

Колопроктология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/koloproktologia/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 лет поступил в специализированное колопроктологическое отделение.

Жалобы

На боль в области заднего прохода во время и после дефекации, периодическое выделение алой крови после дефекации.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 1 года. Обращался к проктологу по месту жительства, применял различные консервативные средства - без эффекта.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает. Операции: отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – студент. Сопутствующие заболевания: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг. Рост 185 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные сокращения ритмичные, тоны звучные. АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 68 уд, в мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул твердый, комковатый, 1 раз в 4 дня. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурии нет.

Исследованием первого выбора является

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

Характерным признаком хронической анальной трещины является

- наличие дефекта слизистой
- рубцово-измененные края дефекта анодермы

- длительность анамнеза более 4 недель
- длительность анамнеза более 2 недель

К наиболее вероятным причинам развития анальной трещины у пациента относят

- диарею
- запор, твердый стул
- длительное натуживание
- болезнь Крона

Наиболее вероятным методом лечения пациента является

- медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера
- хирургическое лечение
- комплекс лечебной физкультуры
- консервативная терапия

Препаратом первой линии для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера является + _____ + мазь

- нитроглицериновая
- диоксометилтетрагидропиримидин
- диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол
- бетаметазон

Препаратом второй линии для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера является

- ботулотоксин тип А
- крем нифедипин
- крем дилтиазем
- нитроглицериновая мазь

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- задней дозированной сфинктеротомии
- боковой подкожной сфинктеротомии
- пальцевой дивульсии анального сфинктера, иссечения трещины
- боковой подкожной сфинктеротомии, иссечения трещины

Показанием к хирургическому лечению анальных трещин является

- анамнез заболевания более 3 месяцев
- неэффективность консервативной терапии

- наличие спазма сфинктера
- наличие дефекта анодермы

Противопоказанием к боковой подкожной сфинктеротомии является

- спазм внутреннего сфинктера
- снижение произвольного сокращения анального сфинктера при профилометрии
- наличие трещины, осложненной свищом
- наличие геморроидальных узлов

Пациенту в послеоперационном периоде до заживления ран необходимо рекомендовать

- спазм внутреннего сфинктера
- снижение произвольного сокращения анального сфинктера при профилометрии
- наличие трещины, осложненной свищом
- наличие геморроидальных узлов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась в поликлинику к колопроктологу.

Жалобы

На зуд, жжение и боль в области заднего прохода во время и после дефекации

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 2 недель

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает.

Роды 2, естественным путем. Операции: отрицает. Аллергоанамнез не

отягощен. Профессия – домохозяйка. Сопутствующие заболевания: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг. Рост 162 см. Температура тела 36,8°

С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. В

легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные

сокращения ритмичные, тоны звучные. АД 115/70 мм рт.ст., ЧСС 72 уд, в мин.

Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Живот не

вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех

отделах. Стул оформленный, регулярный. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурии нет.

Для постановки правильного диагноза в первую очередь необходимо выполнить

- спазм внутреннего сфинктера
- снижение произвольного сокращения анального сфинктера при профилометрии
- наличие трещины, осложненной свищом
- наличие геморроидальных узлов

Результаты обследования

Дополнительно необходимо рекомендовать пациентке провести

- спазм внутреннего сфинктера
- снижение произвольного сокращения анального сфинктера при профилометрии
- наличие трещины, осложненной свищом
- наличие геморроидальных узлов

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов проведенного обследования?

- спазм внутреннего сфинктера
- снижение произвольного сокращения анального сфинктера при профилометрии
- наличие трещины, осложненной свищом
- наличие геморроидальных узлов

В первую очередь необходимо исключить у пациентки

- гемобластоз
- синдром раздраженного кишечника
- травму прямой кишки
- злокачественную опухоль толстой кишки

К наиболее вероятным причинам развития анальной трещины у пациентки относят

- язвенный колит
- болезнь Крона

- дивертикулярную болезнь ободочной кишки
- запор, погрешность в диете

Наиболее вероятным методом лечения пациентки является

- хирургическое лечение
- консервативная терапия
- медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера
- комплекс лечебной физкультуры

Консервативное лечение пациентки предполагает соблюдение диеты

- с ограничением жидкости, соли, экстрактивных веществ (стол № 7)
- богатой клетчаткой, продукты, содержащие подорожник и пищевые волокна
- с ограничением рафинированных жиров и холестеринсодержащих продуктов
- с преобладанием белковой пищи

В случае выявления у пациентки спазма сфинктера по данным профилометрии, ей показана

- боковая подкожная сфинктеротомия
- теплые сидячие ванночки с марганцовкой
- пневмодивульсия с иссечением трещины
- консервативная терапия в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки

Для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера применяется в первую очередь

- крем Дилтиазем
- крем Нифедипин
- нитроглицериновая мазь 0,4%
- нитроглицериновая мазь 0,2%

Основным побочным эффектом нитроглицериновой мази является

- жжение
- головная боль
- зуд
- диарея

Показанием для хирургического лечения является

- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера
- неэффективность консервативной терапии
- выраженный болевой синдром

К противопоказаниям к иссечению трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера относят

- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера
- неэффективность консервативной терапии
- выраженный болевой синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет поступила в специализированное колопроктологическое отделение

Жалобы

На боль в области заднего прохода во время и после дефекации, периодическое выделение алой крови после дефекации

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 1 года. Обращалась к проктологу по месту жительства, применяла различные консервативные средства - без эффекта

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает. Операции: удаление кисты правого яичника в 2010г. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – менеджер. Сопутствующие заболевания: отрицает. Беременность - 1, роды -1, естественным путем.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 83 Рост 164 Температура тела 36,8° С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные сокращения ритмичные, тоны звучные. АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 68 уд, в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурии нет

К исследованиям первого выбора относят

- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера
- неэффективность консервативной терапии
- выраженный болевой синдром

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основными являются

- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера
- неэффективность консервативной терапии
- выраженный болевой синдром

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов проведенного обследования?

- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера
- неэффективность консервативной терапии
- выраженный болевой синдром

Элемент кожных высыпаний при хронической анальной трещине соответствует

- пустуле
- папуле
- узлу
- язве

Анальная трещина чаще локализуется

- на передней стенке анального канала
- одинаково часто на передней и задней стенках анального канала
- на боковой стенке анального канала
- на задней стенке анального канала

Наиболее вероятным методом лечения пациента является

- медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера
- консервативная терапия

- хирургическое лечение
- комплекс лечебной физкультуры

Основным этапом оперативного лечения анальной трещины является

- релаксация внутреннего сфинктера
- введение обогащенной тромбоцитами плазмы под основание анальной трещины
- иссечение рубцово-изменённых краев анальной трещины
- выведение раны на перианальную кожу

К противопоказаниям к пневмодивульсии анального сфинктера у больных анальной трещиной относят

- анамнез заболевания более 10 лет
- наличие фиброзного полипа анального канала
- наружный и внутренний геморрой 1 ст.
- выраженные рубцовые изменения в области анальной трещины

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- задней дозированной сфинктеротомии
- пальцевой дивульсии анального сфинктера, иссечении трещины
- боковой подкожной сфинктеротомии
- боковой подкожной сфинктеротомии, иссечении трещины

Абсолютным показанием к выполнению боковой подкожной сфинктеротомии является

- пектеноз
- наличие фиброзного полипа
- наличие спазма сфинктера
- наличие дефекта анодермы

Для анальной трещины характерны выделения крови

- перемешанной с кишечным содержимым
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- черного цвета (мелена)

К манометрическим признакам спазма внутреннего сфинктера прямой кишки относят

- перемешанной с кишечным содержимым

- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- черного цвета (мелена)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На запоры, выделение крови и слизи со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 4 месяцев.

Анамнез жизни

Пациент не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, геморроидэктомия в 23 года.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 84 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6°C.

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. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 73 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- перемешанной с кишечным содержимым
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- черного цвета (мелена)

Результаты обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- перемешанной с кишечным содержимым
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- черного цвета (мелена)

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больному необходимо дополнительно назначить

- перемешанной с кишечным содержимым
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- черного цвета (мелена)

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки на 7 см от края ануса с инвазией опухоли в клетчатку на глубину 1 мм, наличием 7-х пораженных лимфоузлов в мезоректальной клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Пациенту можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 7 см

- перемешанной с кишечным содержимым
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге
- черного цвета (мелена)

Диагноз

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данного пациента следует начинать с

- химиолучевой терапии
- химиотерапии
- симптоматической терапии
- хирургического вмешательства

После проведения химиолучевой терапии пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в сроки (в неделях)

- химиолучевой терапии
- химиотерапии
- симптоматической терапии
- хирургического вмешательства

Через 6 недель после окончания химиолучевой терапии

Через 6 недель после окончания химиолучевой терапии пациенту выполнена МРТ малого таза, при которой опухоль определяется на расстоянии 58 мм от анального края и на 35 мм выше верхнего края m.puborectalis. В краниокаудальном направлении опухоль имеет протяженность 55 мм. Опухоль инфильтрирует стенку кишки и распространяется в мезоректальную клетчатку до 5 мм. В мезоректальной клетчатке определяются лимфатические узлы (15) размерами 5 мм, без признаков метастатического поражения. При пальцевом исследовании – на 7 см от края ануса по задней полуокружности определяется нижний полюс остаточной опухоли, верхний полюс не достигается.

Пациенту показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- химиолучевой терапии
- химиотерапии
- симптоматической терапии
- хирургического вмешательства

Выполнена низкая передняя резекция прямой кишки

Учитывая распространенность остаточной опухоли, пациенту была выполнена низкая передняя резекция прямой кишки, формированием колоректального анастомоза, илеостомии по Торнболлу. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT3N0(0/26)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- адъювантной химиотерапии
- послеоперационной химиолучевой терапии
- динамического наблюдения

Учитывая стадию заболевания, пациенту рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- FOLFIRI
- De Gramont
- XELOX/FOLFOX
- капецитабин в монорежиме

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + месяца/месяцев

- 24
- 18
- 6
- 12

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз _____ год/а

- 3
- 4
- 1
- 2

Пациенту каждые три месяца в течение первых двух лет после операции необходимо рекомендовать

- 3
- 4
- 1
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На запоры выделение крови со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 7 месяцев.

Анамнез жизни

Пациент работает водителем, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 135 кг, рост 187 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 73 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- 3
- 4
- 1
- 2

Результаты обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- 3
- 4
- 1
- 2

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больному необходимо дополнительно назначить

- 3
- 4
- 1
- 2

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациента выявлена слизистая аденокарцинома прямой кишки на 6 см от края ануса, прорастает все слои кишечной стенки с распространением в мезоректальную клетчатку на 2мм, без признаков локорегионарного и отдаленного метастазирования.

Пациенту можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 6 см

- 3
- 4
- 1
- 2

Диагноз

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данного пациента следует начинать с

- 3
- 4
- 1
- 2

Выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки

Учитывая распространенность опухоли, пациенту была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колоанального анастомоза, илеостомии по Торнболлу. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT3N1b(3/24)cM0, R1 по циркулярному и дистальному краю резекции.

Учитывая стадию заболевания, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- 3
- 4
- 1
- 2

Дополнительные сведения

Пациент отказался от проведения послеоперационной химиолучевой терапии и не являлся в установленные сроки на динамическое наблюдение в течение полутора лет. При контрольном обследовании через 18 месяцев после операции у пациента выявлен рецидив рака прямой кишки в зоне колоанального анастомоза с прорастанием в мышцы заднего прохода, леватор, размерами до 5 см.

Пациенту необходимо рекомендовать проведение

- динамического наблюдения
- лучевой терапии
- оперативного вмешательства
- химиотерапии

При проведении послеоперационной лучевой терапии по поводу рецидива рака прямой кишки пациенту необходимо подвести суммарную очаговую дозу на зону рецидива в объеме (в Грехах)

- 64-68
- 44-48
- 54-58
- 34-38

После окончания химиолучевой терапии пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в сроки (в неделях)

- 64-68
- 44-48
- 54-58

- 34-38

Через 10 недель после окончания химиолучевой терапии

Через 10 недель после окончания химиолучевой терапии пациенту повторно выполнена МРТ малого таза, при которой остаточная опухоль определяется в зоне колоанального анастомоза с прорастанием в мышцы заднего прохода, леватор, размерами до 3 см.

Пациенту необходимо рекомендовать

- выполнение операции
- продолжение лучевой терапии
- динамическое наблюдение
- химиотерапию

Учитывая вовлечение в опухолевый процесс мышц тазового дна, пациенту необходимо рекомендовать проведение оперативного вмешательства в объеме

- экстралеваторной экстирпации
- местного иссечения опухоли
- брюшно-анальной резекции
- операции Гартмана

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога и обследование в первые 2 года после операции каждые +___+ месяца\цев

- экстралеваторной экстирпации
- местного иссечения опухоли
- брюшно-анальной резекции
- операции Гартмана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выраженные запоры – стул раз в 3 дня, выделение крови со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3-х месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 43 кг, рост 155 см. Температура тела 36,6°C. 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 – 20 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 20 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 90 уд в мин, АД 120/70 мм.рт.ст.

Живот резко вздут, напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, количество мочи небольшое, стула не было 3 суток.

В качестве основного метода физикального обследования у данной пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- экстралеваторной экстирпации
- местного иссечения опухоли
- брюшно-анальной резекции
- операции Гартмана

Результаты физикального обследования

У пациентки по данным осмотра проктолога острая толстокишечная непроходимость на фоне стенозирующего рака прямой кишки. Пациентке необходимо рекомендовать в срочном порядке проведение

- дообследования
- химиолучевой терапии

- формирования разгрузочной стомы
- операции по поводу удаления опухоли

Пациентке в срочном порядке выполнено оперативное вмешательство в объеме двустольной сигмостомии, при этом интраоперационно подтверждено наличие стенозирующего рака прямой кишки. С целью определения распространенности опухоли, пациентке в послеоперационном периоде необходимо рекомендовать проведение

- дообследования
- химиолучевой терапии
- формирования разгрузочной стомы
- операции по поводу удаления опухоли

Результаты обследования

Учитывая молодой возраст пациентки, наличие у нее рака прямой кишки, при разговоре с больной необходимо собрать

- дообследования
- химиолучевой терапии
- формирования разгрузочной стомы
- операции по поводу удаления опухоли

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена аденокарцинома прямой кишки на 6 см от края ануса с инвазией опухоли на всю толщину кишечной стенки, мезоректальную клетчатку с вовлечением мезоректальной фасции и тазовую брюшину, без признаков отдаленного метастазирования.

Пациентке можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 6 см

- дообследования
- химиолучевой терапии
- формирования разгрузочной стомы
- операции по поводу удаления опухоли

Диагноз

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данной пациентки следует начинать с

- химиолучевой терапии
- хирургического вмешательства
- химиотерапии
- симптоматической терапии

После проведения химиолучевой терапии пациентке необходимо проведение хирургического вмешательства в сроки (в неделях)

- химиолучевой терапии
- хирургического вмешательства
- химиотерапии
- симптоматической терапии

Через 8 недель после окончания химиолучевой терапии

Через 8 недель после окончания химиолучевой терапии у пациентки определяется остаточная опухоль прямой кишки на 6 см от края ануса с инвазией опухоли на всю толщу стенки кишки и в мезоректальную клетчатку на глубину 3 мм, без пораженных лимфоузлов в мезоректальной клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Пациентке показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- химиолучевой терапии
- хирургического вмешательства
- химиотерапии
- симптоматической терапии

Выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки

Учитывая распространенность опухоли, пациентке была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колоанального анастомоза, двуствольная илеостомия. При гистологическом исследовании удаленного препарата установлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT3N0(0/23)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- динамического наблюдения
- послеоперационной химиолучевой терапии
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- адъювантной химиотерапии

Наследственный анамнез пациентки не отягощен, однако, в соответствии с критериями Bethesda пациентке необходимо рекомендовать проведение в послеоперационном периоде консультацию

- гинеколога
- уролога
- терапевта
- генетика

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + месяца/ев

- 24
- 6
- 12
- 18

Через год после операции при выполнении контрольной колоноскопии у пациентки был выявлен полип слепой кишки до 1 см в Д, выполнена полипэктомия. Пациентке необходимо рекомендовать выполнение колоноскопии 1 раз в

- 24
- 6
- 12
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился в онкодиспансер к врачу-онкологу.

Жалобы

На примесь крови и слизи в стуле, чувство дискомфорта в области заднего прохода.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение последних двух месяцев, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;

- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор кожи сохранен. Периферические лимфатические узлы, в том числе паховые не увеличены. В легких дыхание везикулярное, побочных шумов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. Пульс 76 уд в мин. АД-120/80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Перистальтические шумы звучные. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Стул ежедневный. Дизурических явлений нет.

Местный статус: Анус сомкнут. Перианальная область и область промежности не изменены. При пальцевом исследовании тонус и волевые усилия анального сфинктера сохранены. Начиная от зубчатой линии по передней полуокружности определяется плотное, бугристое образование, протяженностью 3 см, фиксированное относительно кишечной стенки. Исследование болезненное. На перчатке следы крови.

Ректороманоскопия до 10 см: на высоте 5,5 см от края ануса по передней полуокружности определяется плотное, бугристое образование, протяженностью 3 см, контактно кровоточивое. Проксимальнее образования слизистая розовая, сосудистый рисунок сохранен, другие образования не визуализируются.

Наиболее информативным методом исследования, позволяющим оценить местную распространенность опухолевого процесса, является

- 24
- 6
- 12
- 18

Результаты обследования

Для диагностики отдаленных метастазов необходимо выполнить

- 24
- 6
- 12
- 18

Результаты обследования

Глубина инвазии опухоли в соответствии классификацией TNM (8-я редакция) соответствует

- T2
- T1
- T4a
- T3

Критерий N в соответствии классификацией TNM (8-я редакция) соответствует

- N1a
- N1c
- N0
- N1b

Критерий M в соответствии классификацией TNM (8-я редакция) соответствует

- M0
- M1a
- Mx
- M1b

Клиническая стадия заболевания соответствует + _____ + стадии

- IV
- I
- II
- III

Методом выбора в качестве неoadъювантной терапии в данном случае является

- лучевая терапия
- химиолучевая терапия
- химиотерапия
- криодеструкция

Проведение неoadъювантной химиолучевой терапии у данного пациента

- противопоказано
- обязательно
- возможно, но не обязательно
- не желательно

Суммарная очаговая доза при пролонгированном курсе химиолучевой терапии в данном случае должна составлять + _____ + Гр

- 30-38
- 60-68
- 20-28
- 50-58

Наиболее оптимальным сроком операции после окончания пролонгированного курса химиолучевой терапии является + _____ + недель/и

- 5-6
- 3-4
- 1-2
- 6-8

В случае отсутствия клинического ответа на проведенную химиолучевую терапию в полном объеме необходимо

- выполнение оперативного вмешательства
- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- проведение полихимиотерапии

В случае получения по результатам патоморфологического исследования опухоли стадии урТ2N0, пациенту необходимо назначить

- выполнение оперативного вмешательства
- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- проведение полихимиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет обратился в онкодиспансер к онкологу.

Жалобы

На примесь крови в стуле, жидкую консистенцию стула и его учащение до 4-5 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение последних трех месяцев, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор кожи сохранен. Периферические лимфатические узлы, в том числе паховые не увеличены. В легких дыхание везикулярное, побочных шумов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. Пульс 70 уд в мин. АД-130/80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Перистальтические шумы звучные. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Стул ежедневный. Дизурических явлений нет.

Местный статус: Анус сомкнут. Перианальная область и область промежности не изменены. При пальцевом исследовании тонус и волевые усилия анального сфинктера сохранены. На высоте 7 см от края ануса определяется плотное, бугристое, циркулярное образование, протяженностью 3 см, фиксированное относительно кишечной стенки. Исследование болезненное. На перчатке следы крови.

Ректороманоскопия до 7 см: на высоте 7 см от края ануса циркулярно определяется плотное, бугристое образование, контактно кровоточивое, суживающее просвет кишки до 1,2 см, с связи с чем проксимальнее осмотреть кишку не удалось.

Наиболее информативным методом исследования, позволяющим оценить местную распространенность опухолевого процесса, является

- выполнение оперативного вмешательства
- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- проведение полихимиотерапии

Результаты обследования

Для диагностики отдаленных метастазов необходимо выполнить

- выполнение оперативного вмешательства
- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- проведение полихимиотерапии

Результаты обследования

Глубина инвазии опухоли в по классификации TNM (8-я редакция) соответствует

- T4a
- T1
- T3
- T2

Критерий N по классификации TNM (8-я редакция) соответствует

- N1c
- N1b
- N2a
- N1a

Критерий M в по классификации TNM (8-я редакция) соответствует

- M0
- M1b
- M1a
- Mx

Клиническая стадия заболевания соответствует

- I
- IV
- III
- II

Потенциальная циркулярная граница резекции считается позитивной, если она равна + _____ + мм

- 1-2
- 1 и менее
- 2-3
- 3-4

Проведение неоадъювантной химиолучевой терапии у данного пациента

- противопоказано
- возможно, но требуется генетическое исследование
- обязательно
- не желательно

Наиболее негативным результатом в ответ на проведенное неоадъювантное химиолучевое лечение является + _____ + опухоли

- стабилизация
- полная регрессия
- прогрессирование
- частичная регрессия

Выполнение оперативного вмешательства у данного пациента невозможно осуществить посредством

- трансанальной тотальной мезоректумэктомии
- открытой тотальной мезоректумэктомии
- трансанальной эндомикрохирургии
- лапароскопической тотальной мезоректумэктомии

В случае отсутствия клинического ответа на проведенную химиолучевую терапию в полном объеме необходимо

- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- выполнение оперативного вмешательства
- проведение полихимиотерапии

Необходимым объемом оперативного вмешательства у данного пациента в случае отсутствия клинического ответа на проведенную химиолучевую терапию является + _____ + резекция прямой кишки

- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- выполнение оперативного вмешательства
- проведение полихимиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка О. 45 лет поступила в специализированное колопроктологическое отделение.

Жалобы

На недержание газов и жидкого кишечного содержимого.

