4

Основным правилом маркировки места предполагаемой кишечной стомы является учет

1. роста пациента
2. **телосложения пациента**
3. веса пациента
4. волосяного покрова передней брюшной стенки

Правильный ответ:
2 - телосложения пациента

ОБОСНОВАНИЕ

Место формирования будущей стомы должно быть выбрано до операции с учетом телосложения больного, толщины брюшной стенки, естественных складок живота, при осмотре больного лежа на спине, сидя и стоя.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии, 2024 г. (1)

8. Результаты обследования

8.1. Телосложение пациента

Место формирования будущей стомы должно быть выбрано до операции с учетом телосложения больного, толщины брюшной стенки, естественных складок живота, при осмотре больного лежа на спине, сидя и стоя. Колостому (илеостому) следует размещать на наиболее плоском участке передней брюшной стенки, сохраняющем свою форму при разных положениях больного. Выбранное место должно быть удобным для последующего ухода и использования калоприемника. Вблизи стомы не должно быть костных выступов, жировых складок, рубцов и грубых деформаций.

Вопрос 5

Для отключения из пассажа всей толстой кишки при создании низкого колоректального анастомоза необходимо формирование

1. асцендостомы
2. трансверзостомы
3. сигмостомы
4. **илеостомы**

Правильный ответ:
4 - илеостомы

ОБОСНОВАНИЕ

Формирование петлевой илеостомы позволяет исключить из пассажа кишечного содержимого любой отдел толстой кишки.

Клинические рекомендации Ассоциации колопроктологов России. Кишечная стома у взрослых, 2016 г. (1)

Вопрос 6

С целью предотвращения заброса содержимого из функционирующего колена в «отключенное» кишечную стому формируют

1. пристеночно
2. трансректально
3. **столбиком**
4. забрюшинно

Правильный ответ:
3 - столбиком

ОБОСНОВАНИЕ

Для предотвращения заброса кишечного содержимого из приводящего колена в отводящее последнюю формируют столбиком.

Клинические рекомендации Ассоциации колопроктологов России. Кишечная стома у взрослых, 2016 г. (1)

Вопрос 7

Для адекватного функционирования петлевой илеостомы и минимального риска развития парастомальной грыжи размер формируемого дефекта в апоневрозе передней брюшной стенки должен быть _____ выводимой кишки

1. в 2 раза больше диаметра
2. **равен диаметру**
3. в 2,5 раза больше диаметра
4. в 1,5 раза больше диаметра

Правильный ответ:
2 - равен диаметру

ОБОСНОВАНИЕ

С целью профилактики формирования парастомальной грыжи размер формируемого отверстия в апоневрозе должен быть равен диаметру кишки, несущей стому.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии у взрослых, 2017 г. (1)

Вопрос 8

При формировании петлевой илеостомы, петлю подвздошной кишки выводят в _____ см от слепой кишки

1. 20-25
2. 10-15
3. **15-20**
4. 5-10

Правильный ответ:
3 - 15-20

ОБОСНОВАНИЕ

Для профилактики синдрома короткого кишечника, предотвращения водно-электролитных нарушений, а также с целью освобождения отключенной петли при формировании анастомоза «бок в бок» петлевая илеостома формируется в 15-20 см от слепой кишки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии у взрослых, 2017 г. (1)

Вопрос 9

Для профилактики осложнений при формировании стомы петля подвздошной кишки должна свободно выводиться на _____ см выше уровня кожи

1. 5-10
2. 4-5
3. 1-2
4. **3-4**

Правильный ответ:
4 - 3-4

ОБОСНОВАНИЕ

Для профилактики ретракции стомы, а также адекватного использования средств ухода за стомой, последняя должна формироваться в 3-4 см выше уровня кожи.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии у взрослых, 2017 г. (1)

3. Вариатив

Вопрос 10

Для профилактики ретракции стомы используют

1. **поддерживающую палочку**
2. магнитно-запирательное устройство
3. конвексную пластину калоприемника
4. послеоперационный бандаж

Правильный ответ:
1 - поддерживающую палочку

ОБОСНОВАНИЕ

Поддерживающая палочка, формируя кишечную шпору в ближайшем послеоперационном периоде препятствует ретракции кишки в брюшную полость.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии у взрослых, 2017 г. (1)

Вопрос 11

Формирование проксимальной разгрузочной стомы показано при

1. перфорации опухоли
2. **кишечной непроходимости опухолевого генеза**
3. кровотечении из опухоли
4. диастатическом разрыве стенки ободочной кишки

Правильный ответ:
2 - кишечной непроходимости опухолевого генеза

ОБОСНОВАНИЕ

Формирование проксимальной разгрузочной илео- или колостомы показано при отсутствии таких осложнений со стороны первичной опухоли, как перфорация, абсцедирование, кровотечение, а также диастатических разрывов и перфорации отделов ободочной кишки, расположенных проксимальнее злокачественного новообразования. Наличие таких осложнений диктует крайнюю необходимость выполнения первичной резекции без формирования анастомоза. После стабилизации состояния больного в условиях специализированного стационара показано выполнение резекции толстой кишки с соблюдением онкологических принципов. При этом возможно сохранение ранее наложенной стомы в качестве превентивной для протекции сформированного межкишечного анастомоза.

Клинические рекомендации Минздрава России. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии у взрослых, 2017 г. (1)

Вопрос 12

Наиболее информативным рутинным методом инструментальной диагностики парастомальных абсцессов и свищей является _____ парастомальной области

1. магнитно-резонансная томография (МРТ)
2. **ультразвуковое исследование (УЗИ)**
3. компьютерная томография (КТ)
4. позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

Правильный ответ:
2 - ультразвуковое исследование (УЗИ)

ОБОСНОВАНИЕ

Отсутствие инвазивности процедуры, лучевой нагрузки, а также высокая способность метода в диагностике воспалительных осложнений мягких тканей передней брюшной стенки делает УЗИ методом выбора в диагностике парастомальных свищей и абсцессов.

Клинические рекомендации Ассоциации колопроктологов России. Кишечная стома у взрослых, 2016 г. (1)