Анамнез заболевания

Год назад в общехирургическом стационаре пациентке выполнено вскрытие и дренирование острого пельвиоректального парапроктита, а в дальнейшем произведено лечение заднего экстрасфинктерного свища 4 степени сложности лигатурным методом. Затягивание лигатуры происходило быстро, в течение 2-х недель. Раны заживали в течение 2-х месяцев. Жалобы на недержание газов и жидкого стула появились через неделю после операции ликвидации свища. С течением времени пациентка отметила усугубление жалоб, учащение эпизодов недержания, в связи с чем была вынуждена вновь обратиться к проктологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – педагог. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 125/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Исследованием первого выбора является

- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- выполнение оперативного вмешательства
- проведение полихимиотерапии

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- выполнение оперативного вмешательства
- проведение полихимиотерапии

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- продолжение химиолучевой терапии
- проведение химиотерапии в монорежиме
- выполнение оперативного вмешательства
- проведение полихимиотерапии

Диагноз

Тяжесть симптомов анальной инконтиненции определяется с помощью опросника

- Wexner
- Bristol stool scale
- визуально-аналоговой шкалы(VAS)
- SF- 36

Наиболее вероятной причиной развития недостаточности анального сфинктера после операции по поводу прямокишечного свища у данной пациентки является

- слишком быстрое прорезывание лигатуры
- длительное нахождение в ране лигатуры
- использование в качестве лигатуры латекса
- использование в качестве лигатуры шелка

Наиболее вероятным методом лечения данной пациентки является

- медикаментозное антидиарейными веществами
- бос - терапия
- хирургическое
- комплекс лечебной физкультуры

С целью прогнозирования эффективности хирургического лечения пациентке рекомендовано применить

- электромиографию
- общий анализ крови с определением уровня гемоглобина и лейкоцитов
- биохимический анализ крови с определением уровня С-реактивного белка и альбуминов крови
- дефекографию

В качестве предоперационной подготовки пациентке может выполняться

- электростимуляция анального сфинктера
- установка герметизирующего анального тампона
- сакральная стимуляция нервов
- инъекционный метод

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- грацилопластики
- сфинктероглютеопластики
- сфинктеролеваторопластики
- сфинктеропластики

Важной задачей при задней сфинктеролеваторопластике является

- ушивание раны в поперечном направлении
- уменьшение аноректального угла
- установка дренажа в область сшитых концов сфинктера
- прошивание сосудов вместо электрокоагуляции для гемостаза в ране

В послеоперационном периоде пациентке рекомендовано применение

- сакральной стимуляции нервов
- герметизирующего анального тампона до заживления ран
- терапии биологической обратной связи
- разжижающих стул препаратов

При нестабильном эффекте после операции по прошествии полугода пациентке стоит в первую очередь рекомендовать

- сакральной стимуляции нервов
- герметизирующего анального тампона до заживления ран
- терапии биологической обратной связи
- разжижающих стул препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 66 лет поступила в специализированное колопроктологическое отделение.

Жалобы

На недержание газов и периодически жидкого кишечного содержимого.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что впервые данные жалобы появились около 5 лет назад. Со слов пациентки изначально это были единичные эпизоды недержания газов при кашле или физическом напряжении, однако с течением времени эпизоды недержания газов участились. Около года назад пациентка стала отмечать периодические явления каломазания, а также невозможность длительного удерживания кишечного содержимого. Примерно месяц назад впервые отметила самопроизвольное отхождение жидкого кишечного содержимого. В анамнезе у пациентки 2е самостоятельных неосложненных родов в возрасте 20 и 23 лет. Хирургических вмешательств со стороны промежности и прямой кишки не производилось.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – инженер. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Для определения первичного диагноза и дальнейшей тактики лечения в первую очередь следует выполнить

- сакральной стимуляции нервов
- герметизирующего анального тампона до заживления ран
- терапии биологической обратной связи
- разжижающих стул препаратов

Результаты обследования

Для установки клинического диагноза требуется также проведение

- сакральной стимуляции нервов
- герметизирующего анального тампона до заживления ран
- терапии биологической обратной связи
- разжижающих стул препаратов

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- сакральной стимуляции нервов
- герметизирующего анального тампона до заживления ран
- терапии биологической обратной связи
- разжижающих стул препаратов

Диагноз

Исследованием, позволяющим исключить органический характер анальной инконтиненции, может являться

- сакральной стимуляции нервов
- герметизирующего анального тампона до заживления ран
- терапии биологической обратной связи
- разжижающих стул препаратов

Результаты обследования

Наиболее вероятным методом лечения данной пациентки является

- консервативная терапия
- глютеопластика
- грацилопластика
- сфинктеропластика

С целью повышения эффективности лечения пациентке следует назначить диету

- с ограничением жидкости, соли, экстрактивных веществ (стол №7)
- с ограничением рафинированных жиров и холестеринсодержащих продуктов
- богатую клетчаткой, продукты содержащие подорожник и пищевые волокна
- с преобладанием белковой пищи

При отсутствии эффекта от диеты и приема антидиарейных препаратов пациентке предпочтительно рекомендовать

- электростимуляцию анального сфинктера
- выведение стомы
- применение герметизирующего анального тампона
- выполнение сфинктеропластики

Сакральная стимуляция нервов у данной пациентки

- может быть применена как самостоятельный вид лечения

- может быть применена в качестве метода послеоперационной реабилитации после выполнения сфинктеропластики
- может быть применена в качестве предоперационной подготовки перед выполнением сфинктеропластики
- не может быть применена

При неэффективности консервативной терапии пациентке показано выполнение

- инъекционного метода
- операции по выведению постоянной стомы
- грацилопластики
- сфинктеропластики

Эффект терапии инъекционным методом обеспечивается за счет

- увеличения давления сокращения и улучшения функции активного держания
- стимуляции нервно-рефлекторной деятельности путем улучшения проводимости по половым нервам
- увеличения внутрианального давления в покое и улучшения функции пассивного держания
- стимуляции функциональной активности мышечной ткани в зоне инъекции

Показанием к применению герметизирующего анального тампона у данной пациентки является

- присоединение кишечной инфекции в процессе проведения консервативного лечения
- неэффективность консервативной терапии и инъекционного метода при прогрессировании симптомов анального недержания
- уменьшение тяжести симптомов недержания до 1 степени анальной инконтиненции
- развитие выраженной диареи

Улучшение функции держания после применения консервативной терапии у данной пациентки может быть достигнуто при условии

- присоединение кишечной инфекции в процессе проведения консервативного лечения
- неэффективность консервативной терапии и инъекционного метода при прогрессировании симптомов анального недержания

- уменьшение тяжести симптомов недержания до 1 степени анальной инконтиненции
- развитие выраженной диареи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На периодическое недержание газов.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что в течение последнего года стала отмечать периодическое недержание газов.

Анамнез жизни

- * 2 физиологических родов, без осложнений.
- * аппендэктомия в возрасте 14 лет по поводу острого флегмонозного аппендицита.
- * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C.
- * 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 – 16 в минуту.
- * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные 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 16 уд. в мин.
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 уд. в мин., АД 115/70 мм.рт.ст.
- * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- присоединение кишечной инфекции в процессе проведения консервативного лечения
- неэффективность консервативной терапии и инъекционного метода при прогрессировании симптомов анального недержания
- уменьшение тяжести симптомов недержания до 1 степени анальной инконтиненции
- развитие выраженной диареи

Результаты обследования

Наиболее объективным методом, характеризующим функцию держания кишечного содержимого, является

- присоединение кишечной инфекции в процессе проведения консервативного лечения
- неэффективность консервативной терапии и инъекционного метода при прогрессировании симптомов анального недержания
- уменьшение тяжести симптомов недержания до 1 степени анальной инконтиненции
- развитие выраженной диареи

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- присоединение кишечной инфекции в процессе проведения консервативного лечения
- неэффективность консервативной терапии и инъекционного метода при прогрессировании симптомов анального недержания
- уменьшение тяжести симптомов недержания до 1 степени анальной инконтиненции
- развитие выраженной диареи

Диагноз

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- присоединение кишечной инфекции в процессе проведения консервативного лечения

- неэффективность консервативной терапии и инъекционного метода при прогрессировании симптомов анального недержания
- уменьшение тяжести симптомов недержания до 1 степени анальной инконтиненции
- развитие выраженной диареи

Результаты обследования

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- амбулаторных (на дому)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- «дневного стационара»
- стационарных

Пациенту показано _____ лечение

- хирургическое (перемещение заднего прохода в нормальное анатомическое положение на промежность)
- физиотерапевтическое
- хирургическое (формирование отключающей колостомы)
- консервативное (с помощью препаратов, уменьшающих повышенное газообразование - сорбенты, симетекон).

У пациентки с влаглищной формой эктопии заднего прохода, при отсутствии каких-либо выраженных клинических проявлений, операция перенесения заднего прохода в нормальное положение

- улучшит качество жизни за счет того, что задний проход будет расположен в нормальном анатомическом местоположении
- не улучшит качество жизни
- улучшит качество жизни за счет устранения явлений анальной инконтиненции
- улучшит качество жизни за счет того, что каловые массы не будут инфицировать влаглище

При лечении функциональной недостаточности анального сфинктера на фоне эктопии заднепроходного отверстия во влаглище наиболее целесообразно использовать + _____ + электростимуляцию

- внутрианальную
- трансабдоминальную
- тиббиальную

- трансвагинальную

На основании сбора жалоб, данных клинического осмотра, показателей сфинктерометрии, свидетельствующих о незначительном снижении тонуса и силы волевых сокращений анального сфинктера, может быть диагностирована степень недостаточности анального сфинктера (НАС)

- 3-я степень
- 1-я степень
- 2-я степень
- доклиническая

При отсутствии прогрессирования анальной инконтиненции с течением времени, пациентке будет показано

- динамическое наблюдение с / без проведением периодических курсов электростимуляции анального сфинктера
- плановое хирургическое вмешательство, направленное на улучшение функции держания без транспозиции заднего прохода на новое место
- проведение сакральной стимуляции с имплантацией постоянного электростимулятора
- плановое хирургическое вмешательство с целью устранения эктопии

Влагалищная эктопия заднего прохода является

- последствием неправильно выполненной операции по поводу атрезии заднего прохода со свищем во влагалище
- последствием травмы аноректальной зоны и промежности ребенка во время его прохождения через родовые пути матери при тазовом предлежании
- последствием неправильного места формирования заднего прохода во время операции по поводу врожденной атрезии прямой кишки и заднего прохода
- врожденной аномалией развития

При отсутствии прогрессирования жалоб у пациентки с влагалищной эктопией заднего прохода наблюдение у колопроктолога

- последствием неправильно выполненной операции по поводу атрезии заднего прохода со свищем во влагалище
- последствием травмы аноректальной зоны и промежности ребенка во время его прохождения через родовые пути матери при тазовом предлежании

- последствием неправильного места формирования заднего прохода во время операции по поводу врожденной атрезии прямой кишки и заднего прохода
- врожденной аномалией развития

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился в онкодиспансер к онкологу.

Жалобы

На примесь крови в стуле.

Анамнез заболевания

Жалоба беспокоит в течение последних трех месяцев, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергических реакций не было;
- * наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор кожи сохранен. Периферические лимфатические узлы, в том числе паховые не увеличены. В легких дыхание везикулярное, побочных шумов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. Пульс 70 уд в мин. АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Перистальтические шумы звучные. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул ежедневный. Дизурических явлений нет. Местный статус: Анус сомкнут. Перианальная область и область промежности не изменены. При пальцевом исследовании тонус и волевые усилия анального сфинктера сохранены. На высоте 7 см от края ануса патологии не определяется. Ректоскопия до 10 см: на высоте 10 см от края ануса определяется циркулярное, плотное, бугристое образование, контактно кровоточивое, суживающее просвет кишки до 1,2 см, с связи с чем проксимальнее осмотреть кишку не удалось.

Наиболее информативным методом исследования, позволяющим оценить местную распространенность опухолевого процесса, является

- последствием неправильно выполненной операции по поводу атрезии заднего прохода со свищем во влагалище
- последствием травмы аноректальной зоны и промежности ребенка во время его прохождения через родовые пути матери при тазовом предлежании
- последствием неправильного места формирования заднего прохода во время операции по поводу врожденной атрезии прямой кишки и заднего прохода
- врожденной аномалией развития

Результаты обследования

Для диагностики отдаленных метастазов необходимо выполнить

- последствием неправильно выполненной операции по поводу атрезии заднего прохода со свищем во влагалище
- последствием травмы аноректальной зоны и промежности ребенка во время его прохождения через родовые пути матери при тазовом предлежании
- последствием неправильного места формирования заднего прохода во время операции по поводу врожденной атрезии прямой кишки и заднего прохода
- врожденной аномалией развития

Результаты обследования

Глубина инвазии опухоли по классификации TNM (8-я редакция) соответствует

- T1
- T4a
- T3
- T2

Критерий N по классификации TNM (8-я редакция) соответствует

- N0
- N1c
- N1a
- N2b

Критерий M по классификации TNM (8-я редакция) соответствует

- M0
- M1a
- M1b
- Mx

Клиническая стадия заболевания соответствует

- I
- IV
- II
- III

При патоморфологическом диагнозе pT2N1b cM0 пациенту показана

- программа динамического наблюдения
- адъюватная химиолучевая терапия
- адъювантная химиотерапия
- адъювантная лучевая терапия

Проведение неоадъювантной химиолучевой терапии у данного пациента

- не показано
- показано в виде короткого курса
- показано
- показано в виде пролонгированного курса

В качестве адъювантной химиотерапии пациенту показано использование схем на основе

- оксалиплатина и иринотекана
- 5-фторурацила и оксалиплатина
- 5-фторурацила и иринотекана
- 5-фторурацила и таргетных препаратов

Выполнение оперативного вмешательства у данного пациента невозможно осуществить посредством

- трансанальной тотальной мезоректумэктомии
- трансанальной эндомикрохирургии
- открытой тотальной мезоректумэктомии
- лапароскопической тотальной мезоректумэктомии

В качестве адъювантной химиотерапии пациенту показано использование схемы

- FOLFOXIRI
- XELOX
- FOLFOX
- FOLFIRI

Необходимым объемом оперативного вмешательства у данного пациента является

- FOLFOXIRI
- XELOX
- FOLFOX
- FOLFIRI

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет. Проходит лечение в специализированном хирургическом отделении по поводу рака прямой кишки на 8 см от края ануса cT3NxM0. У пациентки 4 сутки после хирургического вмешательства в объеме низкой передней резекции прямой кишки с формированием превентивной трансверзостомы.

Жалобы

На подъем температуры до 38°C.

Анамнез заболевания

Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. На 3 сутки пациентка отметила повышение температуры до 38°C.

Анамнез жизни

- * В анамнезе: ОРВИ, детские инфекции. Гипотиреоз. Ожирение.
- * Работает водителем трамвая
- * Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 162 см. Температура тела 38,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.
- * Дыхание ослаблено. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту.
- * При пальпации живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. Отмечается покраснение кожных покровов выходящих из под калоприемника. Per rectum: тонус сфинктера и волевые усилия снижены.

Анастомоз располагается на уровне 5 см, широкий, проходим, пальпаторно состоятелен, кишечное содержимое в просвете отсутствует.

* ЧСС 80 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Первым диагностическим звеном в верификации парастомальных осложнений является

- FOLFOXIRI
- XELOX
- FOLFOX
- FOLFIRI

Результаты обследования

К основным инструментальным методам диагностики парастомальных осложнений относят

- ирригоскопию
- колоноскопию
- фистулографию
- УЗИ

Наиболее вероятной причиной ретракции стомы является

- ирригоскопию
- колоноскопию
- фистулографию
- УЗИ

Диагноз

К факторам риска, предрасполагающим к ретракции стомы у данной больной, относится

- гипотиреоз
- трудовой анамнез
- ожирение
- злокачественное новообразование прямой кишки

Рекомендуемая высота формирования кишечного столбика для стомы составляет

- 2,5 см
- 0 см
- 5 мм

- 5 см

Пациенту показано + _____ + лечение

- консервативное
- хирургическое
- физиотерапевтическое
- химиолучевое

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- реконструктивно-восстановительная операция – внутрибрюшное закрытие трансверзостомы
- чрезкожное дренирование канала стомы
- реконструкция стомы в условиях перевязочного кабинета
- резекция кишки, несущей стому, и перенос стомы в другое место (транспозиция стомы)

В случае невозможности резекции кишки, несущей стомы, пациенту показано

- санация и дренирование брюшной полости
- разобщение колоректального анастомоза с формированием концевой колостомы
- тампонирование брюшной полости
- формирование проксимальной двуствольной стомы

Частота ретракции колостом составляет + _____ + %

- 31-50
- 15-30
- 3-14
- 51-70

К методам профилактики ретракции стомы относится

- фиксация выводимой кишки к апоневрозу
- формирование широкого канала под стому
- мобилизация выводимого сегмента кишки
- формирование забрюшинного туннеля

Минимальная достаточная длина кишечного столбика для стомы составляет + _____ + мм

- 10

- 1
- 30
- 5

К отдаленным осложнениям ретракции стомы относится

- 10
- 1
- 30
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 41 года, самостоятельно обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

На подъем температуры до 37,9°C. Пульсирующие напряженные боли в области заднего прохода.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы беспокоят пациентку в течение 3х дней, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты – без эффекта.

Анамнез жизни

- * В анамнезе: ОРВИ, детские инфекции.
- * Не работает
- * Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние пациентки удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 167 см. Температура тела 37,9°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.
- * Дыхание учащенное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 21 в минуту.
- * При пальпации живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. В области заднего прохода по левой полуокружности на 2 часах определяется инфильтрат до 4 см. Кожа над инфильтратом красного цвета, напряжена.
- * ЧСС 80 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Первым диагностическим звеном в верификации состояния пациентки является

- 10
- 1
- 30
- 5

Результаты обследования

К основным инструментальным методам диагностики относится

- УЗИ
- сфинктерометрия
- компьютерная томография
- манометрия высокого разрешения

Дифференциальный диагноз острого парапроктита проводится с

- геморроидальной болезнью IV стадии
- ректоцеле
- новообразованиями прямой кишки
- болезнью Гиршпрунга

Для уточнения диагноза в качестве лабораторных методов используется

- посев микрофлоры из гнойного очага
- анализ кала на скрытую кровь
- посев крови
- посев кала

Пациентке показано + _____ + лечение

- физиотерапевтическое
- консервативное
- химиолучевое
- хирургическое

Первостепенные хирургические действия заключаются в

- установки теплого компресса с димексидом
- трансанальном дренировании гнойной полости
- неотложном вскрытии гнойного очага
- орошении шприцом гнойной полости раствором антисептика

Относительным показанием к радикальному оперативному лечению пациентов с острым парапроктитом является

- подковообразный тип острого парапроктита
- локализация затека выше уровня мышц поднимателей заднего прохода
- возможность установления локализации гнойного хода и пораженной крипты
- сохранность тонуса и волевых усилий сфинктеров прямой кишки

Противопоказанием к проведению радикальных операций является

- локализация затека ниже мышц поднимателей заднего прохода
- невозможность определения пораженной крипты
- недостаточность анального сфинктера
- подслизистая локализация затека

В ближайшем послеоперационном периоде пациентке рекомендованы

- прогревания послеоперационной раны и солевые ванны
- ранняя активизация и интенсификация режима подвижности
- ограничения по диете, безшлаковое питание
- ежедневные перевязки с использованием антисептиков

При этапном хирургическом лечении острого парапроктита основной целью первого этапа является

- выполнение реконструктивной операции с ушиванием сфинктера
- проведение дренирующей латексной лигатуры
- вскрытие гнойника, ликвидация пораженной крипты и гнойного хода
- обязательное пересечение пуборектальной петли

Проведение дренирующей латексной лигатуры рекомендовано при

- транссфинктерном расположении гнойного хода
- локализации затека в ректовагинальной перегородке
- подслизистом расположении гнойного хода
- подкожном расположении затека

Повторная консультация врача колопроктолога с проведением пальцевого исследования и аноскопии пациенту рекомендована

- транссфинктерном расположении гнойного хода
- локализации затека в ректовагинальной перегородке
- подслизистом расположении гнойного хода
- подкожном расположении затека

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет обратился ко врачу колопроктологу.

Жалобы

На боли в области промежности, гнойные выделения в области копчика.

Анамнез заболевания

Три месяца назад пациент перенес операцию по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода. Настоящие жалобы в течение 1 недели.

Анамнез жизни

* Кавказец, работает водителем, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, в возрасте 14 лет – перелом лучезапястного сустава.

* Аллергоанамнез – пыльца растений.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 175 см. Температура тела 37,2°C.

* 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 – 16 в минуту.

* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная.

Молочные 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 16 уд в мин. PO_2 98%

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- трансфинктерном расположении гнойного хода
- локализации затека в ректовагинальной перегородке
- подслизистом расположении гнойного хода

- подкожном расположении затека

Результаты обследования

Дифференциальный диагноз рецидива эпителиального копчикового хода проводится с

- менингоцеле и параректальными свищами
- колоректальным раком и раком анального канала
- язвенным колитом и клостридиальной инфекцией
- геморроидальной болезнью и хронической анальной трещиной

Наиболее вероятным диагнозом является

- менингоцеле и параректальными свищами
- колоректальным раком и раком анального канала
- язвенным колитом и клостридиальной инфекцией
- геморроидальной болезнью и хронической анальной трещиной

Диагноз

Консервативное лечение рецидива эпителиального копчикового хода включает

- прогревание крестцово-копчиковой области
- теплые соляные ванны
- личную гигиену (частое бритье)
- вакуумную терапию раны

Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)

Пациенту показано + _____ + лечение

- физиотерапевтическое
- хирургическое
- химиолучевое
- консервативное

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- синусэктомии
- иссечения эпителиального копчикового хода с пластикой раны перемещенными лоскутами
- иссечения эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо
- подкожного иссечения эпителиального копчикового хода

Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является

- употребление острой пищи, солений, алкоголя
- глухой шов раны после первичного иссечения хода
- оставление первичного отверстия
- применения дренажа при первичной операции

В ближайшем послеоперационном периоде пациенту рекомендованы

- ранняя активизация с интенсификацией режима подвижности
- ограничения по диете, безшлаковое питание
- прогревания послеоперационной раны и солевые ванны
- ежедневные перевязки с использованием антисептиков

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать

- динамическое наблюдение до заживления раны
- повторное радикальное хирургическое вмешательство через 1 месяц
- дистанционную лучевую терапию на область послеоперационной раны
- профилактический прием антибактериальных препаратов

К профилактике послеоперационных рецидивов после удаления эпителиального копчикового хода относится

- антибактериальная терапия на протяжении 2 недель после операции
- отказ от жареной, соленой пищи, алкоголя
- полный отказ от физических нагрузок
- тщательное сбривание волос вокруг раны

Диспансерное ведение пациенту показано с периодичностью 1 раз каждый/каждые

- антибактериальная терапия на протяжении 2 недель после операции
- отказ от жареной, соленой пищи, алкоголя
- полный отказ от физических нагрузок
- тщательное сбривание волос вокруг раны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 81 года обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови и слизи со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3 месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка работает врачом, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 156 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 16 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные 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 16 уд в мин. Po2 98%

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 180/90 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, в левой мезогастральной области пальпируется плотное образование до 7 см в Д.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у данной пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- антибактериальная терапия на протяжении 2 недель после операции
- отказ от жареной, соленой пищи, алкоголя
- полный отказ от физических нагрузок

- тщательное сбривание волос вокруг раны

Результаты физикального обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- антибактериальная терапия на протяжении 2 недель после операции
- отказ от жареной, соленой пищи, алкоголя
- полный отказ от физических нагрузок
- тщательное сбривание волос вокруг раны

Результаты обследования

По результатам колоноскопии у пациентки выявлена аденокарцинома сигмовидной кишки. С целью уточнения основного диагноза, больной необходимо дополнительно назначить

- антибактериальная терапия на протяжении 2 недель после операции
- отказ от жареной, соленой пищи, алкоголя
- полный отказ от физических нагрузок
- тщательное сбривание волос вокруг раны

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена аденокарцинома сигмовидной кишки с инвазией опухоли в клетчатку на глубину 3 см с высоким риском вовлечения петли тонкой кишки, наличием 1 пораженного лимфоузла в параколической клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Пациентке можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак сигмовидной кишки

- антибактериальная терапия на протяжении 2 недель после операции
- отказ от жареной, соленой пищи, алкоголя
- полный отказ от физических нагрузок
- тщательное сбривание волос вокруг раны

Диагноз

В качестве основного метода радикального лечения данной пациентки рекомендуется рассматривать

- симптоматическую терапию
- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию

Учитывая локализацию и местное распространение опухоли, пациентке показано выполнение хирургического вмешательства в объеме

- симптоматическую терапию
- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию

Дополнительные сведения

При интраоперационной ревизии у пациентки была выявлена опухоль проксимальной трети сигмовидной кишки, прорастающая все слои кишечной стенки без вовлечения тонкой кишки, в связи с чем была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак сигмовидной кишки, pT4N1(1/23)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- химиолучевой терапии
- лучевой терапии
- адъювантной химиотерапии
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- De Gramont
- капецитабин в монорежиме
- XELOX/FOLFOX
- FOLFIRI

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме XELOX в течение + ____ + месяца/месяцев

- 6
- 12
- 3

- 9

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + месяца/месяцев

- 24
- 18
- 12
- 6

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз в

- 5 лет
- год
- 2 года
- 3 года

Пациентке каждые три месяца в течение первых двух лет после операции необходимо рекомендовать

- 5 лет
- год
- 2 года
- 3 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови со стулом, нарушение стула.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 6 месяцев.

Анамнез жизни

Пациент не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C. 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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 73 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- 5 лет
- год
- 2 года
- 3 года

Результаты основного метода физикального обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- 5 лет
- год
- 2 года
- 3 года

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больному необходимо дополнительно назначить

- 5 лет
- год
- 2 года
- 3 года

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки на 6 см от края ануса с инвазией опухоли в клетчатку на глубину 13 мм с высоким риском вовлечения мезоректальной фасции и капсулы предстательной железы, наличием 4-х пораженных лимфоузлов в мезоректальной клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Пациенту можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 6 см

- 5 лет
- год
- 2 года
- 3 года

Диагноз

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данного пациента следует начинать с

- химиотерапии
- хирургического вмешательства
- химиолучевой терапии
- симптоматической терапии

После проведения химиолучевой терапии пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в сроки + _____ + недели/недель

- химиотерапии
- хирургического вмешательства
- химиолучевой терапии
- симптоматической терапии

Через 6 недель после окончания химиолучевой терапии

Через 6 недель после окончания химиолучевой терапии пациенту выполнена МРТ малого таза, при которой опухоль определяется на расстоянии 81 мм от

анального края и на 43 мм выше верхнего края m.puborectalis. В краниокаудальном направлении опухоль имеет протяженность 32 мм. Опухоль инфильтрирует стенку кишки и распространяется в мезоректальную клетчатку до 2 мм (с 10 до 2 часов по условному циферблату) в пределах мезоректальной фасции. В мезоректальной клетчатке определяются лимфатические узлы (5) размерами 4 мм, без признаков метастатического поражения. При пальцевом исследовании – на 7 см от края ануса по передней полуокружности определяется остаточная опухоль до 3 см в Д.

Пациенту показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- химиотерапии
- хирургического вмешательства
- химиолучевой терапии
- симптоматической терапии

Дополнительная информация

Учитывая распространенность остаточной опухоли, пациенту была выполнена расширенная низкая передняя резекция прямой кишки с мобилизацией левого изгиба ободочной кишки, формированием колоректального анастомоза, илеостомии по Торнболлу. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT3N0(0/34)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- адъювантной химиотерапии
- динамического наблюдения
- послеоперационной химиолучевой терапии

Учитывая стадию заболевания, пациенту рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- De Gramont
- капецитабин в монорежиме
- XELOX/FOLFOX
- FOLFIRI

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + ____ + месяца/ев

- 18
- 6

- 24
- 12

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз в

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

Пациенту каждые три месяца в течение первых двух лет после операции необходимо рекомендовать

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3 недель.

Анамнез жизни

Пациент не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 179 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной

клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 60 уд в мин, АД 120/70 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

Результаты основного метода физикального обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациенту необходимо рекомендовать проведение

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больному необходимо дополнительно назначить

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

Результаты обследования

Учитывая молодой возраст пациента, при разговоре с больным необходимо собрать

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки на 13 см от края ануса с инвазией опухоли на всю толщу подслизистого слоя, без пораженных лимфоузлов в мезоректальной клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Таким образом, пациенту можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 13 см

- 3 года
- год
- 2 года
- 5 лет

Диагноз

В качестве основного метода радикального лечения данного пациента рекомендуется рассматривать

- химиотерапию
- симптоматическую терапию
- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство

Пациенту показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- химиотерапию
- симптоматическую терапию
- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство

Выполнена передняя резекция прямой кишки

Учитывая распространенность опухоли, пациенту была выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT1sm3N0(0/31)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- послеоперационной химиолучевой терапии
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- динамического наблюдения
- адъювантной химиотерапии

Наследственный анамнез пациента не отягощен, однако, в соответствии с критериями Bethesda пациенту необходимо рекомендовать проведение в послеоперационном периоде

- генетического тестирования на микросателлитную нестабильность (MSI)
- лучевой терапии
- иммунотерапии
- химиотерапии

Пациенту выполнено генетическое тестирование и выявлена микросателлитная нестабильность (MSI-H). Больному необходимо рекомендовать выполнение генетического тестирования на выявления мутации в генах

- K-Ras и N-ras
- Ras и BRAF
- MSH и MLH
- BRAF и p53

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + ____ + месяца(-цев)

- 12
- 24
- 6
- 18

Через год после операции при выполнении контрольной колоноскопии у пациента был выявлен полип слепой кишки до 1 см в Д, выполнена полипэктомия. Пациенту необходимо рекомендовать выполнение колоноскопии 1 раз в

- 12
- 24
- 6
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение слизи со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 1 месяца.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операции – холицистэктомия в 2010 году.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 79 уд в мин, АД 160/90 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- 12
- 24

- 6
- 18

Результаты основного метода физикального обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 12
- 24
- 6
- 18

Результаты обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 12
- 24
- 6
- 18

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена ворсинчатая опухоль прямой кишки на 4 см от края ануса протяженностью 7см, при этом по данным УЗИ ректальным датчиком имеются признаки инвазии опухоли до середины подслизистого слоя, без пораженных лимфоузлов в мезоректальной клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Таким образом, по данным УЗИ пациентке можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 4 см

- 12
- 24
- 6
- 18

Диагноз

В качестве основного метода радикального лечения пациентки, рекомендуется рассматривать

- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию
- симптоматическую терапию

Учитывая подозрение по данным УЗИ на наличие раннего рака прямой кишки uT1sm2N0M0, пациентке рекомендуется выполнение оперативного вмешательства в объеме

- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию
- симптоматическую терапию

Выполнено трансанальное эндоскопическое удаление опухоли

Пациентке было выполнено трансанальное эндоскопическое удаление опухоли. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлена ворсинчатая аденома с участками тяжелой дисплазии эпителия, в основании которой определяются участки высокодифференцированной аденокарциномы с инвазией до середины подслизистого слоя.

Таким образом, пациентке можно установить глубину прорастания опухоли по классификации TNM (7 издание)

- pT1sm2
- pT1sm3
- pTis
- pT2

Учитывая окончательный диагноз - рак прямой кишки, pT1sm2 cN0M0, R0, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- химиотерапии
- тотальной мезоректумэктомии
- динамического наблюдения
- химиолучевой терапии

Учитывая окончательный диагноз - рак прямой кишки, pT1sm2 cN0M0, R0, пациентке адъювантная химиотерапия

- показана только в монорежиме с капецитабином
- не показана

- строго рекомендована
- рекомендована вместе с лучевой терапией

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первый год после операции каждые + ____ + месяца/месяцев

- 3
- 10
- 2
- 8

Пациентке после выписки из стационара контрольный осмотр проктолога следует начать с

- УЗИ ректальным датчиком
- проктографии
- колоноскопии
- пальцевого исследования прямой кишки

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать выполнение следующей колоноскопии через

- УЗИ ректальным датчиком
- проктографии
- колоноскопии
- пальцевого исследования прямой кишки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 74 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выраженные запоры – стул раз в 3 дня, выделение крови со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3-х месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 155 см. Температура тела 36,6°C. 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 – 20 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 20 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 64 уд в мин, АД 120/80 мм рт.ст.

Живот не вздут, безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, моча обычного цвета. Стула не было 3 суток.

В качестве основного метода физикального обследования у данной пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- УЗИ ректальным датчиком
- проктографии
- колоноскопии
- пальцевого исследования прямой кишки

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- УЗИ ректальным датчиком
- проктографии
- колоноскопии
- пальцевого исследования прямой кишки

Результаты обследования

По результатам колоноскопии у пациентки выявлена аденокарцинома восходящей ободочной кишки. С целью уточнения основного диагноза, больной необходимо дополнительно назначить

- УЗИ ректальным датчиком
- проктографии
- колоноскопии
- пальцевого исследования прямой кишки

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена аденокарцинома восходящей кишки с инвазией опухоли в клетчатку на глубину 1 см, наличием 4 пораженных лимфоузлов в параколической клетчатке и множественных метастазов в печени.

Таким образом, пациентке можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак восходящей ободочной кишки

- УЗИ ректальным датчиком
- проктографии
- колоноскопии
- пальцевого исследования прямой кишки

Диагноз

Учитывая симптомный характер опухоли (анемия, нарушение кишечной проходимости), в качестве первого этапа лечения данной пациентки рекомендуется рассматривать

- поддерживающую симптоматическую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию
- химиолучевую терапию

Учитывая локализацию опухоли и наличие отдаленных метастазов, пациентке показано выполнение хирургического вмешательства в объеме

- паллиативной правосторонней гемиколэктомии
- двуствольной илеостомии
- формирования обходного илеотрасверзоанастомоза
- илеоцекальной резекции

Учитывая стадию заболевания, пациентке нужно рекомендовать проведение первой линии паллиативной химиотерапии по схеме

- капецитабин в монорежиме
- бевацизумаб в монорежиме
- XELOX/FOLFOX
- De Gramont

У данной пациентки первая линия химиотерапии после удаления первичной опухоли должна быть начата

- в течение 1 месяца
- сразу после операции
- через 3 месяца
- непосредственно перед выпиской

В качестве второй линии химиотерапии пациентке можно рекомендовать добавление

- моноклональных антител
- иринотекана
- препаратов платины
- фторпиримидинов

Для определения эффективности моноклональных антител перед их назначением необходимо рекомендовать пациентке генетическое исследование на мутацию в гене

- MLH1
- K-Ras
- MYN
- APC

Пациентке проведено генетическое исследование и выявлена мутация в гене K-Ras. К препаратам первой линии химиотерапии возможно добавление моноклонального антитела

- цетуксимаба
- панитумумаба
- бевацизумаба
- афлиберцепта

Для оценки эффективности химиотерапии и оценке резектабельности пациентке необходимо рекомендовать обследование каждые

- цетуксимаба
- панитумумаба
- бевацизумаба
- афлиберцепта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

Выделение крови и слизи со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 4 месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 158 см. Температура тела 36,6°C.

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. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 53 уд в мин, АД 120/80 мм рт.ст.

Живот не вздут, не напряжен, безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- цетуксимаба
- панитумумаба
- бевацизумаба
- афлиберцепта

Результаты обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- цетуксимаба
- панитумумаба
- бевацизумаба
- афлиберцепта

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациентки выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больному необходимо дополнительно назначить

- цетуксимаба
- панитумумаба
- бевацизумаба
- афлиберцепта

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациента выявлена аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки с переходом на анальный канал, вовлечением леватора, без признаков регионарного и отдаленного метастазирования.

Таким образом, пациентке можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки

- цетуксимаба
- панитумумаба
- бевацизумаба
- афлиберцепта

Диагноз

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данной пациентки следует начинать с

- симптоматической терапии
- хирургического вмешательства
- химиотерапии
- химиолучевой терапии

После проведения химиолучевой терапии пациентке необходимо проведение хирургического вмешательства в сроки (в неделях)

- симптоматической терапии
- хирургического вмешательства
- химиотерапии
- химиолучевой терапии

Через 6 недель

Через 6 недель после окончания химиолучевой терапии пациентке выполнена МРТ малого таза, при которой остаточная опухоль определяется в виде утолщения стенок нижеампулярного отдела прямой кишки. Дистальный край опухоли определяется на расстоянии 34 мм от анального края и на уровне верхнего края m.puborectalis. В краниокаудальном направлении опухоль имеет протяженность 24 мм. Опухоль инфильтрирует стенку кишки и распространяется в мезоректальную клетчатку с прилежанием к леватору по задней полуокружности. В мезоректальной клетчатке определяются множественные лимфатические узлы (4) размерами до 3 мм, без признаков метастатического поражения.

Таким образом, пациентке показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- симптоматической терапии
- хирургического вмешательства
- химиотерапии
- химиолучевой терапии

Дополнительная информация

Учитывая распространенность остаточной опухоли, пациентке была выполнена экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием одноствольной колостомы. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT3N0(0/25)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- послеоперационной химиолучевой терапии
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- адъювантной химиотерапии
- динамического наблюдения

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- XELOX/FOLFOX
- De Gramont
- FOLFIRI
- капецитабин в монорежиме

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + ___+ (мес)

- 6
- 18
- 24
- 12

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз в + ___+ (в годах)

- 5
- 2
- 1
- 3

Пациентке каждые три месяца в течение первых двух лет после операции необходимо рекомендовать

- 5
- 2
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На слабость, периодические боли в животе, гипертермию в вечернее время до 38°C.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение недели.

Анамнез жизни

Пациентка работает врачом, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 20 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 20 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 64 уд в мин, АД 120/80 мм рт.ст.

Живот несколько вздут, безболезненный, в нижних отделах живота пальпируется плотная опухоль до 7 см в Д. Перитонеальных симптомов нет.

Мочеиспускание самостоятельное, моча обычного цвета. Стул был.

В качестве основного метода физикального обследования у данной пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- 5
- 2
- 1
- 3

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 5
- 2
- 1
- 3

Результаты обследования

По результатам колоноскопии у пациентки выявлена аденокарцинома сигмовидной кишки. С целью уточнения основного диагноза, больной необходимо дополнительно назначить

- 5
- 2
- 1
- 3

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена аденокарцинома сигмовидной кишки с признаками абсцедирования и вовлечением мочевого пузыря, матки, без признаков регионарного и отдаленного метастазирования.

Таким образом, пациентке можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак сигмовидной кишки

- 5
- 2
- 1
- 3

Диагноз

В качестве первого этапа лечения данной пациентки рекомендуется рассматривать

- поддерживающую симптоматическую терапию
- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию

Учитывая локализацию опухоли, пациентке показано выполнение хирургического вмешательства в объеме

- поддерживающую симптоматическую терапию
- химиолучевую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиотерапию

Выполнена комбинированная резекция сигмовидной кишки с резекцией задней стенки мочевого пузыря

Пациентке выполнена комбинированная резекция сигмовидной кишки с резекцией задней стенки мочевого пузыря. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлена стадия pT4N0M0.

Пациентке нужно рекомендовать проведение

- химиолучевой терапии
- адъювантной химиотерапии
- динамического наблюдения
- повторного оперативного вмешательства

Учитывая стадию опухолевого процесса pT4N0M0, пациентке нужно рекомендовать проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- DeGramont
- XELOX/FOLFOX
- кселодой
- FOLFIRI

Пациентке нужно рекомендовать проведение адъювантной химиотерапии по схеме XELOX/FOLFOX в течение

- 6 месяцев
- 3 недель
- 1 года
- 3 месяцев

Наследственный анамнез пациентки не отягощен, однако, в соответствии с критериями Bethesda пациентке необходимо рекомендовать проведение в послеоперационном периоде консультацию

- уролога
- гинеколога
- генетика
- терапевта

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + мес

- 6
- 12
- 18
- 24

Через год после операции при выполнении контрольной колоноскопии у пациентки был выявлен полип слепой кишки до 1 см в Д, выполнена полипэктомия. Пациентке необходимо рекомендовать выполнение колоноскопии 1 раз в

- 6
- 12
- 18
- 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение слизи со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3 месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операции – не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое

дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 79 уд. в мин, АД 130/80 мм рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода физикального обследования у пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- 6
- 12
- 18
- 24

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 6
- 12
- 18
- 24

Результаты обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 6
- 12
- 18
- 24

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена ворсинчатая опухоль прямой кишки на 5 см от края ануса протяженностью 5 см, при этом по данным УЗИ ректальным датчиком имеются признаки инвазии опухоли до середины подслизистого слоя, без пораженных лимфоузлов в мезоректальной клетчатке, без признаков отдаленного метастазирования.

Таким образом, по данным УЗИ пациентке можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 4 см

- 6
- 12
- 18
- 24

Диагноз

В качестве основного метода радикального лечения пациентки рекомендуется рассматривать

- симптоматическую терапию
- химиотерапию
- хирургическое вмешательство
- химиолучевую терапию

Учитывая подозрение по данным УЗИ на наличие раннего рака прямой кишки $cT1sm2N0M0$, пациентке рекомендуется выполнение оперативного вмешательства в объеме

- симптоматическую терапию
- химиотерапию
- хирургическое вмешательство
- химиолучевую терапию

Выполнено трансанальное эндоскопическое удаление опухоли

Пациентке было выполнено трансанальное эндоскопическое удаление опухоли. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлена ворсинчатая аденома с участками тяжелой дисплазии эпителия, в основании которой определяются участки высокодифференцированной аденокарциномы с инвазией в верхнюю треть подслизистого слоя.

Таким образом, пациентке можно установить глубину прорастания опухоли по классификации TNM (7 издание)

- pT1sm1
- pT1sm3
- pTis
- pT2

Учитывая окончательный диагноз - рак прямой кишки, pT1sm1 cN0M0, R0, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- тотальной мезоректумэктомии
- химиолучевой терапии
- динамического наблюдения
- химиотерапии

Учитывая окончательный диагноз - рак прямой кишки, pT1sm1 cN0M0, R0, пациентке адъювантная химиотерапия

- показана только в монорежиме с капецитабином
- рекомендована вместе с лучевой терапией
- строго рекомендована
- не показана

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первый год после операции каждые + ____ + мес

- 10
- 2
- 8
- 3

Пациентке после выписки из стационара контрольный осмотр проктолога следует начать с

- пальцевого исследования прямой кишки
- проктографии
- колоноскопии
- УЗИ ректальным датчиком

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать выполнение следующей колоноскопии через

- пальцевого исследования прямой кишки
- проктографии
- колоноскопии
- УЗИ ректальным датчиком

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 80 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 2-х месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 22 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 22 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 64 уд в мин, АД 120/80 мм рт.ст.

Живот не вздут, безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, моча обычного цвета. Стула не было 3 суток.

В качестве основного метода физикального обследования у данной пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- пальцевого исследования прямой кишки
- проктографии
- колоноскопии

- УЗИ ректальным датчиком

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- пальцевого исследования прямой кишки
- проктографии
- колоноскопии
- УЗИ ректальным датчиком

Результаты обследования

По результатам колоноскопии у пациентки выявлена аденокарцинома слепой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больной необходимо дополнительно назначить

- пальцевого исследования прямой кишки
- проктографии
- колоноскопии
- УЗИ ректальным датчиком

Результаты обследования

Дополнительная информация

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлена аденокарцинома восходящей кишки, прорастающая все слои кишечной стенки с наличием 2 пораженных лимфоузлов в параколической клетчатке, отсутствием отдаленных метастазов.

Пациентке можно поставить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак слепой кишки

- пальцевого исследования прямой кишки
- проктографии
- колоноскопии
- УЗИ ректальным датчиком

Диагноз

Основным методом радикального лечения данной пациентки рекомендуется рассматривать

- поддерживающую симптоматическую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиолучевую терапию
- химиотерапию

Учитывая локализацию опухоли, пациентке показано выполнение хирургического вмешательства в объеме

- поддерживающую симптоматическую терапию
- хирургическое вмешательство
- химиолучевую терапию
- химиотерапию

Выполнена правосторонняя гемиколэктомия

Пациентке была выполнена правосторонняя гемиколэктомия. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак слепой кишки, pT3N1a(1/25)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- динамического наблюдения
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- адъювантной химиотерапии
- послеоперационной химиолучевой терапии

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- De Gramont
- XELOX
- капецитабин в монорежиме
- FOLFIRI

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме XELOX в течение + _____ + месяцев

- 3-6
- 1-3
- 6-9
- 9-12

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + мес

- 18
- 24
- 6
- 12

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз в

- 1 год
- 3 года
- 2 года
- 5 лет

Пациентке каждые три месяца в течение первых двух лет после операции необходимо рекомендовать

- 1 год
- 3 года
- 2 года
- 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 24 лет поступил в проктологическое отделение.

Жалобы

На упорные запоры, с трудом поддающиеся коррекции с помощью больших доз слабительных и многократных очистительных клизм, постоянное вздутие живота, тяжесть в животе.

Анамнез заболевания

Запорами пациент страдает с детства, к врачам ранее не обращался. В возрасте 15-20 лет состояние улучшилось и необходимости в слабительных почти не возникало. Однако, затем запоры вновь усилились, слабительные и клизмы мало эффективны, беспокоит постоянное вздутие живота.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции. Хронические заболевания отрицает. Ранее не оперирован. Образование среднее, работает озеленителем. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: родители живы, среди ближайших родственников онкологических заболеваний в возрасте до 50 лет не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 176 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 135/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, в мезогастрии и гипогастрии пальпируется расширенная кишка. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Стул 1 раз в неделю после использования больших доз слабительных и клизм.

При осмотре перианальная область не изменена, мацераций, расчёсов нет. При пальцевом исследовании тонус сфинктера и волевые усилия нормальные, в прямой кишке на высоте до 7 см внутрипросветные образования не определяются, ампула прямой кишки пуста.

При ригидной ректоскопии до 15 см ампула прямой пуста, спавшаяся, с трудом расправляется при инсуффляции воздуха; выше кишка резко расширяется, тонус ее снижен, в просвете значительное количество кишечного содержимого.

Исследованием первого выбора является

- 1 год
- 3 года
- 2 года
- 5 лет

Результаты обследования

Физиологическим исследованием, необходимым в данном случае, учитывая результаты ирригоскопии, является

- 1 год
- 3 года
- 2 года
- 5 лет

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- 1 год
- 3 года
- 2 года
- 5 лет

Диагноз

Биопсия слизистой прямой кишки при подозрении на болезнь Гиршпрунга выполняется с целью

- исключения малигнизации
- выявления саркоидных гранулем
- оценки выраженности воспаления в слизистой
- оценки активности ацетилхолинэстеразы

Основным методом лечения в данной ситуации является

- подбор режима приема пероральных ингибиторов холинэстеразы
- подбор режима слабительных и клизм для адекватного опорожнения кишки
- попытка подбора режима слабительных и клизм для адекватного опорожнения кишки, при безуспешности – хирургическое вмешательство
- хирургическое вмешательство

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме резекции

- расширенной сигмовидной кишки с формированием колоректального анастомоза конец в конец
- прямой кишки и расширенной сигмовидной кишок с формированием анастомоза по Дюамелю в модификации ГНЦК
- расширенной сигмовидной кишки с низкой передней резекцией прямой кишки и формированием наданального анастомоза конец в конец
- прямой кишки и расширенной сигмовидной кишок с формированием анастомоза по Ленушкину-Соаве

Операция Дюамеля предполагает формирование анастомоза

- конец в конец с культей прямой кишки на 7-8 см выше анального канала
- путем низведения ободочной кишки через демукозирванный цилиндр прямой кишки
- конец в бок по передней стенке прямой кишки сразу над анальным каналом
- конец в бок по задней стенке прямой кишки сразу над анальным каналом

Зона аганглиоза прямой кишки при операции Дюамеля

- полностью удаляется
- оставляется с целью улучшения функциональных результатов хирургического лечения

- частично резецируется, частично выключается из пассажа кишечного содержимого
- демукозируется для последующего низведения через нее функционально сохранной ободочной кишки

Использование операции Ленушкина-Соаве у взрослых пациентов затруднено вследствие

- высокого риска кровотечения из вен малого таза
- меньшей рыхлости подслизистого слоя прямой кишки
- значительной протяженности зоны аганглиоза
- большей длины анального канала

Показанием для выполнения биопсии по Свенсону при подозрении на болезнь Гиршпрунга является

- подозрение на малигнизацию в зоне аганглиоза
- выявление мегаректум
- выявление субтотального или тотального мегаколон
- противоречие в результатах неинвазивных методов диагностики

Морфологическим подтверждением болезни Гиршпрунга при биопсии по Свенсону является

- дистрофия нейронов в ганглиях межмышечного и подслизистого нервных сплетений
- отсутствие ганглиев межмышечного и подслизистого нервных сплетений
- отсутствие нервных волокон в мышечном и подслизистом слоях
- отсутствие клеток глии в ганглиях межмышечного и подслизистого нервных сплетений

Отсутствие ганглиев межмышечного сплетения сразу над внутренним сфинктером в биоптате прямой кишки, полученном при биопсии по Свенсону является

- дистрофия нейронов в ганглиях межмышечного и подслизистого нервных сплетений
- отсутствие ганглиев межмышечного и подслизистого нервных сплетений
- отсутствие нервных волокон в мышечном и подслизистом слоях
- отсутствие клеток глии в ганглиях межмышечного и подслизистого нервных сплетений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С., 19 лет поступила в региональный проктологический центр.

Жалобы

На наличие стомы на передней брюшной стенке.

Анамнез заболевания

Выраженные запоры беспокоят с раннего детства. До 8 лет самостоятельный стул практически отсутствовал, родители регулярно использовали очистительные клизмы для опорожнения кишечника. В этот период неоднократно госпитализировалась в больницу по месту жительства, проводилось консервативное лечение. С 8 до 14 лет имело место улучшение состояния – появился самостоятельный стул, клизмы использовали редко, периодически принимала слабительные (препараты сены). С 14 лет в связи с усилением запоров и вздутия живота вновь возникла необходимость в регулярном использовании клизм и приеме слабительных. С 16 лет очистительные клизмы выполняла 1 раз в неделю, между ними стула обычно не бывало или в небольшом количестве, газы отходили; на фоне такого режима чувствовала себя удовлетворительно. Около года назад состояние еще больше ухудшилось, появилось опухолевидное образование в брюшной полости. Была госпитализирована в районную больницу, где при обследовании (обзорная рентгенография брюшной полости, сигмоскопия) выявлена мегадолихосигма (ширина просвета сигмовидной кишки не менее 19 см), каловый камень сигмовидной кишки 15x10 см. Высказано предположение о наличии болезни Гиршпрунга. Консервативное лечение попытки трансанального удаления калового камня оказались неэффективны, на фоне нарастающего нарушения кишечной проходимости пациентка в срочном порядке была оперирована – выполнена резекция расширенной сигмовидной кишки с удалением калового камня и формированием одноствольной колостомы на уровне проксимальной трети сигмовидной кишки. В настоящее время обратилась для восстановительного хирургического лечения.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции. Хронические заболевания отрицает. Ранее не оперирована. Образование среднее, учится в колледже. Аллергоанамнез неотягощен. Наследственность: родители русские, живы, запорами не страдают, среди ближайших родственников онкологических заболеваний в возрасте до 50 лет не было. Эпидемиологический анамнез: за пределы РФ не выезжала, корью не болела.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. PS- 74уд/мин, ритмичный. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. По средней линии п/о рубец без признаков воспаления. В гипогастрии слева – одноствольная сигмостома без признаков парастомальных осложнений. Печень не увеличена. Селезенка и почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельно, дизурии нет. Паховые лимфоузлы не увеличены.

Per vaginam: своды свободны, тракции за шейку безболезненны, матки, придатки без особенностей; в полости таза патологические образования не определяются.

При осмотре перианальная область не изменена, мацераций, расчесов нет. Перианальный и кашлевой рефлекс сохранены. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера и волевые усилия удовлетворительные, кашлевой рефлекс сохранен. Культия прямой кишки до 9 см пуста, внутрипросветные образования не определяются.

РРС: культия прямой кишки 15 см, слизистая розовая, сосудистый рисунок сохранен, внутрипросветные образования не выявлены.

Физиологическим исследованием необходимым для подтверждения/исключения болезни Гиршпрунга в данном случае является

- дистрофия нейронов в ганглиях межмышечного и подслизистого нервных сплетений
- отсутствие ганглиев межмышечного и подслизистого нервных сплетений
- отсутствие нервных волокон в мышечном и подслизистом слоях
- отсутствие клеток глии в ганглиях межмышечного и подслизистого нервных сплетений

Результаты обследования

Анамнестическим признаком, делающим маловероятным диагноз болезни Чагаса, следует считать

- отсутствие заграничных поездок
- улучшение самочувствия в возрасте с 8 до 14 лет
- появление запоров в раннем детстве
- отсутствие запоров у родителей

Учитывая клиническую картину, а также результаты аноректальной манометрии, наиболее вероятный характер мегаколон у данной пациентки

- установить невозможно в силу неоднозначных результатов тестов, необходимо дообследование
- вторичный, обусловленный болезнью Гиршпрунга, так как при аноректальной манометрии на фоне спонтанной активности достоверно выявить релаксацию внутреннего сфинктера не удалось
- обструктивный, обусловленный наличием в дистальных отделах толстой кишки большого калового камня, обтурирующего просвет кишки
- идиопатический, так как возраст пациентки не характерен для болезни Гиршпрунга, и при аноректальной манометрии выявлена спонтанная активность внутреннего сфинктера

Для уточнения характера мегаколон и подтверждения/исключения болезни Гиршпрунга дополнительно необходимо выполнить

- установить невозможно в силу неоднозначных результатов тестов, необходимо дообследование
- вторичный, обусловленный болезнью Гиршпрунга, так как при аноректальной манометрии на фоне спонтанной активности достоверно выявить релаксацию внутреннего сфинктера не удалось
- обструктивный, обусловленный наличием в дистальных отделах толстой кишки большого калового камня, обтурирующего просвет кишки
- идиопатический, так как возраст пациентки не характерен для болезни Гиршпрунга, и при аноректальной манометрии выявлена спонтанная активность внутреннего сфинктера

Результаты обследования

Учитывая результаты морфологического исследования, наиболее вероятным диагнозом является

- установить невозможно в силу неоднозначных результатов тестов, необходимо дообследование
- вторичный, обусловленный болезнью Гиршпрунга, так как при аноректальной манометрии на фоне спонтанной активности достоверно выявить релаксацию внутреннего сфинктера не удалось
- обструктивный, обусловленный наличием в дистальных отделах толстой кишки большого калового камня, обтурирующего просвет кишки
- идиопатический, так как возраст пациентки не характерен для болезни Гиршпрунга, и при аноректальной манометрии выявлена спонтанная активность внутреннего сфинктера

Диагноз

Предпочтительным методом восстановительного хирургического лечения у данной пациентки является

- удаление оставшихся отделов ободочной кишки с формированием илеоректального анастомоза
- резекция ободочной кишки с формированием асцендоректального анастомоза «конец в конец»
- брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колоанального анастомоза, превентивная илеостомия
- резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза по Дюамелю в модификации ГНЦК

Культю прямой кишки при формировании анастомоза по Дюамелю следует

- полностью удалить для формирования эвагинационного колоанального анастомоза
- резецировать до уровня 7-8 см от наружного края анального канала
- резецировать до уровня 5-6 см от края анального канала для формирования аппаратного колоректального анастомоза «конец в конец»
- демукозировать для низведения через нее ободочной кишки в анальный канал с избытком

Ободочная кишка при формировании анастомоза по Дюамелю низводится через

- анальный канал после удаления культи прямой кишки
- тоннель впереди культи прямой кишки
- демукозированную культю прямой кишки
- тоннель позади культи прямой кишки

При формировании анастомоза по Дюамелю в модификации ГНЦК снижение риска несостоятельности анастомоза достигается путем

- формирования превентивной петлевой трансверзостомы
- формирования превентивной петлевой илеостомы
- низведения ободочной кишки через анальный канал с избытком
- трансанального шовного укрепления аппаратного шва

Выявление уменьшенного количества ганглиев с дистрофией нейронов в межмышечном сплетении сигмовидной кишки, удаленной во время первой операции

- подтверждает идиопатический характер мегаколон
- подтверждает обструктивный характер мегаколон
- не исключает диагноз болезни Гиршпрунга
- исключает диагноз болезни Гиршпрунга

Учитывая наличие мегасигмы с расширением всей сигмовидной кишки, наиболее вероятной формой болезни Гиршпрунга у данной пациентки является

- ректосигмоидная
- субтотальная
- ректальная
- тотальная

Самое радикальное удаление аганглионарной зоны достигается при операции

- ректосигмоидная
- субтотальная
- ректальная
- тотальная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 год. В экстренном порядке доставлен бригадой СМП в хирургический стационар.

Жалобы

На острые кинжальные боли в левой подвздошной области, подъем температуры тела до 38,6°C.

Анамнез заболевания

На протяжении 7 лет пациента мучают периодические спастические боли в левых отделах живота. Настоящее ухудшение в течение 4 часов. Приемом спазмолитических препаратов не купируется.

Анамнез жизни

Ожирение 2 ст. В анамнезе: ОРВИ, детские инфекции.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Вес 110 кг, рост 175 см. Температура тела 38,6°C.

* Кожные покровы и видимые слизистые бледные.

* Дыхание учащенное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в

акте дыхания. ЧД – 27 в минуту.

* При пальпации живот напряжен, резко болезненный в левой подвздошной области, перитонеальные симптомы положительные.

* ЧСС 110 уд в мин, АД 100/60 мм.рт.ст.

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- ректосигмоидная
- субтотальная
- ректальная
- тотальная

Результаты обследования

Дифференциальный диагноз острых осложнений дивертикулярной болезни проводится с

- болезнью Лайма
- геморроидальной болезнью, эпителиальным копчиковым ходом и хронической анальной трещиной
- калькулезным холециститом
- аппендицитом, опухолевыми, воспалительными заболеваниями кишечника

Наиболее информативные лабораторные анализы, для определения выраженности воспалительных реакций включают

- общий анализ крови
- посев кала
- коагулограмму
- анализ мочи по Нечипоренко
- биохимический анализ крови

Какой диагноз можно предположить у данного больного?

- общий анализ крови
- посев кала
- коагулограмму
- анализ мочи по Нечипоренко
- биохимический анализ крови

Диагноз

Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в условиях

- «дневного стационара»
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных

Пациенту показано + _____ + лечение

- химиолучевое
- консервативное
- физиотерапевтическое
- хирургическое

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- резекции толстой кишки с формированием колоректального анастомоза без отключающей стомы
- операции Гартмана или операция Микулича
- дренирования брюшной полости без резекции пораженного сегмента толстой кишки
- резекции толстой кишки с формированием колоректального анастомоза с отключающей стомой

При хирургическом лечении перфоративного дивертикулита следует

- ограничить резекцию участком с перфорацией
- обязательно удалить дистальную часть сигмовидной кишки даже если там нет участка перфорации
- обязательно мобилизовать левый изгиб и входить в пресакральное пространство
- попытаться иссечь и удалить все воспаленные участки

В ближайшем послеоперационном периоде пациенту рекомендована

- антибактериальная терапия пероральными препаратами с внутрипросветным действием
- установка кишечного зонда и ежедневные промывания его растворами антисептиков
- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия
- колоноскопия для установления дополнительных очагов воспаления

Наибольшей точностью в установлении границ воспалительных изменений в толстой кишке имеет

- флюоресцентная ангиография
- интраоперационное УЗИ

- ирригоскопия
- рентгенологическое исследование

Наиболее чувствительным лабораторным маркером воспаления при сепсисе является

- креатинин
- общий белок
- аланинаминотрансфераза
- с – реактивный белок

Больному показано хирургическое вмешательство в

- креатинин
- общий белок
- аланинаминотрансфераза
- с – реактивный белок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет. В экстренном порядке доставлен бригадой СМП в хирургический стационар.

Жалобы

На острые боли в левой подвздошной области, подъем температуры тела до 38,6°C.

Анамнез заболевания

В течение последнего года пациента беспокоят выделения алой крови с калом. Самостоятельно консервативно лечил геморрой, не обследовался. Настоящее ухудшение в течение 4 часов.

Анамнез жизни

- * В анамнезе: ОРВИ, детские инфекции.
- * Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние тяжелое. Вес 87 кг, рост 182 см. Температура тела 38,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.
- * Дыхание учащенное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 27 в минуту.
- * При пальпации живот напряжен, резко болезненный, перитонеальные

симптомы положительные.

* ЧСС 110 уд в мин, АД 100/60 мм.рт.ст.

Основным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- креатинин
- общий белок
- аланинаминотрансфераза
- с – реактивный белок

Результаты инструментального метода обследования

Дифференциальный диагноз перфорации опухолевого генеза должен проводится с

- калькулезным холециститом
- болезнью Лайма
- аппендицитом, опухолевыми, воспалительными заболеваниями кишечника
- геморроидальной болезнью, эпителиальным копчиковым ходом и хронической анальной трещиной

Наиболее вероятной причиной тяжести состояния данного больного является

- калькулезным холециститом
- болезнью Лайма
- аппендицитом, опухолевыми, воспалительными заболеваниями кишечника
- геморроидальной болезнью, эпителиальным копчиковым ходом и хронической анальной трещиной

Диагноз

В числе лабораторных тестов, рекомендованных к проведению при поступлении пациента с подозрением на перитонит, наиболее информативным является

- калькулезным холециститом
- болезнью Лайма
- аппендицитом, опухолевыми, воспалительными заболеваниями кишечника
- геморроидальной болезнью, эпителиальным копчиковым ходом и хронической анальной трещиной

Результаты обследования

Предельный срок пребывания пациента в приемном покое не должен превышать + _____ + час/часа

- 2
- 1
- 3
- 1,5

Пациенту показано + _____ + лечение

- химиолучевое
- хирургическое
- физиотерапевтическое
- консервативное

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- резекции толстой кишки с формированием колоректального анастомоза без отключающей стомы
- резекции толстой кишки с формированием колоректального анастомоза с отключающей стомой
- резекции толстой кишки с формированием концевой стомы
- дренирования брюшной полости без резекции пораженного сегмента толстой кишки и без формирования отключающей стомы

В случае невозможности удаления первичной опухоли пациенту показано

- выведение проксимальной стомы и дренирование брюшной полости
- ушивание перфоративного отверстия и дренирование брюшной полости
- циторедуктивное вмешательство
- ушивание перфоративного отверстия без дренирования брюшной полости

В ближайшем послеоперационном периоде пациенту рекомендована

- антибактериальная терапия пероральными препаратами с внутриспросветным действием
- колоноскопия для установления дополнительных очагов воспаления
- установка кишечного зонда и ежедневные промывания его растворами антисептиков
- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия

Инфекционно-воспалительные осложнения, как следствие перфорации (микروперфорации) опухоли или приводящих отделов толстой кишки, а также транслокации микроорганизмов в перитонеальный трансудат, приводят к формированию

- тонко-тонкокишечных свищей
- парезу желудочно-кишечного тракта
- толсто-тонкокишечных свищей
- местного или распространенного перитонита

Наиболее рациональным хирургическим доступом при перитоните является

- срединная лапаротомия
- лапароскопия
- параректальная лапаротомия
- по Волковичу-Дьяконову-Мак-Бурнею

Больному показано хирургическое вмешательство в

- срединная лапаротомия
- лапароскопия
- параректальная лапаротомия
- по Волковичу-Дьяконову-Мак-Бурнею

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 45 лет. Доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На рану живота.

Анамнез заболевания

Огнестрельное ранение живота. С момента травмы прошло около четырех часов.

Анамнез жизни

- * Неизвестно, больной без сознания
- * Аллергоанамнез: не известен, больной без сознания

Объективный статус

- * Состояние пациента тяжелое. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.

* Дыхание учащенное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 21 в минуту.

* При пальпации живот напряжен, болезненный, перитонеальные симптомы сомнительные. В правой мезогастральной области входное отверстие до 1,5 см в Д.

* ЧСС 110 уд в мин, АД 87/40 мм.рт.ст.

Наиболее информативным методом верификации повреждений брюшной полости и малого таза является

- ирригоскопия
- компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза
- колоноскопия
- гастроскопия

Характерным перкуторным признаком наличия воздуха в брюшной полости и перфорации полого органа является

- пропадание печеночной тупости
- увеличение размеров границ печеночной тупости
- притупление звука в нижних отделах живота
- тимпанит в мезогастральной области

При подозрении на перфорацию полого органа необходимо выполнить

- пропадание печеночной тупости
- увеличение размеров границ печеночной тупости
- притупление звука в нижних отделах живота
- тимпанит в мезогастральной области

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинично-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- пропадание печеночной тупости
- увеличение размеров границ печеночной тупости
- притупление звука в нижних отделах живота
- тимпанит в мезогастральной области

Диагноз

Пациенту показано + _____ + лечение

- физиотерапевтическое
- химиолучевое
- консервативное
- хирургическое

Больному показано хирургическое вмешательство в

- плановом порядке
- отсроченном порядке (48-72 часа от момента постановки диагноза)
- срочном порядке (24-48 часов от момента постановки диагноза)
- экстренном порядке (до 2 часов от момента постановки диагноза)

Наиболее рациональным хирургическим доступом в данном случае является

- плановом порядке
- отсроченном порядке (48-72 часа от момента постановки диагноза)
- срочном порядке (24-48 часов от момента постановки диагноза)
- экстренном порядке (до 2 часов от момента постановки диагноза)

В данном случае целесообразно

- ушить рану поврежденного участка толстой кишки однорядным швом
- рану не ушивать, вывести проксимальную стому
- ушить рану поврежденного участка толстой кишки двухрядным швом
- выполнить резекцию поврежденного участка толстой кишки

При планировании реконструктивного этапа в рамках экстренной операции целесообразно

- выполнить колэктомия с формированием илеостомы по Бруку
- вывести участки резецированной кишки в виде отдельной стомы на переднюю брюшную стенку
- сформировать анастомоз в рамках первичной операции без прикрытия илеостомы
- сформировать анастомоз в рамках первичной операции под прикрытием илеостомы

Наиболее частым и опасным осложнением при ранении толстой кишки является

- перитонит
- парапроктит
- недостаточность анального сфинктера
- стриктура прямой кишки

Наиболее частыми причинами сочетанных повреждений прямой кишки в мирное время являются

- ножевые ранения
- огнестрельные ранения живота и таза
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы

С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений целесообразно

- ножевые ранения
- огнестрельные ранения живота и таза
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 57 лет обратился к хирургу по месту жительства.

Жалобы

На рану промежности.

Анамнез заболевания

На даче упал на лежащие на земле грабли. Сразу обратился в поликлинику.

Анамнез жизни

- * В анамнезе: ОРВИ, детские инфекции.
- * Не работает
- * Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

- * Состояние пациента удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.
- * Дыхание учащенное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 21 в минуту.
- * При пальпации живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. В промежности в ягодичной области с обеих сторон - рана размерами 30 см, с неровными волнистыми краями, проникающая в подкожно-жировую клетчатку, с сукровичным отделяемым и загрязненная

землей.

* ЧСС 80 уд в мин, АД 130/90 мм.рт.ст.

Для уточнения локализации связи повреждений с прямой кишкой необходимо выполнить

- ножевые ранения
- огнестрельные ранения живота и таза
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы

Результаты обследования

Для установления отношения ранения к внутрибрюшным или внебрюшным – наиболее информативным методом является

- ножевые ранения
- огнестрельные ранения живота и таза
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы

Результаты обследования

Для уточнения функционального повреждения запирающего аппарата прямой кишки рекомендуется проведение

- ножевые ранения
- огнестрельные ранения живота и таза
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- ножевые ранения
- огнестрельные ранения живота и таза
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы

Диагноз

Тактика хирурга амбулаторного звена в данном случае предполагает

- выполнить операцию Гартмана
- выполнить лапаротомию, произвести ревизию органов брюшной полости
- выполнить лапароскопию, произвести санацию и дренирование брюшной полости
- рану отмыть, произвести первичную хирургическую обработку

Пациенту показано + _____ + лечение

- физиотерапевтическое
- хирургическое
- консервативное
- химиолучевое

В качестве профилактики столбняка в данном случае необходимо

- незамедлительно ввести противостолбнячную сыворотку до первичной хирургической обработки ран
- ввести сыворотку только в том случае, если пациент не прививался в детстве
- планомерно повторить вакцинацию пациента согласно календарю прививок
- произвести первичную хирургическую обработку раны, введение противостолбнячной сыворотки не требуется

Повторную хирургическую ревизию раны целесообразно предпринять через + _____ + дня/дней после операции

- 5-7
- 2-3
- 3-5
- 7-10

В ближайшем послеоперационном периоде пациенту рекомендована

- антибактериальная терапия пероральными препаратами с внутрисветным действием
- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия
- реконструктивная операция с ушиванием сфинктера
- установка кишечного зонда и ежедневные промывания его растворами антисептиков

Для ушивания раны прямой кишки целесообразно использовать

- линейный сшивающий аппарат
- вторичные швы после очищения раны
- двухрядный шов

- аппарат Лонго

Для ушивания кожи раны промежности целесообразно использовать

- V-Y пластику промежности в ходе первого этапа вмешательства
- двухрядный глухой шов
- вторичные швы после очищения раны
- грацилопластику промежности в ходе первого этапа вмешательства

При обширных повреждениях заднего прохода операцию целесообразно завершить

- V-Y пластику промежности в ходе первого этапа вмешательства
- двухрядный глухой шов
- вторичные швы после очищения раны
- грацилопластику промежности в ходе первого этапа вмешательства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 44 года. В бессознательном состоянии доставлен в стационар.

Жалобы

Пациент без сознания.

Анамнез заболевания

Перебегая дорогу, был сбит грузовым автомобилем. Имело место перекачивание задних колес грузового автотранспорта через тазовую область.

Анамнез жизни

- * Неизвестно, больной без сознания
- * Аллергоанамнез: не известен, больной без сознания

Объективный статус

- * Состояние пациента удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые бледные.
- * Дыхание учащенное. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 21 в минуту.
- * При пальпации живот напряжен, болезненный, перитонеальные симптомы положительные. Обширная рваная рана паховой области 16×4 см переходящая на мошонку, промежность и аногенитальную область, в рану выступает край поврежденной лонной кости. Разрыв промежности переходит на прямую

кишку.

* ЧСС 110 уд в мин, АД 87/40 мм.рт.ст.

Наиболее информативным методом верификации повреждений брюшной полости и малого таза является

- ирригоскопия
- гастроскопия
- компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза
- колоноскопия

Противопоказанием к выполнению компьютерной томографии органов брюшной полости у данного больного является

- наличие возможной аллергической реакции
- нестабильная гемодинамика с возможной кровопотерей
- возможное проявление лучевых осложнений
- неизвестный анамнез жизни пациента

При нестабильной гемодинамике или невозможности транспортировки больного методом выбора для установления объема и характера поражений является

- наличие возможной аллергической реакции
- нестабильная гемодинамика с возможной кровопотерей
- возможное проявление лучевых осложнений
- неизвестный анамнез жизни пациента

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- наличие возможной аллергической реакции
- нестабильная гемодинамика с возможной кровопотерей
- возможное проявление лучевых осложнений
- неизвестный анамнез жизни пациента

Диагноз

Пациенту показано + _____ + лечение

- консервативное
- хирургическое
- химиолучевое

- физиотерапевтическое

Больному показано хирургическое вмешательство в

- плановом порядке
- срочном порядке (24-48 часов от момента постановки диагноза)
- отсроченном порядке (48-72 часа от момента постановки диагноза)
- экстренном порядке (до 2 часов от момента постановки диагноза)

Наиболее рациональным хирургическим доступом в данном случае является

- плановом порядке
- срочном порядке (24-48 часов от момента постановки диагноза)
- отсроченном порядке (48-72 часа от момента постановки диагноза)
- экстренном порядке (до 2 часов от момента постановки диагноза)

Дополнительная информация

При интраоперационной ревизии у пациента полость малого таза заполнена кровью, источник кровотечения выявить не удастся, отмечается полный отрыв прямой кишки, разрыв сигмовидной кишки. Гемодинамика нестабильна, поддерживается вазопрессорами.

В данном случае в качестве первого этапа целесообразно

- выполнить тампонаду малого таза, дефекты кишки ушить без выведения проксимальной стомы
- остановить кровотечение при помощи коагуляции. Выполнить низкую переднюю резекцию прямой кишки с формированием колоректального анастомоза с выведением проксимальной стомы
- остановить кровотечение при помощи коагуляции. Выполнить низкую переднюю резекцию прямой кишки с формированием колоректального анастомоза без выведения проксимальной стомы
- выполнить тампонаду малого таза, вывести проксимальную стому

При выполнении второго этапа хирургического вмешательства после стабилизации гемодинамических показателей целесообразно

- выполнить внутрибрюшное закрытие проксимальной стомы, дефекты кишечной стенки ушить двурядными швами, дренировать брюшную полость не обязательно
- выполнить внутрибрюшное закрытие проксимальной стомы, выполнить резекцию поврежденных участков кишки по типу операции Гартмана или Микулича

- выполнить внутрибрюшное закрытие проксимальной стомы, дефекты кишечной стенки ушить однорядным швом, дренировать брюшную полость
- не закрывать проксимальную стому. Выполнить хирургическую обработку раны и реконструктивный этап на нижележащих отделах под прикрытием

Наиболее частым и опасным осложнением при ранении толстой кишки является

- парапроктит
- недостаточность анального сфинктера
- перитонит
- стриктура прямой кишки

Наиболее частыми причинами сочетанных повреждений прямой кишки в мирное время являются

- ножевые ранения
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы
- огнестрельные ранения живота и таза

С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений целесообразно

- ножевые ранения
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы
- огнестрельные ранения живота и таза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На затруднение при дефекации.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3 месяцев.

Анамнез жизни

Пациент не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C. 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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 53 уд в мин, АД 180/90 мм.рт.ст.

Живот не вздут, не напряжен, безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- ножевые ранения
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы
- огнестрельные ранения живота и таза

Результаты обследования

С целью определения распространенности опухоли, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- ножевые ранения
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы
- огнестрельные ранения живота и таза

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больному необходимо дополнительно назначить

- ножевые ранения
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы
- огнестрельные ранения живота и таза

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки с глубоким прорастанием в клетчатку, наличием одного пораженного лимфоузла в мезоректум, без признаков отдаленного метастазирования.

Пациенту можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки

- ножевые ранения
- падение на острые предметы
- дорожно-транспортные травмы
- огнестрельные ранения живота и таза

Диагноз

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данного пациента следует начинать с

- симптоматической терапии
- химиолучевой терапии
- химиотерапии
- хирургического вмешательства

После проведения химиолучевой терапии пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства в сроки + _____ + недель/недели

- симптоматической терапии
- химиолучевой терапии
- химиотерапии
- хирургического вмешательства

Через 8 недель

Через 8 недель после окончания химиолучевой терапии пациенту выполнена МРТ малого таза, при которой остаточная опухоль прямой кишки определяется на расстоянии 91 мм от анального края и на 45 мм выше верхнего края m.puborectalis. В краниокаудальном направлении опухоль имеет протяженность 25 мм. Опухоль врастает в мышечный слой без выхода в клетчатку. В мезоректальной клетчатке определяются множественные лимфатические узлы (10) размерами до 3 мм, 2 из них с признаками метастатического поражения. Также выявлен солитарный метастаз в печени до 3 см в Д.

Пациенту можно установить диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки

- T3N0M1b
- T4N0M0
- T2N1bM1a
- T4aN1aM0

Через 8 недель после окончания химиолучевой терапии пациенту по результатам повторных обследований выставлен диагноз – рак прямой кишки на 9 см, уT2N1bM1a, солитарный метастаз в S4 печени. Таким образом, пациенту показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- T3N0M1b
- T4N0M0
- T2N1bM1a
- T4aN1aM0

Дополнительная информация

Учитывая распространенность опухолевого процесса, пациенту была выполнена симультанная низкая передняя резекция прямой кишки, резекция 4 сегмента печени, двуствольная илеостомия. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT3N2a(4/22)M1, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациенту необходимо рекомендовать проведение

- динамического наблюдения
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- послеоперационной химиолучевой терапии
- адъювантной химиотерапии

Учитывая стадию заболевания, пациенту рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- FOLFIRI
- XELOX/FOLFOX
- капецитабин в монорежиме
- De Gramont

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + месяца/месяцев

- 24
- 6
- 12
- 18

Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз в

- 24
- 6
- 12
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение полугода.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 21 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 21 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 60 уд в мин, АД 140/90 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- 24
- 6
- 12
- 18

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 24
- 6
- 12
- 18

Результаты обследования

При колоноскопии у пациентки выявлена опухоль вехнеампулярного отдела прямой кишки. С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 24
- 6
- 12

- 18

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования

По результатам проведенного обследования у пациентки выявлена аденокарцинома прямой кишки на 10 см с инвазией до середины подслизистого слоя, отсутствием пораженных лимфоузлов и признаков отдаленного метастазирования.

Пациентке по TNM (8 редакция) можно выставить стадию заболевания

- 24
- 6
- 12
- 18

Диагноз

По данным обследований у пациентки ранний рак прямой кишки, Tsm2N0M0. Таким образом, пациентке показано выполнение

- 24
- 6
- 12
- 18

Выполнено трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли

Пациентке выполнено трансанальное полнослойное эндоскопическое удаление опухоли. При гистологическом исследовании выявлена аденокарцинома с инвазией на всю толщу подслизистого слоя с выраженной сосудистой инвазией.

У пациентки глубина прорастания опухоли соответствует T

- 1sm3
- 3
- 1sm2
- 2

По результатам гистологического исследования удаленного препарата у пациентки имеются негативные факторы прогноза: стадия \geq pT1sm3, сосудистая инвазия. Пациентке необходимо выполнить

- 1sm3
- 3

- 1см2
- 2

Выполнена низкая передняя резекция прямой кишки

Пациентке была выполнена низкая передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT1sm3N1b(2/21)cM0, R0.

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- адъювантной химиотерапии
- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- динамического наблюдения
- лучевой терапии

Учитывая III стадию опухолевого процесса, пациентке нужно рекомендовать проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- FOLFIRI
- XELOX/FOLFOX
- DeGramont
- кселодой

Пациентке нужно рекомендовать проведение адъювантной химиотерапии по схеме XELOX/FOLFOX в течение

- 3 недель
- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 1 года

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + месяца/месяцев

- 18
- 24
- 12
- 6

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога на сроке после 2-х лет после операции один раз в

- 18
- 24
- 12
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет обратился к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови и слизи со стулом.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 2 месяцев.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 18 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 60 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода обследования у данного пациента на первичном приеме проктолога показано проведение

- 18
- 24
- 12
- 6

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 18
- 24
- 12
- 6

Результаты обследования

При колоноскопии у пациентки выявлена опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки. С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 18
- 24
- 12
- 6

Результаты обследования

По результатам обследований у пациентки выявлена ворсинчатая опухоль прямой кишки на 15 см от края ануса с признаками малигнизации, без пораженных лимфоузлов. Таким образом, окончательно стадирование у пациентки можно провести по результатам

- биопсии
- колоноскопии
- МРТ малого таза
- гистологического исследования удаленной опухоли

По данным обследований у пациентки нельзя исключить малигнизацию опухоли и наличия раннего рака. Таким образом, пациентке показано выполнение

- биопсии
- колоноскопии
- МРТ малого таза
- гистологического исследования удаленной опухоли

Дополнительная информация

У пациентки предпринята попытка трансанального полнослойного эндоскопического удаления опухоли, однако, при введении раствора гелофузина в подслизистый слой выявлено полное отсутствие лифтинга, что может свидетельствовать о злокачественном характере опухоли с наличием глубокой инвазии.

Таким образом, у данной пациентки необходимо отказаться от местного иссечения в пользу

- биопсии
- колоноскопии
- МРТ малого таза
- гистологического исследования удаленной опухоли

Выполнена передняя резекция прямой кишки

Пациентке была выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлена аденокарцинома с глубиной инвазии до мышечного слоя и наличием метастазов в 1 из 14 лимфоузлах мезоректума.

Таким образом, пациентке можно выставить окончательный диагноз – рак прямой кишки

- биопсии
- колоноскопии
- МРТ малого таза
- гистологического исследования удаленной опухоли

Диагноз

Пациентке была выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза. При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз – рак прямой кишки, pT1sm3N1a(1/14)cM0, R0. Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
- лучевой терапии

- адъювантной химиотерапии
- динамического наблюдения

Учитывая III стадию опухолевого процесса, пациентке нужно рекомендовать проведение адъювантной химиотерапии по схеме

- FOLFIRI
- DeGramont
- кселодой
- XELOX/FOLFOX

Пациентке нужно рекомендовать проведение адъювантной химиотерапии по схеме XELOX/FOLFOX в течение

- 3 месяцев
- 1 года
- 6 месяцев
- 3 недель

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первые 2 года после операции каждые + _____ + месяца/месяцев

- 24
- 12
- 6
- 18

Через год после операции при выполнении контрольной колоноскопии у пациентки был выявлен полип нисходящей кишки до 1,5 см в Д, выполнена полипэктомия. Пациентке необходимо рекомендовать выполнение колоноскопии 1 раз в

- 24
- 12
- 6
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет обратилась к врачу колопроктологу.

Жалобы

На выделение крови и слизи со стулом, запоры, периодические боли в полости таза.

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 1 года.

Анамнез жизни

Пациентка не работает, в анамнезе: ОРВИ, детские инфекции, операций не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 77 кг, рост 163 см. Температура тела 36,6°C.

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 – 19 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: 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 19 уд в мин.

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 64 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст.

Живот несколько вздут, не напряжен, безболезненный, патологические образования через брюшную стенку не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В качестве основного метода обследования у пациентки на первичном приеме проктолога показано проведение

- 24
- 12
- 6
- 18

Результаты обследования

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 24
- 12
- 6
- 18

Результаты обследования

При колоноскопии у пациентки выявлена опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки. С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- 24
- 12
- 6
- 18

Результаты обследования

По результатам колоноскопии и МРТ малого таза у пациента выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза, больной необходимо дополнительно назначить

- 24
- 12
- 6
- 18

Результаты обследования

По результатам проведенных обследований

По результатам проведенных обследований у пациентки выявлен рак прямой кишки на 13 см от края ануса протяженностью 5 см, при этом по данным МРТ малого таза имеются признаки инвазии опухоли в мезоректальную клетчатку на глубину 24 мм и наличием 2 пораженных лимфоузлов в мезоректум. По данным КТ брюшной полости у пациентки также имеется солитарный метастаз в печени.

Пациентке можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (7 издание) – рак прямой кишки на 13 см

- 24

- 12
- 6
- 18

Диагноз

Учитывая симптомный характер опухоли (наличие признаков нарушения кишечной проходимости), а также наличие отдаленного метастаза, в качестве основного метода радикального лечения пациентки рекомендуется рассматривать

- симптоматическую терапию
- химиотерапию
- хирургическое вмешательство
- химиолучевую терапию

Учитывая локализацию первичной опухоли пациентке, рекомендуется выполнение оперативного вмешательства в объеме

- симптоматическую терапию
- химиотерапию
- хирургическое вмешательство
- химиолучевую терапию

Дополнительная информация

Пациентке была выполнена комбинированная передняя резекция прямой кишки, резекция 2 сегмента печени, двустольная илеостомия. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлена умеренно-дифференцированная аденокарцинома с инвазией в клетчатку и наличием 3 пораженных лимфоузлов в мезоректум. Также в удаленном очаге в печени выявлены метастаз аденокарциномы.

Пациентке можно установить стадию заболевания по классификации TNM (7 издание)

- pT4N1cM1
- pT3N1bM0
- pT3N1bM1
- pT3N2aM0

Учитывая окончательный диагноз - рак прямой кишки, pT3N1bM1, R0, метастаз в печень, пациентке необходимо рекомендовать проведение

- повторного оперативного вмешательства
- адъювантной химиотерапии

- химиолучевой терапии
- динамического наблюдения

Общая продолжительность проведения адъювантной химиотерапии у данной пациентки составит

- 1 год
- 3 месяца
- 28 дней
- 6 месяцев

Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать осмотр проктолога в первый год после операции каждые + ____ + месяца/месяцев

- 10
- 2
- 8
- 3

Пациентке после выписки из стационара контрольный осмотр проктолога следует начать с

- 10
- 2
- 8
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На выделение гноя из области заднего прохода.

Анамнез заболевания

Впервые 5 лет назад пациент стал жаловаться на боли в области заднего прохода. К врачу не обращался. Лечился самостоятельно со временным положительным эффектом. Однако, в последние несколько недель стал отмечать выделение гноя из области заднего прохода.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Из перенесённых заболеваний отмечает простудные заболевания, детские инфекции. Хронические заболевания:

отрицает. Операции: отрицает. Аллергический анамнез: не отягощен.
Онкологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые нормальной окраски, отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание, проводится с обеих сторон. Сердечные сокращения ритмичные, тоны приглушены, пульс 72 уд. в мин. ритмичный, АД-110/70мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, дизурии нет. Стул – оформленный, без патологических примесей.

Обследование пациента необходимо начать с

- 10
- 2
- 8
- 3

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- 10
- 2
- 8
- 3

Результаты обследования

Для исключения сопутствующих заболеваний толстой и дистальных отделов тонкой кишки необходимо выполнить

- 10
- 2
- 8
- 3

Результаты обследования

У пациента можно предположить диагноз

- 10

- 2
- 8
- 3

Диагноз

Свищевой ход у данного пациента по отношению к наружному сфинктеру проходит

- трансфинктерно через поверхностную порцию
- интрасфинктерно
- трансфинктерно через глубокую порцию
- экстрасфинктерно

По локализации внутреннего свищевого отверстия в анальном канале свищ считается

- задним
- передне-боковым
- передним
- боковым

Дальнейшая тактика лечения пациента включает

- хирургическое лечение
- консервативное лечение (местное)
- консервативное лечение (системное)
- динамическое наблюдение

Оптимальным методом хирургического лечения является

- сегментарная проктопластика
- иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- иссечение свища с проведением лигатуры
- иссечение свища в просвет кишки

При выполнении ранее описанного вмешательства подшивание раны ко дну после ликвидации свища в послеоперационном периоде снижает риск развития

- кровотечения
- рефлекторной задержки мочеиспускания
- анальной инконтиненции
- рецидива свища

Наиболее часто перианальными поражениями проявляет себя

- псевдомембранозный колит
- болезнь Крона
- пресакральная киста
- язвенный колит

К основным осложнениям после операции в отдаленные сроки относят

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

К малотравматичным методам лечения интрасфинктерных свищей относится применение

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет обратилась к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На чувство неполного опорожнения, многоэтапный акт дефекации, ручное вспоможение через влагалище.

Анамнез заболевания

Впервые жалобы возникли 20 лет назад. В анамнезе 3 неосложненных родов.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Из пренесённых заболеваний отмечает простудные заболевания, детские инфекции. Хронические заболевания: отрицает. Операции: отрицает. Аллергический анамнез: не отягощен. Онкологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые нормальной окраски, отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание, проводится с обеих сторон. Сердечные сокращения ритмичные, тоны приглушены, пульс 72 уд. в мин.

ритмичный, АД - 110/70 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, дизурии нет. Стул – со склонностью к запорам, оформленный.

В первую очередь необходимо провести

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

Результаты обследования

Помимо дефекографии пациентке необходимо выполнить

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

Результаты обследования

Для исключения сопутствующих заболеваний толстой и дистальных отделов тонкой кишки необходимо выполнить

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

Результаты обследования

У пациентки можно предположить диагноз

- рецидив свища прямой кишки
- тромбоз наружного геморроидального узла
- кровотечение
- выраженный болевой синдром

Диагноз

На основании комплексного обследования у данной пациентки можно выделить следующую степень ректоцеле

- 3
- 1
- 4
- 2

По уровню дефекта ректовагинальной перегородки ректоцеле различают

- верхнее, боковое, нижнее
- передне-боковое, задне-боковое
- правое, среднее, левое
- верхнее, среднее, нижнее

Терапию у данной пациентки следует начинать с

- динамического наблюдения
- малоинвазивного лечения
- хирургического лечения
- консервативной терапии

Консервативную терапию у данной пациентки следует начинать с

- биофидбек-терапии
- ежедневных очистительных клизм
- слабительных препаратов
- коррекции питания и водного баланса

Консервативное лечение не дало положительного результата, принято решение о проведении хирургического лечения, целью которого является

- удаление избытка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
- укрепление передней стенки прямой кишки
- укрепление передней стенки прямой кишки и ликвидация дивертикулородобного выпячивания
- пластика стенок влагалища

Хирургическое лечение было решено проводить путем пластики ректовагинальной перегородки сетчатым имплантом, данную операцию следует проводить из

- трансвагинального доступа
- трансабдоминального доступа
- трансанального доступа
- трансректального доступа

Профилактика ректоцеле должна проводиться у всех женщин

- трансвагинального доступа
- трансабдоминального доступа
- трансанального доступа
- трансректального доступа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

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

Жалобы

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

Анамнез заболевания

Настоящие жалобы в течение полугода.

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).

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 186 см. Температура тела 36,5°C.

* 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. Молочные 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. Po2 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.

Первоочередным физикальным методом обследования с вышеописанными жалобами является

- трансвагинального доступа
- трансабдоминального доступа
- трансанального доступа
- трансректального доступа

Результаты обследования

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

- трансвагинального доступа
- трансабдоминального доступа
- трансанального доступа
- трансректального доступа

Результаты обследования

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

- низкой передней резекции прямой кишки с формированием превентивной коло- или илеостомы

- трансанальной эндомикрохирургии с формированием превентивной коло- или илеостомы
- передней резекции прямой кишки без превентивной стомы
- брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием концевой колостомы

Основным правилом маркировки места предполагаемой кишечной стомы является учет

- низкой передней резекции прямой кишки с формированием превентивной коло- или илеостомы
- трансанальной эндомикрохирургии с формированием превентивной коло- или илеостомы
- передней резекции прямой кишки без превентивной стомы
- брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием концевой колостомы

Результаты обследования

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

- илеостомы
- асцендостомы
- трансверзостомы
- сигмостомы

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

- столбиком
- забрюшинно
- пристеночно
- трансректально

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

+ _____ + выводимой кишки

- в 2 раза больше диаметра
- в 2,5 раза больше диаметра
- в 1,5 раза больше диаметра
- равен диаметру

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

- 5-10
- 15-20
- 10-15
- 20-25

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

- 3-4
- 4-5
- 1-2
- 5-10

Для профилактики ретракции стомы используют

- послеоперационный бандаж
- конвексную пластину калоприемника
- магнитно-запирательное устройство
- поддерживающую палочку

Формирование проксимальной разгрузочной стомы показано при

- перфорации опухоли
- кровотечения из опухоли
- кишечной непроходимости опухолевого генеза
- диастатическом разрыве стенки ободочной кишки

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

- перфорации опухоли
- кровотечения из опухоли
- кишечной непроходимости опухолевого генеза
- диастатическом разрыве стенки ободочной кишки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился в поликлинику к колопроктологу.

Жалобы

На жжение и боль в области заднего прохода во время и после дефекации.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 3 дней после длительного натуживания в туалете.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает. Операции: пластика пупочной грыжи в детстве, холецистэктомия в 2009г. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – частный предприниматель. Сопутствующие заболевания отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 88 Рост 192 Температура тела 36,7 С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные сокращения ритмичные, тоны звучные. АД 115/70 мм рт. ст., ЧСС 72 уд, в мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул оформленный, регулярный. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурии нет.

Для постановки правильного диагноза в первую очередь необходимо выполнить

- перфорации опухоли
- кровотечения из опухоли
- кишечной непроходимости опухолевого генеза
- диастатическом разрыве стенки ободочной кишки

Результаты обследования

Необходимым дополнительным обследованием, рекомендованным данному пациенту, является

- перфорации опухоли
- кровотечения из опухоли
- кишечной непроходимости опухолевого генеза
- диастатическом разрыве стенки ободочной кишки

Результаты обследования

Основным диагнозом у данного пациента является

- перфорации опухоли
- кровотечениях из опухоли
- кишечной непроходимости опухолевого генеза
- диастатическом разрыве стенки ободочной кишки

Диагноз

В первую очередь необходимо исключить у пациента

- гемобластоз
- злокачественную опухоль толстой кишки
- воспалительные заболевания кишечника
- геморрой

К наиболее вероятным причинам развития анальной трещины у пациента относят

- выпавшие внутренние геморроидальные узлы
- запор, погрешность в диете
- тяжелую физическую нагрузку
- использование туалетной бумаги после дефекации

Наиболее вероятным методом лечения пациента является

- консервативная терапия
- хирургическое лечение
- медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера
- физиотерапия

Противопоказанием к использованию послабляющих средств, содержащих пищевые волокна является

- метеоризм
- нарушение проходимости кишечника
- операции в анамнезе
- ожирение

В случае выявления у пациента спазма сфинктера по данным профилометрии, ему показано

- применение консервативной терапии в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки
- выполнение боковой подкожной сфинктеротомии с иссечением трещины
- использование теплых сидячих ванночек с марганцовкой
- применение послабляющих препаратов

Для медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера в первую очередь применяется

- крем Нифедипин
- крем Дилтиазем
- нитроглицериновая мазь 0,1%
- нитроглицериновая мазь 0,4%

Основным побочным эффектом нитроглицериновой мази является

- запор
- аллергическая реакция
- диарея
- головная боль

Показанием для хирургического лечения является

- выраженный болевой синдром
- неэффективность консервативной терапии
- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера

Продолжительность проведения консервативной терапии составляет до

- выраженный болевой синдром
- неэффективность консервативной терапии
- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет поступил в специализированное колопроктологическое отделение.

Жалобы

На боль в области заднего прохода вовремя и после дефекации, периодическое выделение алой крови после дефекации.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 4 месяцев, связывает с длительными запорами до 5-6 дней. Обращался к проктологу по месту жительства, применял различные консервативные средства - без эффекта.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает. Операции: аппендэктомия в 2010 г. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – системный администратор. Сопутствующие заболевания: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг. Рост 196 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные сокращения ритмичные, тоны звучные. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 68 уд, в мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурии нет.

К исследованиям первого выбора относят

- выраженный болевой синдром
- неэффективность консервативной терапии
- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основными являются

- выраженный болевой синдром
- неэффективность консервативной терапии
- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера

Результаты обследования

Правильным диагнозом у данного пациента является

- выраженный болевой синдром
- неэффективность консервативной терапии
- дефект слизистой анального канала
- спазм внутреннего сфинктера

Диагноз

Элемент кожных высыпаний при хронической анальной трещине соответствует

- везикуле
- булле
- язве
- пустуле

Ведущим патогенетическим механизмом в развитии анальной трещины является

- спазм внутреннего сфинктера
- нарушение кровоснабжения слизистой
- спазм мышцы, поднимающей задний проход
- спазм наружного сфинктера

Наиболее вероятным методом лечения пациента является

- хирургическое лечение
- комплекс лечебной физкультуры
- медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера
- БОС - терапия

Основным этапом оперативного лечения анальной трещины является

- релаксация внутреннего сфинктера
- иссечение рубцово-изменённых краев анальной трещины
- пальцевая дивульсия сфинктера
- иссечение «сторожевого» бугорка

К противопоказаниям к пневмодивульсии анального сфинктера у больных анальной трещиной относят

- внутренний геморрой 1 ст.
- выраженные рубцовые изменения в области анальной трещины
- наличие «сторожевого» бугорка
- анамнез заболевания более 1 года

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- пальцевой дивульсии сфинктера, иссечения трещины
- иссечения трещины
- боковой подкожной сфинктеротомии, иссечении трещины

- боковой подкожной сфинктеротомии

Абсолютным показанием к выполнению боковой подкожной сфинктеротомии является

- пектеноз
- наличие рубцовых краев в области дефекта анодермы
- наличие спазма сфинктера
- наличие «сторожевого» бугорка

Для анальной трещины характерны выделения крови

- перемешанной с кишечным содержимым
- черного цвета (мелена)
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге

К манометрическим признакам спазма внутреннего сфинктера прямой кишки относят

- перемешанной с кишечным содержимым
- черного цвета (мелена)
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Р. 57 лет обратилась на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На трудности в уходе за стомой, повреждение кожи вокруг стомы, жжение и зуд под пластиной, частое отклеивание калоприемника.

Анамнез заболевания

2 недели назад перенесла колэктомию с формированием илеоректального резервуара, превентивной илеостомы по поводу язвенного колита. 1 компонентный дренируемый калоприемник меняет в положении стоя 1 раз в 3 дня. Последнее время стала отмечать уменьшение высоты стомы.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания отрицает.

Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 165 см. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованием первого выбора является

- перемешанной с кишечным содержимым
- черного цвета (мелена)
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- перемешанной с кишечным содержимым
- черного цвета (мелена)
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- перемешанной с кишечным содержимым
- черного цвета (мелена)
- в виде сгустков
- в виде помарок на кале и туалетной бумаге

Диагноз

Данное заболевание относят к

- проявлению основного заболевания
- сопутствующим заболеваниям
- осложнениям стомы
- перистомальным кожным осложнениям

Ретракцию стомы следует дифференцировать с

- эвентрацией
- стриктурой стомы
- парастомальной грыжей
- втянутостью стомы

Тактика лечения пациентки предусматривает

- обучение пациентки ирригации функционирующей кишки через стому
- применение гидроколлоидной пасты-герметик в тубе для выравнивания перистомальной области и дополнительной герметизации пластины калоприемника
- хирургическую обработку под местной анестезией
- замену калоприемника на дренируемый двухкомпонентный калоприемник с конвексной пластиной с дополнительной фиксацией эластичным ремнем

Хирургическое лечение пациенту

- показано в плановом порядке
- показано в экстренном порядке
- показано, при неэффективности консервативной терапии
- не показано

Использование однокомпонентного калоприемника у данной пациентки

- не показано
- возможно, при выравнивании углубления в области несостоятельности кожно-кишечного соединения
- возможно, после резекции кишки, несущей стому, и переноса стомы в другое место
- обязательно

Дополнительно пациентке рекомендовано

- применение гормональных препаратов
- применение антибактериальных препаратов
- назначение диеты с увеличенным количеством клетчатки
- снижение массы тела

Фактором риска развития ретракции стомы является

- использование удерживающего стержня для стомы
- ожирение
- расположение стомы в подреберье
- редкая смена калоприемника

Причиной развившегося осложнения у данной пациентки является

- недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- мобилизация левого или правого изгиба ободочной кишки
- излишняя мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- длина «кишечного столбика» более 10 мм

Частота встречаемости ретракции стомы составляет +___+ % для колостом, +_____+ %, для илеостом

- недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- мобилизация левого или правого изгиба ободочной кишки
- излишняя мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- длина «кишечного столбика» более 10 мм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 32 лет обратился на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На трудности в уходе за стомой, повреждение кожи вокруг стомы, жжение и зуд под пластиной.

Анамнез заболевания

2 месяца назад перенес колэктомию с формированием концевой илеостомы по Бруку по поводу язвенного колита. 1-компонентный дренируемый калоприемник меняет в положении стоя 1 раз в 3 дня, в пластине калоприемника вырезает отверстие Д 4 см.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Других операций, кроме колэктомии не было. Аллергоанамнез – не отягощен. Семейный анамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 182 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в

мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованием первого выбора является

- недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- мобилизация левого или правого изгиба ободочной кишки
- излишняя мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- длина «кишечного столбика» более 10 мм

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- мобилизация левого или правого изгиба ободочной кишки
- излишняя мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- длина «кишечного столбика» более 10 мм

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является

- недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- мобилизация левого или правого изгиба ободочной кишки
- излишняя мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку
- длина «кишечного столбика» более 10 мм

Диагноз

Данное заболевание относят к

- сопутствующим заболеваниям
- перистомальным кожным осложнениям
- осложнениям стомы
- проявлению основного заболевания

Контактный перистомальный дерматит следует дифференцировать с

- парастомальной грыжей
- стриктурой стомы
- абсцессом парастомальным
- аллергическим перистомальным дерматитом

Тактика лечения пациента включает

- применение спиртосодержащих антисептиков
- замену калоприемника на 2 компонентный дренируемый калоприемник
- хирургическую обработку под местной анестезией
- замену калоприемника на дренируемый калоприемник с конвексной пластиной и дополнительной фиксацией эластичным ремнем

Хирургическое лечение пациента

- не показано
- показано в плановом порядке
- показано при неэффективности консервативной терапии
- показано в экстренном порядке

Для лечения эрозии применяется

- ранозаживляющий абсорбирующий порошок
- мазевая повязка
- обработка ляписным карандашом
- спиртовой компресс

Основным принципом в лечении кожных осложнений является

- срочное хирургическое лечение всех осложнений
- применение антибиотиков
- использование современных адгезивных калоприемников
- частая смена калоприемника

Преимуществом современных адгезивных пластин калоприемников является

- пенная полиуретановая пена
- продолжительный срок ношения
- гипоаллергенная гидроколлоидная основа
- прочный адгезив

Причиной развившегося осложнения у данного больного является

- неверное местоположение стомы
- неверный диаметр вырезаемого отверстия в пластине калоприемника

- неправильно сформированная стома
- неверное положение тела во время замены калоприемника

Для профилактики контактного дерматита показано применение

- неверное местоположение стомы
- неверный диаметр вырезаемого отверстия в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное положение тела во время замены калоприемника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 47 лет обратилась на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На трудности в уходе за стомой, полиповидные разрастания в области кожно-кишечного соединения стомы.

Анамнез заболевания

6 месяцев назад перенес брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием концевой сигмостомы по поводу нижеампулярного рака прямой кишки. 1 компонентный дренируемый калоприемник меняет в положении сидя 1 раз в 3 суток. Вырезает отверстие в калоприемнике диаметром 27 мм.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Других операций, кроме брюшно-промежностной экстирпации не было. Аллергоанамнез – не отягощен. Семейный анамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 182 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 15 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд в мин., АД 115/70 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованием первого выбора является

- неверное местоположение стомы
- неверный диаметр вырезаемого отверстия в пластине калоприемника

- неправильно сформированная стома
- неверное положение тела во время замены калоприемника

Результаты обследования

Дополнительным методом исследования является

- неверное местоположение стомы
- неверный диаметр вырезаемого отверстия в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное положение тела во время замены калоприемника

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является

- неверное местоположение стомы
- неверный диаметр вырезаемого отверстия в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное положение тела во время замены калоприемника

Диагноз

Данное заболевание относят к

- осложнениям стомы
- сопутствующим заболеваниям
- проявлению основного заболевания
- перистомальным кожным осложнениям

Данное заболевание следует дифференцировать с

- парастомальной грыжей
- развитием опухоли в стоме
- стриктурой стомы
- эвентрацией

Консервативное лечение пациента включает

- обработку спиртсодержащими антисептиками
- замену калоприемника на 1компонентный недренируемый калоприемник
- аккуратное вырезание отверстия в пластине калоприемника
- абсорбирующий порошок

Хирургическое лечение пациенту

- показано, во всех случаях в плановом порядке
- показано при выраженных симптомах
- показано, во всех случаях в экстренном порядке
- не показано

Дополнительно тактика консервативного лечения включает

- применение дополнительной адгезивной пластины
- калоприемник с конвексной пластиной и эластичным ремнем для дополнительной фиксации пластины
- назначение защитного крема
- замену калоприемника на 2 компонентный дренируемый калоприемник

Основным принципом в лечении кожных осложнений является

- срочное хирургическое лечение всех осложнений
- применение антибиотиков
- использование современных адгезивных калоприемников
- частую смену калоприемника

Преимущество современных адгезивных пластин калоприемников заключается в

- прочном адгезиве
- продолжительном сроке ношения
- ценовой политике
- гипоаллергенной гидроколлоидной основе

Причиной развившегося осложнения у данного пациента является

- неправильно вырезаемое отверстие в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное местоположение стомы
- приклеивание калоприемника в положении сидя

Для профилактики кожных гипергрануляций следует

- неправильно вырезаемое отверстие в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное местоположение стомы
- приклеивание калоприемника в положении сидя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р. 50 лет обратился на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На трудности в уходе за стомой, зуд под пластиной калоприемника, повреждение кожи вокруг стомы.

Анамнез заболевания

1 год назад перенес брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака анального канала. 1 компонентный недренируемый калоприемник меняет в положении «сидя» 1 раз в 3 дня.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Операций не было. Аллергоанамнез – крапивница на антибиотики пенициллинового ряда. Семейный анамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 172 см. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 60 уд в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Основным исследованием является

- неправильно вырезаемое отверстие в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное местоположение стомы
- приклеивание калоприемника в положении сидя

Результаты обследования

Из дополнительных исследований первоочередным является

- неправильно вырезаемое отверстие в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное местоположение стомы
- приклеивание калоприемника в положении сидя

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является

- неправильно вырезаемое отверстие в пластине калоприемника
- неправильно сформированная стома
- неверное местоположение стомы
- приклеивание калоприемника в положении сидя

Диагноз

Фолликулит относят к

- осложнениям стомы
- проявлению основного заболевания
- перистомальным кожным осложнениям
- сопутствующим заболеваниям

Данное заболевание следует дифференцировать с

- парастомальной грыжей
- гангренозной пиодермией
- пролапсом стомы
- стриктурой стомы

Лечение пациента включает

- замену калоприемника на дренируемый калоприемник с конвексной пластиной и дополнительной фиксацией эластичным ремнем
- применение абсорбирующего порошка
- срезание волос на коже вокруг стомы
- хирургическую обработку под местной анестезией

Хирургическое лечение пациенту

- не показано
- показано в экстренном порядке
- показано, при неэффективности консервативной терапии
- показано в плановом порядке

Дополнительно, для лечения фолликулита применяется

- мазевая повязка
- использование местных антисептиков
- спиртовой компресс

- защитный крем

Основным принципом в лечении кожных осложнений является

- применение антибиотиков
- частая смена калоприемника
- использование современных адгезивных калоприемников
- срочное хирургическое лечение осложнения

Преимущество современных адгезивных пластин калоприемников заключается в

- продолжительном сроке ношения
- гипоаллергенной гидроколлоидной основе
- прочном адгезиве
- простоте использования

Причиной развившегося осложнения у данного пациента является

- неправильно сформированная стома
- наличие неудаленных волос кожи в перистомальной области
- приклеивание калоприемника в положении сидя
- неверное местоположение стомы

Прием антибактериальных средств при фолликулите

- неправильно сформированная стома
- наличие неудаленных волос кожи в перистомальной области
- приклеивание калоприемника в положении сидя
- неверное местоположение стомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 45 лет обратился на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На боли и наличие раны в области стомы, частое отклеивание калоприемника.

Анамнез заболевания

10 дней назад перенес обструктивную левостороннюю гемиколэктомию с формированием трансверзостомы по поводу дивертикулярной болезни кишечника, осложненной перфорацией и абсцессом. Изменения в области

стомы появились в течение последних 2х дней. Повышения температуры тела не отмечает. Использует 1 компонентный дренируемый калоприемник.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания - сахарный диабет 2 типа, инсулинзависимый. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Операций не было.

Аллергоанамнез – не отягощен. Семейный анамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 165 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованием первого выбора является

- неправильно сформированная стома
- наличие неудаленных волос кожи в перистомальной области
- приклеивание калоприемника в положении сидя
- неверное местоположение стомы

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- неправильно сформированная стома
- наличие неудаленных волос кожи в перистомальной области
- приклеивание калоприемника в положении сидя
- неверное местоположение стомы

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- неправильно сформированная стома
- наличие неудаленных волос кожи в перистомальной области
- приклеивание калоприемника в положении сидя
- неверное местоположение стомы

Диагноз

Данное заболевание относят к

- сопутствующим заболеваниям
- проявлению основного заболевания
- перистомальным кожным осложнениям
- осложнениям стомы

Вариантом гнойно-воспалительных осложнений является

- фолликулит
- стриктура стомы
- ретракция
- парастомальная флегмона передней брюшной стенки

Тактика лечения пациента заключается в

- резекции кишки, несущей стомы с формированием новой стомы в иной анатомической области передней брюшной стенки
- иссечении раны в пределах здоровых тканей
- пункции, вскрытии и дренировании абсцесса через кожу передней брюшной стенки вне области фиксации калоприемника
- снятии швов и дренировании через слизисто-кожную рану с использованием абсорбирующих и альгинатных повязок с переходом на 2-компонентные системы калоприемника

Хирургическое лечение пациенту

- показано в плановом порядке
- показано в экстренном порядке
- не показано
- показано, при неэффективности консервативной терапии

Уход за стомой при несостоятельности кожно-кишечного шва включает

- замену калоприемника на конвексный
- хирургическое лечение
- применение абсорбирующих повязок
- замену марки производителя калоприемника

Вариантом повязок, использующихся в ране при гнойно-воспалительных осложнениях является + _____ + повязка

- мазевая
- марлевая
- гидроколлоидная
- альгинатная

Частота встречаемости гнойно-воспалительных осложнений составляет + ___ + %

- 2–14,8
- 2–6
- 11
- 23–26

К факторам риска развития гнойно-септического осложнения у данного пациента относят

- курение
- сахарный диабет
- ожирение
- множественные операции в анамнезе

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений включает

- курение
- сахарный диабет
- ожирение
- множественные операции в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р. 55 лет обратился на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На значительное увеличение стомы в размерах, из-за чего испытывает значительные трудности в уходе за стомой.

Анамнез заболевания

3 месяца назад в экстренном порядке перенес лапаротомию, наложение двустольной сигмостомы по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки, осложненной перфорацией кишки. Изменения в области стомы нарастали в течение последних 2х месяцев. Использует 1 компонентный недренируемый калоприемник, в котором стома помещается с трудом.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Хронические заболевания отрицает. Профессиональных вредностей не имеет.

Аллергоанамнез – не отягощен. Семейный анамнез – у отца дивертикулярная болезнь толстой и тонкой кишки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 97 кг, рост 175 см, ИМТ – 31,67. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованиями первого выбора являются

- курение
- сахарный диабет
- ожирение
- множественные операции в анамнезе

Результаты обследования

Фактором риска для развития осложнений стомы у данного больного является

- мужской пол
- пожилой возраст
- избыточная длина выводимой на переднюю брюшную стенку кишки
- использование недренируемого калоприемника

Наиболее вероятным диагнозом является

- мужской пол
- пожилой возраст
- избыточная длина выводимой на переднюю брюшную стенку кишки
- использование недренируемого калоприемника

Диагноз

Данное заболевание относят к

- проявлению основного заболевания
- осложнениям стомы
- сопутствующим заболеваниям
- перистомальным кожным осложнениям

Пролапс стомы следует дифференцировать с

- ретракцией
- стриктурой стомы
- парастомальной грыжей
- эвентрацией

Тактика лечения пациента включает

- бандаж эластичный до вправления кишки, с вырезанным отверстием по диаметру пластины калоприемника
- вправление кишки вручную
- отказ от применения калоприемника
- замену калоприемника на двухкомпонентную систему

Хирургическое лечение пролапса пациенту

- не показано, учитывая временный характер стомы и возможность ее вправления в брюшную полость
- показано в экстренном порядке по жизненным показаниям
- показано, при неэффективности консервативной терапии
- показано в плановом порядке при отсутствии декомпенсации сопутствующих заболеваний

Показанием к хирургическому лечению является

- наличие пролапса кишки через стому
- развитие осложнений пролапса
- наличие отека стомы
- желание пациента

Вариантом хирургического лечения пролапса стомы является

- колэктомия с формированием илеостомы по Бруку
- операция Дюамеля
- операция Гартмана
- реконструкция стомы с резекцией кишки, несущей стому

Частота встречаемости пролапса стомы составляет +___+ % в среднем, для колостом- +___+ %, для илеостом - +___+ %

- 2–26; 11,8; 11
- 23–26; 20; 18
- 11; 8; 5
- 2–6; 4; 6

Факторами риска развития пролапса стомы являются

- повышенное внутрибрюшное давление
- узкое отверстие в коже при формировании стомы
- выведение стомы «с натяжением»
- высота «кишечного столбика» выше 10 мм

Для профилактики пролапса стомы показано

- повышенное внутрибрюшное давление
- узкое отверстие в коже при формировании стомы
- выведение стомы «с натяжением»
- высота «кишечного столбика» выше 10 мм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 67 лет обратилась на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На боли в области стомы, выход кишечного содержимого у основания стомы, частое отклеивание калоприемника.

Анамнез заболевания

2 недели назад в экстренном порядке перенесла обструктивную резекцию сигмовидной кишки с формированием концевой сигмостомы по поводу рака сигмовидной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью. Изменения в области стомы появились в течение последних 2х дней. Повышения температуры тела не отмечает. Использует 1 компонентный дренируемый калоприемник.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания - сахарный диабет 2 типа, инсулинзависимый, ожирение 2 степени. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Операций не было. Аллергоанамнез – не отягощен. Семейный анамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 97 кг, рост 165 см, ИМТ – 35,63. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 15 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованием первого выбора является

- повышенное внутрибрюшное давление
- узкое отверстие в коже при формировании стомы
- выведение стомы «с натяжением»
- высота «кишечного столбика» выше 10 мм

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- повышенное внутрибрюшное давление
- узкое отверстие в коже при формировании стомы
- выведение стомы «с натяжением»
- высота «кишечного столбика» выше 10 мм

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- повышенное внутрибрюшное давление
- узкое отверстие в коже при формировании стомы
- выведение стомы «с натяжением»
- высота «кишечного столбика» выше 10 мм

Диагноз

Данное заболевание относят к

- перистомальным кожным осложнениям
- сопутствующим заболеваниям
- осложнениям стомы
- проявлению основного заболевания

Парастомальный свищ следует дифференцировать с

- ретракцией стомы
- аллергическим дерматитом
- расхождением кожно-кишечного соединения
- парастомальной флегмоной передней брюшной стенки

Тактика лечения пациента включает

- внутрибрюшное закрытие стомы
- дренаж свища
- резекцию кишки, несущей стомы с формированием новой стомы в иной анатомической области передней брюшной стенки

- пункцию, вскрытие и дренирование свища через кожу передней брюшной стенки вне области фиксации калоприемника

Хирургическое лечение свища пациентке

- показано в экстренном порядке
- не показано
- показано в плановом порядке
- показано, при низком толстокишечном свище

Уход за стомой при парастомальном свище включает использование

- двухкомпонентного калоприемника
- однокомпонентного калоприемника
- абсорбирующего порошка
- раневых(послеоперационных) мешков

В случае пристеночного свища в области кожно-кишечного соединения используется

- двухкомпонентная система, конвексная пластина
- двухкомпонентный калоприемник с плоской пластиной
- однокомпонентный калоприемник с моделируемым отверстием в пластине
- однокомпонентный калоприемник с плоской пластиной

Для уменьшения отделяемого из свища рекомендовано

- регулирование энтерального питания
- увеличение потребления жидкости
- тотальное парентеральное питание
- уменьшение потребления жидкости

Для профилактики и лечения повреждений перистомальной кожи используется

- раствор Рингера
- спиртсодержащие антисептики
- защитная пленка и защитный крем
- абсорбирующий порошок

Профилактика осложнений стомы включает

- раствор Рингера
- спиртсодержащие антисептики

- защитная пленка и защитный крем
- абсорбирующий порошок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 32 лет обратился на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На покраснение кожи вокруг стомы, жжение и зуд под пластиной калоприемника.

Анамнез заболевания

1 месяц назад перенес колэктомию с формированием концевой илеостомы по Бруку по поводу семейного аденоматоза. В течение последней недели использовал 1 компонентный дренируемый калоприемник новой марки, меняет в положении стоя 1 раз в 3 дня, случаев протекания кишечного содержимого под адгезивную пластину не отмечал.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Хронические заболевания отрицает. Профессиональных вредностей не имеет.

Аллергоанамнез – не отягощен. Семейный анамнез – у матери семейный аденоматоз.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованием первого выбора является

- раствор Рингера
- спиртсодержащие антисептики
- защитная пленка и защитный крем
- абсорбирующий порошок

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- раствор Рингера
- спиртсодержащие антисептики
- защитная пленка и защитный крем
- абсорбирующий порошок

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- раствор Рингера
- спиртсодержащие антисептики
- защитная пленка и защитный крем
- абсорбирующий порошок

Диагноз

Данное заболевание относят к

- перистомальным кожным осложнениям
- осложнениям стомы
- сопутствующим заболеваниям
- проявлению основного заболевания

Аллергический перистомальный дерматит следует дифференцировать с

- парастомальной флегмоной
- псориазом в перистомальной области
- контактным перистомальным дерматитом
- перистомальной гангренозной пиодермией

Тактика лечения пациента включает

- хирургическую обработку под местной анестезией
- применение антибактериальных препаратов
- замену на другую марку калоприемника
- замену калоприемника на конвексный

Хирургическое лечение пациентке

- показано, при неэффективности консервативной терапии
- показано в плановом порядке
- не показано вообще
- показано в экстренном порядке

Для лечения аллергического перистомального дерматита применяется

- антисептический раствор
- гидрокортизоновая эмульсия
- паста герметик
- мазь на водорастворимой основе

Основным принципом в лечении кожных перистомальных осложнений является

- отказ от применения калоприемника
- частая смена калоприемника
- использование калоприемников на гидроколлоидной основе
- применение антибактериальных препаратов

Преимущество современных адгезивных пластин калоприемников заключается в

- гипоаллергенной гидроколлоидной основе
- прочном адгезиве пластины калоприемника
- простоте использования
- продолжительном сроке ношения калоприемника

Для лечения эрозии применяется

- ранозаживляющий абсорбирующий порошок
- мазевая повязка
- спиртовой компресс
- обработка ляписным карандашом

Дополнительно при лечении аллергического перистомального дерматита

- ранозаживляющий абсорбирующий порошок
- мазевая повязка
- спиртовой компресс
- обработка ляписным карандашом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 59 лет обратился на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На наличие выпячивания в области стомы, периодически боли в этой области, сопровождающиеся отсутствием отхождения газов и стула.

Анамнез заболевания

1,5 года назад в плановом порядке перенес брюшно-анальную резекцию с формированием одностольной сигмостомы по поводу рака прямой кишки. Выпячивание в области стомы отмечает более года, боли появились 3 месяца назад. 1 компонентный недренируемый калоприемник обычно меняет в положении стоя 2 раза в день.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Сопутствующие заболевания: хронический бронхит. Профессиональных вредностей не имеет. Вредные привычки отрицает. Операций не было. Аллергоанамнез – отек Квинке на новокаин. Семейный анамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 182 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 17 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, в левом мезогастррии деформирован за счет грыжевого выпячивания в парастомальной области, размером 15x10 см, при пальпации безболезненный.

Основным исследованием является

- ранозаживляющий абсорбирующий порошок
- мазевая повязка
- спиртовой компресс
- обработка ляписным карандашом

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- ранозаживляющий абсорбирующий порошок
- мазевая повязка
- спиртовой компресс
- обработка ляписным карандашом

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- ранозаживляющий абсорбирующий порошок

- мазевая повязка
- спиртовой компресс
- обработка ляписным карандашом

Диагноз

Данное заболевание относят к

- проявлению основного заболевания
- перистомальным кожным осложнениям
- осложнениям стомы
- сопутствующим заболеваниям

Согласно классификации данная парастомальная грыжа относится к

- интрастомальным
- парастомальным
- подкожным
- интерстициальным

Уход при парастомальной грыже включает

- использование эластичного бандажа
- использование двухкомпонентных калоприемников с конвексной пластиной
- отказ от использования калоприемников
- использование защитных колец или пасту герметик в полоске

Хирургическое лечение пациента

- показано в экстренном порядке
- не показано
- показано, при желании пациента
- показано в плановом порядке

Методом выбора хирургического лечения парастомальной грыжи у данного пациента является

- лапаротомия, ушивание дефекта в апоневрозе
- ликвидация грыжи местным доступом
- лапаротомия, транспозиция стомы с дополнительным укреплением новой стомы синтетическим материалом
- лапаротомия, транспозиция стомы, пластика дефекта местными тканями

К факторам риска развития парастомальной грыжи у данного пациента относят

- неправильный уход за стомой
- хронический бронхит
- ожирение
- гнойно-воспалительные осложнения стомы в раннем послеоперационном периоде

Частота возникновения парастомальных грыж составляет при концевых колостомах -+ ____ + % и концевых илеостомах- + ____ + %

- 1-2; 0,3-1,5
- 3-6; 5-8
- 80; 65
- 4-45; 1,8-28,3

Технической причиной формирования данного осложнения может являться

- перекрут кишки выводимой на переднюю брюшную стенку
- избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке
- сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки)
- сквозное прошивание стенки кишки

Риск рецидива при ликвидации стомы местным доступом достигает + _____ + %

- перекрут кишки выводимой на переднюю брюшную стенку
- избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке
- сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки)
- сквозное прошивание стенки кишки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д. 62 лет обратилась на прием к врачу-колопроктологу.

Жалобы

На трудности опорожнения через стому (кал выходит в виде узкой полоски) и боли при функционировании стомы.

Анамнез заболевания

3 месяца назад перенесла операцию по типу Гартмана по поводу рака прямой кишки. В послеоперационном периоде у пациентки наблюдалось нагноение в области стомы. В настоящее время проходит курс химиотерапии по поводу метастазов в легкие и печень. Использует 1 компонентный дренируемый калоприемник.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Хронические заболевания отрицает. Профессиональных вредностей не имеет.

Аллергоанамнез – неотягощен. Семейный анамнез – у отца рак прямой кишки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Исследованиями первого выбора являются

- перекрут кишки выводимой на переднюю брюшную стенку
- избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке
- сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки)
- сквозное прошивание стенки кишки

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- перекрут кишки выводимой на переднюю брюшную стенку
- избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке
- сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки)
- сквозное прошивание стенки кишки

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- перекрут кишки выводимой на переднюю брюшную стенку
- избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке
- сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки)
- сквозное прошивание стенки кишки

Диагноз

Данное заболевание относят к

- осложнениям стомы
- перистомальным кожным осложнениям
- проявлению основного заболевания
- сопутствующим заболеваниям

Стриктуру стомы следует дифференцировать с

- инвагинацией
- эвентрацией
- рецидивом опухоли в стоме
- парастомальной грыжей

Тактика лечения у данной пациентки включает

- лапаротомию и транспозицию стомы
- реконструкцию стомы местным доступом
- бужирование стомы
- применение тампонов для стомы

Хирургическое лечение пациентке

- показано в экстренном порядке
- показано, при неэффективности консервативной терапии
- показано в плановом порядке
- не показано, из-за генерализации злокачественного процесса

Для ухода за стомой, осложненной стриктурой, и ежедневного бужирования необходимо применение

- пасты герметик в тубе

- абсорбирующего порошка
- 2-компонентного калоприемника
- защитной пленки

Причиной развития осложнения у данной пациентки является

- генерализация опухолевого процесса
- нагноение в области стомы в послеоперационном периоде
- частая смена калоприемника
- операция Гартмана

При короткой стриктуре стомы и отсутствии генерализации опухолевого процесса показано вмешательство

- реконструкция стомы местным доступом
- ирригация через стому
- лапаротомия с транспозицией стомы
- бужирование стомы

При протяженной стриктуре стомы и отсутствии генерализации опухолевого процесса показано вмешательство

- реконструкция стомы местным доступом
- лапаротомия с транспозицией стомы
- замена калоприемника на 2-хкомпонентную систему
- бужирование стомы

Частота встречаемости стриктуры стомы составляет + _____ + %

- реконструкция стомы местным доступом
- лапаротомия с транспозицией стомы
- замена калоприемника на 2-хкомпонентную систему
- бужирование стомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 49 лет обратилась в онкодиспансер.

Жалобы

На постоянную боль в области заднего прохода, чувство тяжести в тазу, выделение крови из заднего прохода.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение последних 6 месяцев. При обследовании у врача-колопроктолога по месту жительства выявлена опухоль анального канала, направлена к врачу-онкологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания – детские инфекции, простудные заболевания.

Хронические заболевания – отрицает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей нет.

Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пациентка нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст., пульс: 68 уд/мин. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, периодически болезненный, с примесью крови. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

Паховые лимфоузлы пальпаторно не увеличены.

Per vaginam: пальпаторно на уровне преддверия и нижней трети влагалища по задней полуокружности определяется плотное опухолевидное образование до 5 см в диаметре, инфильтрирующее стенку влагалища, однако слизистая над ним не изменена.

Per rectum: на уровне средней трети анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки по передней полуокружности определяется бугристое плотное ограниченно подвижное образование до 5 см в диаметре.

Для дифференциальной диагностики опухоли анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки и опухоли нижеампулярного отдела с переходом на анальный канал необходимо выполнить

- реконструкция стомы местным доступом
- лапаротомия с транспозицией стомы
- замена калоприемника на 2-хкомпонентную систему
- бужирование стомы

Результаты обследования

Для локального стадирования опухолевого процесса необходимо выполнить

- реконструкция стомы местным доступом
- лапаротомия с транспозицией стомы
- замена калоприемника на 2-хкомпонентную систему
- бужирование стомы

Результаты обследования

Среди дополнительных обследований, необходимых для установки диагноза, наиболее важным является

- дефекография
- компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости
- сцинтиграфия костей скелета
- проктография

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий T будет иметь индекс

- 2
- 3
- 1
- 4

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий N будет иметь индекс

- 0
- 3
- 1
- 2

С учетом полученных данных заболевание имеет клиническую стадию

- I
- IV
- IIA
- IIIB

При указанной распространенности и гистологической структуре опухоли основным методом лечения является

- I
- IV
- IIA
- IIIB

В такой ситуации наиболее верным решением, с точки зрения тактики лечения, будет

- I
- IV
- IIA
- IIIB

После окончания химиолучевой терапии первое контрольное обследование должно быть проведено через + _____ + (в неделях)

- I
- IV
- IIA
- IIIB

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- I
- IV
- IIA
- IIIB

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- I
- IV
- IIA
- IIIB

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- I
- IV
- IIA
- IIIB

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась в онкодиспансер.

Жалобы

На постоянную боль тянущего характера в области заднего прохода, выделение крови при дефекации.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение последних 1,5 лет. При обследовании у врача-колопроктолога по месту жительства выявлена опухоль анального канала, направлена к врачу-онкологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания – детские инфекции, простудные заболевания.

Хронические заболевания – отрицает. Операций не было.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей нет.

Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пациентка нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД: 150/90 мм рт. ст., пульс: 72 уд/мин. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, периодически болезненный, с примесью крови. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

Паховые лимфоузлы пальпаторно не увеличены.

Per vaginam: пальпаторно на уровне преддверия по задней полуокружности определяется бугристое плотное опухолевидное образование до 3 см в диаметре, не вовлекающее саму стенку преддверия.

Per rectum: на уровне верхнего края анального канала по задней полуокружности с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки определяется бугристое плотное образование до 3 см в диаметре.

Для дифференциальной диагностики опухоли анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки и опухоли нижеампулярного отдела с переходом на анальный канал необходимо выполнить

- I
- IV
- IIA
- IIIB

Результаты обследования

Для локального стадирования опухолевого процесса необходимо выполнить

- I
- IV
- IIA
- IIIB

Результаты обследования

Среди дополнительных обследований, необходимых для установки диагноза и определения тактики лечения, наиболее важным является

- компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости
- сфинктерометрия
- дефекография
- проктография

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий T будет иметь индекс

- 3
- 1
- 4
- 2

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий N будет иметь индекс

- 1
- 3
- 0
- 2

С учетом полученных данных, по клинической классификации заболевание будет иметь стадию

- IIIA

- IIА
- IV
- I

При указанной распространенности и гистологической структуре опухоли основным методом лечения является

- проведение симптоматического лечения
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии

Пациентке проведен курс химиолучевой терапии до СОД 56 Гр на область первичной опухоли и СОД 44 Гр на область регионарного метастазирования. После окончания химиолучевой терапии первое контрольное обследование должно быть проведено через +_____+ (в неделях)

- проведение симптоматического лечения
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- проведение симптоматического лечения
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- проведение симптоматического лечения
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- проведении химиолучевой терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии
- выполнении хирургического вмешательства

Учитывая наличие локорегионарного рецидива опухоли без признаков диссеминации опухоли, проведенную ранее химиолучевую терапию, пациентка подготовлена к операции. Пациентке необходимо выполнить

- проведении химиолучевой терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии
- выполнении хирургического вмешательства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 76 лет обратилась к врачу-онкологу по месту жительства.

Жалобы

На постоянную боль в области заднего прохода, затруднения при дефекации.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение последних 5-6 месяцев. При обследовании у врача-колопроктолога выявлена опухоль анального канала, направлена к врачу-онкологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания – детские инфекции, простудные заболевания.

Хронические заболевания – отрицает. Операций не было.

Профессиональных вредностей нет.

Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственный онкологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД: 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД: 140/90 мм рт. ст., пульс: 72 уд/мин. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, периодически болезненный, с примесью крови. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

В паховых областях с обеих сторон определяются конгломераты плотных лимфоузлов, спаянных между собой, размерами до 4 см.

Per vaginam: пальпаторно на уровне преддверия по задней полуокружности определяется плотное опухолевидное образование до 6 см в диаметре, не

вовлекающее саму стенку преддверия.

Per rectum: в анальном канале, начиная от наружного края, определяется бугристая плотная опухоль, занимающая $\frac{2}{3}$ окружности и распространяющаяся далее на нижеампулярный отдел прямой кишки. Исследование болезненное.

Для дифференциальной диагностики опухоли анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки и опухоли нижеампулярного отдела с переходом на анальный канал необходимо выполнить

- проведении химиолучевой терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии
- выполнении хирургического вмешательства

Результаты обследования

Для локального стадирования опухолевого процесса необходимо выполнить

- проведении химиолучевой терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии
- выполнении хирургического вмешательства

Результаты обследования

Из дополнительных методов обследования, необходимых для установки диагноза, наиболее важным является

- компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости
- ирригоскопия
- сцинтиграфия костей скелета
- динамическая дефекография

Согласно классификацией TNM (7 редакция) критерий T у данной пациентки будет иметь индекс

- 3
- 4
- 1
- 2

Согласно классификацией TNM (7 редакция) критерий N у данной пациентки будет иметь индекс

- 2
- 3
- 0
- 1

С учетом полученных данных, у данной пациентки заболевание будет иметь клиническую стадию

- IV
- II
- IIIB
- IIIA

При указанной распространенности и гистологической структуре опухоли основным методом лечения является

- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение симптоматического лечения

Пациентке проведен курс химиолучевой терапии до СОД 56 Гр на область первичной опухоли и СОД 44 Гр на область регионарного метастазирования. После окончания химиолучевой терапии первое контрольное обследование должно быть проведено через + ____ + (в неделях)

- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение симптоматического лечения

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- проведение системной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение хирургического вмешательства
- проведение симптоматического лечения

Дальнейшая лечебная тактика заключается в

- проведении системной химиотерапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) и выполнении магнитно-резонансной томографии малого таза и УЗИ паховых областей через 3 месяца

- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) и выполнении магнитно-резонансной томографии малого таза и УЗИ паховых областей через 1 год
- выполнении биопсии из измененных паховых лимфоузлов с обеих сторон

При гистологическом исследовании биоптата из ткани паховых лимфоузлов с обеих сторон выявлены комплексы плоскоклеточного рака. Дальнейшая тактика лечения заключается в

- проведении системной химиотерапии
- выполнении операции Дюкена с обеих сторон
- выполнении расширенной экстралеваторной экстирпации прямой кишки, операции Дюкена с обеих сторон
- проведении дополнительного курса химиолучевой терапии на паховые области

Пациентке выполнена операция Дюкена с обеих сторон. Дальнейшая тактика заключается в проведении

- проведении системной химиотерапии
- выполнении операции Дюкена с обеих сторон
- выполнении расширенной экстралеваторной экстирпации прямой кишки, операции Дюкена с обеих сторон
- проведении дополнительного курса химиолучевой терапии на паховые области

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 76 лет обратилась к врачу-онкологу.

Жалобы

На постоянную боль тянущего характера в области заднего прохода, выделение крови при дефекации.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение последних 8 месяцев. При обследовании у врача-колопроктолога выявлена опухоль анального канала, направлена к онкологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Хронические заболевания – отрицает.

Около 15 лет назад был диагностирован рак шейки матки – проведена лучевая

терапия, со слов пациентки полученная доза облучения составила около 70 Гр. В последующем регулярно наблюдалась у гинеколога на протяжении 10 лет – признаков возврата заболевания отмечено не было.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД: 140/90 мм рт. ст., пульс: 72 уд/мин. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, периодически болезненный, с примесью крови. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Паховые лимфоузлы пальпаторно не увеличены.

Per vaginam: пальпаторно на уровне преддверия по задней полуокружности определяется плотное опухолевидное образование до 4 см в диаметре, не вовлекающее саму стенку преддверия.

Per rectum: на уровне средней трети анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки по передней полуокружности определяется бугристое плотное образование до 4 см в диаметре.

Для дифференциальной диагностики опухоли анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки и опухоли нижеампулярного отдела с переходом на анальный канал необходимо выполнить

- проведении системной химиотерапии
- выполнении операции Дюкена с обеих сторон
- выполнении расширенной экстралеваторной экстирпации прямой кишки, операции Дюкена с обеих сторон
- проведении дополнительного курса химиолучевой терапии на паховые области

Результаты обследования

Для локального стадирования опухолевого процесса необходимо выполнить

- проведении системной химиотерапии
- выполнении операции Дюкена с обеих сторон
- выполнении расширенной экстралеваторной экстирпации прямой кишки, операции Дюкена с обеих сторон

- проведении дополнительного курса химиолучевой терапии на паховые области

Результаты обследования

Среди дополнительных обследований, необходимых для установки диагноза, наиболее важным является

- анальная манометрия высокого разрешения
- дефекография
- компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости
- виртуальная колонография

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий T будет иметь индекс

- 1
- 2
- 4
- 3

Согласно классификации TNM (7 редакция) критерий N будет иметь индекс

- 3
- 2
- 1
- 0

С учетом полученных данных, согласно клинической классификации заболевание имеет стадию

- I
- IV
- III
- II

При указанной гистологической структуре и распространенности опухоли ведущим методом лечения является

- выполнение хирургического вмешательства
- проведение химиолучевой терапии
- проведение системной химиотерапии
- проведение симптоматического лечения

Принимая во внимание данные анамнеза пациентки, основным методом лечения является

- хирургическое лечение
- симптоматическая терапия
- системная химиотерапия
- химиолучевая терапия

При планировании хирургического лечения предполагаемый объем оперативного вмешательства будет заключаться в

- выполнении экстралеваторной экстирпация прямой кишки
- выполнении экстралеваторной экстирпации прямой кишки, операции Дюкена с обеих сторон
- формировании проксимальной отключающей стомы
- местном иссечении опухоли

Пациентка оперирована в плановом порядке, ей выполнена экстралеваторная экстирпация прямой кишки. Дальнейшая тактика лечения заключается в

- выполнении экстралеваторной экстирпация прямой кишки
- выполнении экстралеваторной экстирпации прямой кишки, операции Дюкена с обеих сторон
- формировании проксимальной отключающей стомы
- местном иссечении опухоли

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- выполнении биопсии ткани из подозрительного пахового лимфоузла
- проведении противовоспалительной терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии

При гистологическом исследовании биоптата из ткани пахового лимфоузла справа выявлены комплексы плоскоклеточного рака. Дальнейшая тактика лечения заключается в

- выполнении биопсии ткани из подозрительного пахового лимфоузла
- проведении противовоспалительной терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет обратилась к врачу-онкологу в поликлинике по месту жительства.

Жалобы

На постоянную боль в области заднего прохода.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение 8 месяцев. При обследовании у врач-колопроктолога по месту жительства выявлена опухоль анального канала, направлена к врачу-онкологу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания – детские инфекции, простудные заболевания.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергических реакций на прием лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственный онкологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 17 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД: 120/70 мм рт. ст., пульс: 68 уд/мин.

Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, периодически болезненный, с примесью крови. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет.

Паховые лимфоузлы пальпаторно не увеличены.

Per vaginam: пальпаторно на уровне преддверия и нижней трети влагалища по задней полуокружности определяется плотное опухолевидное образование до 5 см в диаметре, не вовлекающее саму стенку преддверия.

Per rectum: на уровне нижней трети анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки по передней правой полуокружности определяется бугристое плотное ограниченно подвижное образование до 5 см в диаметре.

Для дифференциальной диагностики опухоли анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки и опухоли нижеампулярного отдела с переходом на анальный канал необходимо выполнить

- выполнении биопсии ткани из подозрительного пахового лимфоузла
- проведении противовоспалительной терапии

- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии

Результаты обследования

Для локального стадирования опухолевого процесса необходимо выполнить

- выполнении биопсии ткани из подозрительного пахового лимфоузла
- проведении противовоспалительной терапии
- динамическом наблюдении (контрольный осмотр) через 3 месяца
- проведении системной химиотерапии

Результаты обследования

Среди дополнительных обследований, необходимых для установки диагноза, наиболее важным является

- проктография
- компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости
- дефекография
- ирригоскопия с двойным контрастированием

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий T будет иметь индекс

- 1
- 2
- 3
- 4

В соответствии с классификацией TNM (7 редакция) критерий N будет иметь индекс

- 3
- 1
- 0
- 2

С учетом полученных данных, согласно клинической классификации, у данной пациентки заболевание будет иметь клиническую стадию

- I
- IIIA
- IV

- IIА

Учитывая указанную распространенность и гистологическую структуру опухоли, основным методом лечения является проведение

- I
- IIIА
- IV
- IIА

В такой ситуации наиболее верным решением с точки зрения тактики лечения будет

- I
- IIIА
- IV
- IIА

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- выполнении ревизии анального канала и прямой кишки под обезболиванием, биопсии тканей из области краев и дна язвы
- выполнении экстирпации прямой кишки
- назначении контрольного осмотра с выполнением магнитно-резонансной томографии таза через 3 месяца
- продолжении проведения химиолучевой терапии до СОД 80 Гр

При биопсии из краев язвенного дефекта получены комплексы плоскоклеточного рака. Пациентка оперирована в плановом порядке, ей выполнена экстралеваторная экстирпация прямой кишки. Дальнейшая тактика лечения заключается в

- выполнении ревизии анального канала и прямой кишки под обезболиванием, биопсии тканей из области краев и дна язвы
- выполнении экстирпации прямой кишки
- назначении контрольного осмотра с выполнением магнитно-резонансной томографии таза через 3 месяца
- продолжении проведения химиолучевой терапии до СОД 80 Гр

Дальнейшая тактика лечения заключается в

- проведении стереотаксического лечения
- проведении системной химиотерапии
- выполнении биопсии тканей из области одного из очагов в печени

- выполнении хирургического вмешательства на печени

При гистологическом исследовании биоптата из ткани очагового образования 4 сегмента печени выявлены комплексы плоскоклеточного рака. Дальнейшая тактика лечения будет заключаться в

- проведении стереотаксического лечения
- проведении системной химиотерапии
- выполнении биопсии тканей из области одного из очагов в печени
- выполнении хирургического вмешательства на печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка О. 56 лет поступила в отделение общей проктологии.

Жалобы

На боли в области промежности, выделение крови алого цвета при дефекации.

Анамнез заболевания

Когда после первых родов отметила периодическое выделение крови алого цвета после дефекации, выпадение внутренних геморроидальных узлов, вправляющиеся при помощи рук. Последние 5 лет стала отмечать трудности при дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки, необходимость ручного пособия при дефекации. Лечилась консервативно, однако на фоне лечения положительного эффекта достичь не удалось.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – педагог. Аллергоанамнез без особенностей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 135/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Исследованием первого выбора является

- проведении стереотаксического лечения
- проведении системной химиотерапии

- выполнении биопсии тканей из области одного из очагов в печени
- выполнении хирургического вмешательства на печени

Результаты обследования

Из дополнительных исследований основным является

- проведении стереотаксического лечения
- проведении системной химиотерапии
- выполнении биопсии тканей из области одного из очагов в печени
- выполнении хирургического вмешательства на печени

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является хронический геморрой + ___ + ст

- проведении стереотаксического лечения
- проведении системной химиотерапии
- выполнении биопсии тканей из области одного из очагов в печени
- выполнении хирургического вмешательства на печени

Диагноз

Предположительным сопутствующим диагнозом является

- ректоцеле 2 ст
- ректоцеле 1 ст
- ректоцеле 3 ст
- хронический геморрой 3 ст

Основным методом консервативной терапии геморроидальных симптомов является

- контроль диеты
- мазь
- ректальная свеча
- ванночка

Хирургическое лечение пациентке

- не показано вообще
- показано в плановом порядке
- не показано, показана консервативная терапия
- показано в экстренном порядке

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- инфракрасной фотокоагуляции геморроидальных узлов
- гирудотерапии
- криотерапии
- открытой\закрытой геморроидэктомии

Хирургической методикой, противопоказанной при геморрое 3 ст. в данном случае является

- подслизистая геморроидэктомия
- тромбэктомия
- открытая/закрытая геморроидэктомия
- операция Лонго

Отличием открытой геморроидэктомии от закрытой геморроидэктомии заключается в том, что

- рана выходит на перианальную кожу
- удаляется только внутренний геморроидальный узел
- удаляется только наружный геморроидальный узел
- рана не ушивается совсем

Профилактика развития хронического геморроя исключает

- соблюдение гигиенического режима
- занятия спортом
- устранение запоров
- нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта

Диетой, показанной в период заживления послеоперационной раны является

- ограничение приема соли 2 г. и воды 1000-1500 мл в день
- белковая диета
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой

Склерозирование внутренних геморроидальных узлов применяется при хроническом геморрое + _____ + ст

- ограничение приема соли 2 г. и воды 1000-1500 мл в день
- белковая диета
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 52 лет поступил в отделение общей проктологии.

Жалобы

На выделение крови алого цвета при дефекации, выпадение внутренних геморроидальных узлов, не вправляющихся в анальный канал.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3 лет. Лечился самостоятельно: свечи и мази. Однако на фоне лечения положительного эффекта не отметил.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – водитель такси. Аллергоанамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 170 см. Температура тела 36,7 С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В первую очередь пациенту показано проведение

- ограничение приема соли 2 г. и воды 1000-1500 мл в день
- белковая диета
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой

Результаты обследования

Из дополнительных обследований обязательным и необходимым является

- ограничение приема соли 2 г. и воды 1000-1500 мл в день
- белковая диета
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой

Результаты обследования

Клинический диагноз пациента хронический геморрой + ___ + ст

- ограничение приема соли 2 г. и воды 1000-1500 мл в день
- белковая диета
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой

Диагноз

+ _____ + редко отмечается пациентами в анамнезе геморроидальной болезни

- увеличение геморроидальных узлов, как правило, связанное с нарушением стула, диеты, у женщин с беременностью и родами
- периодическое выделение крови из заднего прохода при дефекации
- чувство неполного опорожнения при дефекации
- ощущение дискомфорта, влажности в области заднего прохода

Основной метод консервативной терапии это

- контроль диеты
- применение ванночек с марганцовкой
- терапия сосудосуживающими препаратами
- гепариновая мазь

Хирургическое лечение пациенту

- не показано, показана консервативная терапия
- не показано вообще
- показано в плановом порядке
- показано в экстренном порядке

Оперативное вмешательство пациенту

- показано в объеме открытой\закрытой геморроидэктомии
- показано в объеме гирудотерапии
- не показано
- показано в объеме тромбэктомии

+ _____ + не проводится при хроническом геморрое 3 ст

- дезартеризация геморроидальных узлов
- тромбэктомия
- открытая геморроидэктомия
- радиочастотная абляция геморроидальных узлов

Закрытая геморроидэктомия проводится при

- тромбозе геморроидального узла
- просьбе пациента о послеоперационном косметическом эффекте
- отсутствии четких границ между наружным и внутренним геморроидальными узлами
- отсутствии воспаления

Особенностью показаний для проведения операции Лонго является

- тромбоз геморроидального узла
- циркулярный геморрой
- отсутствие четких границ между наружным и внутренним геморроидальными узлами
- сочетание геморроя с выпадением слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки

Тромбэктомию при остром тромбозе желательно провести в течение

- недели
- 2-3 суток
- 3-4 суток
- любого срока, главное наличие тромба

В послеоперационном периоде показан врачебный контроль + _____ + до полного заживления ран

- недели
- 2-3 суток
- 3-4 суток
- любого срока, главное наличие тромба

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент О. 51 года обратился к проктологу по месту жительства.

Жалобы

На выпадение геморроидальных узлов, которые пациент вправляет самостоятельно с применением ручного пособия.

Анамнез заболевания

Считает себя больным 30 лет, в течение которых были периодические

выделения крови со стулом. Лечился самостоятельно свечами и мазями с временным эффектом. В последний месяц отметил вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – старший офис менеджер. Аллергоанамнез – аллергия на йод.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 17 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Местно: Кожа перианальной области не изменена. На 3, 7 и 11 часах увеличенные наружные геморроидальные узлы без признаков воспаления с явлениями фиброзных изменений. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 3, 7 и 11 часах увеличенные недифференцированные внутренние геморроидальные узлы, узел на 7 часах выпадает и вправляется пальцем.

При определении диагноза по поводу основной жалобы следует проводить дифференциальный диагноз с

- воспалительными заболеваниями толстой кишки
- выпадением слизистой оболочки прямой кишки
- остроконечными кондиломами
- злокачественным образованием прямой кишки

Из дополнительных обследований обязательно необходимо проведение

- воспалительными заболеваниями толстой кишки
- выпадением слизистой оболочки прямой кишки
- остроконечными кондиломами
- злокачественным образованием прямой кишки

Результаты обследования

Клинический диагноз пациента хронический геморрой +__+ ст

- воспалительными заболеваниями толстой кишки
- выпадением слизистой оболочки прямой кишки
- остроконечными кондиломами

- злокачественным образованием прямой кишки

Диагноз

+ _____ + характерно для геморроидальной болезни 2 стадии

- выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- кровотечение, без выпадения узлов
- выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с/без кровотечения

При болевом синдроме показано применение

- свечей с облепихой
- сосудосуживающих препаратов
- гепариновой мази
- ненаркотических анальгетиков

При геморроидальных кровотечениях возможно использование

- пальцевого прижатия
- тампонады
- мазей
- системных гемостатических препаратов

Оперативное вмешательство пациентке

- показано в объеме открытой\закрытой геморроидэктомии
- не показано
- показано в объеме тромбэктомии
- показано в объеме гирудотерапии

+ _____ + позволяет восстановить слизистую оболочку анального канала и прямой кишки с подслизистым расположением культи узла

- закрытая геморроидэктомия
- операция Лонго
- тромбэктомия
- подслизистая геморроидэктомия

Закрытая геморроидэктомия проводится при

- отсутствии четких границ между наружным и внутренним геморроидальными узлами
- отсутствии воспаления
- тромбозе геморроидального узла
- просьбе пациента о послеоперационном косметическом эффекте

Наиболее частыми осложнениями подслизистой геморроидэктомии является

- анальная инконтиненция
- длительно незаживающая рана
- рефлекторная задержка мочеиспускания
- импотенция

Противопоказано применение малоинвазивных методов при

- хроническом геморрое 4 ст
- кровоточащем геморрое
- ректоцеле
- циркулярном геморрое

Радикальные операции противопоказаны у

- хроническом геморрое 4 ст
- кровоточащем геморрое
- ректоцеле
- циркулярном геморрое

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 22 лет обратился к проктологу по месту жительства.

Жалобы

На боль в области ануса, усиливающеся в положении сидя, появившуюся «шишку» в области ануса.

Анамнез заболевания

Боль отметил накануне после занятий спортом.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия

удовлетворительные. По профессии – менеджер Макдоналдс.
Аллергоanamнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 18 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Исследованием первого выбора является

- хроническом геморрое 4 ст
- кровоточащем геморрое
- ректоцеле
- циркулярном геморрое

Результаты обследования

При дифференциальном диагнозе по поводу выраженного болевого синдрома наименее вероятен диагноз

- осложненные каудальные тератомы
- трещина анального канала
- острый и хронический парапроктит
- выпадение прямой кишки

Наиболее вероятным диагнозом является + _____ +. Полип ободочной кишки до 0,3 см в диаметре

- осложненные каудальные тератомы
- трещина анального канала
- острый и хронический парапроктит
- выпадение прямой кишки

Диагноз

Повышение температуры тела и лихорадка характерны для

- сопутствующего заболевания хронической анальной трещины
- острого геморроя 2 степени
- острого геморроя 1 степени
- острого геморроя 3 степени

Основным методом консервативной терапии геморроидальной болезни является

- контроль диеты
- ректальная свеча
- ванночка с ромашкой
- мазь

Хирургическое лечение пациенту

- не показано вообще
- показано в срочном порядке
- показано в плановом порядке
- не показано, показана консервативная терапия

Тактика лечения при сроках начала заболевания более 72 часах включает

- тромбэктомию
- склерозирование геморроидальных узлов
- дезартеризацию геморроидальных узлов
- ненаркотические анальгетики и антикоагулянтные препараты

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- тромбэктомии
- подслизистой геморроидэктомии
- открытой\закрытой геморроидэктомии
- операции Лонго

Все возможные варианты проведения тромбэктомии включают

- только иссечение тромбированного геморроидального узла
- удаление тромботических масс, либо иссечение тромбированного геморроидального узла
- только удаление тромботических масс
- удаление тромботических масс, либо иссечение тромбированного геморроидального узла, либо подслизистая геморроидэктомия

Профилактика развития хронического геморроя исключает

- нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта
- устранение запоров
- занятия спортом
- соблюдение гигиенического режима

Диета, показанная в период заживления послеоперационной раны, отличается

- ограничением жиров
- отсутствием белков
- повышенным содержанием растительной клетчатки
- ограничением приема соли 2 г и воды 1000-1500 мл в день

+ _____ + рекомендуется добавлять в ванночки для использования в послеоперационном периоде

- ограничением жиров
- отсутствием белков
- повышенным содержанием растительной клетчатки
- ограничением приема соли 2 г и воды 1000-1500 мл в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н. 43 лет обратилась к проктологу по месту жительства.

Жалобы

На выделение крови при дефекации.

Анамнез заболевания

Неделю назад появились первые выделения крови. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – старший офис менеджер. Аллергоанамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 17 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Местно: Кожа перианальной области не изменена. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 7 и 11 часах увеличенные дифференцированные

внутренние геморроидальные узлы. Узлы не выпадают. Иных патологий не обнаружено.

При определении диагноза по поводу основной жалобы следует проводить дифференциальный диагноз с

- остроконечными кондиломами
- язвенным колитом
- осложненными каудальными тератомами
- фиброзным анальным полипом

Из дополнительных обследований обязательно необходимо проведение

- остроконечными кондиломами
- язвенным колитом
- осложненными каудальными тератомами
- фиброзным анальным полипом

Результаты обследования

**Клинический диагноз пациента хронический геморрой +__+ ст.
Множественные полипы ободочной кишки до 0,4 см в диаметре**

- остроконечными кондиломами
- язвенным колитом
- осложненными каудальными тератомами
- фиброзным анальным полипом

Диагноз

+ _____ + характерно для геморроидальной болезни 1 стадии

- постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- кровотечение, без выпадения узлов
- выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с/без кровотечения

При геморроидальных кровотечениях показано применение

- ненаркотических анальгетиков
- свечей с облепихой
- гепариновой мази

- местных гемостатических препаратов

При геморроидальных кровотечениях возможно использование

- проктозана, гепатромбина
- тронексама, этамзилата
- детралекса, гинкор Форте
- проктозана, ауробина

Пациентке показано проведение

- тромбэктомии
- гирудотерапии
- склеротерапии
- операция Лонго

Противопоказаниями для проведения инфракрасной фотокоагуляции геморроидальных узлов является

- воспалительное заболевание аноректальной области и промежности
- циркулярный геморрой
- кровотечение из геморроидальных узлов
- беременность

Показанием для лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами являются

- 3-4 стадии геморроя
- 2-3 стадии геморроя
- 1-2 стадии геморроя
- острый тромбоз геморроидального узла

Разница между геморроидэктомии аппаратом LigaSure и UltraCision заключается в

- прошивании сосудистой ножки
- уменьшении болевого синдрома
- сокращении сроков реабилитации
- уменьшении частоты дизурических расстройств

Метод малоинвазивного лечения подбирается исходя из

- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента
- наличия расхождений

- стоимости метода

+ _____ + не является целью лечения геморроя
малоинвазивными методиками

- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента
- наличия расхождений
- стоимости метода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка О. 37 лет обратилась к проктологу по месту жительства

Жалобы

На обильное выделение крови при дефекации.

Анамнез заболевания

Год назад появились первые выделения крови. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – водитель трамвая. Аллергоанамнез без особенностей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 64 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 17 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Местно: Кожа перианальной области не изменена. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 3,7 и 11 часах увеличенные дифференцированные внутренние геморроидальные узлы. Узел на 3 часах выпадает и самостоятельно вправляется. Иных патологий не обнаружено.

При определении диагноза по поводу основной жалобы следует проводить дифференциальный диагноз с

- синдромом раздраженной кишки
- острым парапроктитом

- остроконечными перианальными кондиломами
- болезнью Крона

Из дополнительных обследований обязательно необходимо проведение

- синдромом раздраженной кишки
- острым парапроктитом
- остроконечными перианальными кондиломами
- болезнью Крона

Результаты обследования

Клинический диагноз пациента - это

- синдромом раздраженной кишки
- острым парапроктитом
- остроконечными перианальными кондиломами
- болезнью Крона

Диагноз

+ _____ + характерно для геморроидальной болезни 2 стадии

- выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с/без кровотечения
- кровотечение, без выпадения узлов

При геморроидальных кровотечениях показано применение

- натальсида
- ксефокама
- гепатромбина
- детралекса

При геморроидальных кровотечениях возможно использование

- тампонады
- пальцевого прижатия
- мазей
- системных гемостатических препаратов

Пациентке показано проведение

- лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами
- открытой геморроидэктомии
- геморроидэктомии аппаратами LigaSure, UltraCision
- операции Лонго

Противопоказаниями для проведения склеротерапии геморроидальных узлов является

- анальная трещина
- кровотечение из геморроидальных узлов
- пожилой возраст
- циркулярный геморрой

Показанием для инфракрасной фотокоагуляции геморроидальных узлов являются

- острый тромбоз геморроидального узла
- 1-2 стадии геморроя
- 2-3 стадии геморроя
- 3-4 стадии геморроя

Противопоказанием для дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией является

- ректоцеле
- острый парапроктит
- недостаточность анального сфинктера 1 ст
- хронический геморрой 4 ст

+ _____ + - вероятное осложнение лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами

- аллергия на латекс
- анальная инконтиненция
- тромбоз наружных геморроидальных узлов
- диарея

Геморроидэктомия аппаратом LigaSure

- аллергия на латекс
- анальная инконтиненция
- тромбоз наружных геморроидальных узлов
- диарея

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А., 24 лет обратился к проктологу по месту жительства.

Жалобы

На боль в области ануса, усиливающуюся в положении сидя, появившуюся «шишку» в области ануса.

Анамнез заболевания

Боль отметил день назад после активной физической нагрузки на даче.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – спорт инструктор. Аллергоанамнез без особенностей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 194 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 18 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Исследованием первого выбора является

- аллергия на латекс
- анальная инконтиненция
- тромбоз наружных геморроидальных узлов
- диарея

Результаты обследования

При дифференциальном диагнозе по поводу выраженного болевого синдрома следует рассматривать

- выпадение прямой кишки
- гемангиому
- грибковые заболевания анального канала и промежности
- острый и хронический парапроктит

Наиболее вероятным диагнозом является

- выпадение прямой кишки
- гемангиому
- грибковые заболевания анального канала и промежности
- острый и хронический парапроктит

Диагноз

Помимо тромбоза геморроидальных узлов под острым течением геморроя понимают

- ярко выраженный болевой синдром
- сопутствующее выпадение слизистой прямой кишки
- выраженный зуд
- профузное, обильное кровотечение из внутренних геморроидальных узлов

Хирургическое лечение в условиях стационара показано при

- распространении воспалительного процесса на дистальную часть анального канала
- кровотечении из внутренних геморроидальных узлов в анамнезе
- выраженном болевом синдроме
- тромбозе двух и более узлов

Хирургическое лечение пациенту

- показано в срочном порядке
- показано в плановом порядке
- не показано вообще
- не показано, показана консервативная терапия

Лечение при сроках начала заболевания более 72 часа включает

- ванночки с ромашкой
- свечи, содержащие адреналин
- мукофальк, фитомуцил
- вольтарен, ксефокам

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- открытой\закрытой геморроидэктомии
- лигирования геморроидальных узлов
- тромбэктомии
- склеротерапии

Методика проведения подслизистой геморроидэктомии включает

- создание гидравлической подушки под узлом
- формирование кисетного шва
- иссечение тромбированного геморроидального узла
- иссечение наружного геморроидального узла единым блоком с внутренним узлом

В основе методики операции Лонго лежит

- резекция наружных геморроидальных узлов
- удаление тромба
- фиксация и лифтинг внутреннего геморроидального сплетения
- резекция внутренних геморроидальных узлов

Диетой, показанной в период заживления послеоперационной раны, является

- ограничение углеводов
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой
- ограничение приема соли 2 г. И воды 1000-1500 мл в день

+ _____ + рекомендуется добавлять в ванночки при лечении в послеоперационном периоде

- ограничение углеводов
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой
- ограничение приема соли 2 г. И воды 1000-1500 мл в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 57 лет поступил в отделение общей проктологии.

Жалобы

На выделение крови алого цвета при дефекации, выпадение внутренних геморроидальных узлов, не вправляющихся в анальный канал.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 15 лет. Лечился самостоятельно: свечи и мази с временным положительным эффектом.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – пенсионер, в прошлом шахтер.

Аллергоанамнез

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 79 кг, рост 180 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

В первую очередь пациенту показано проведение

- ограничение углеводов
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой
- ограничение приема соли 2 г. И воды 1000-1500 мл в день

Результаты обследования

Из дополнительных обследований обязательно необходимо проведение

- ограничение углеводов
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой
- ограничение приема соли 2 г. И воды 1000-1500 мл в день

Результаты обследования

Клинический диагноз пациента + _____ +. Полип поперечной ободочной кишки до 1,0 см в диаметре

- ограничение углеводов
- безбелковая диета
- повышенное содержание растительной клетчаткой
- ограничение приема соли 2 г. И воды 1000-1500 мл в день

Диагноз

+ _____ + редко описываются среди клинических симптомов в момент осмотра

- выделение крови из заднего прохода при дефекации
- наличие плотного, геморроидального узла (ов) синюшного цвета с наличием или без воспалительных изменений окружающих мягких тканей, эрозий слизистой оболочки в области узла
- выделение крови из заднего прохода с источником, локализирующимся в области внутренних геморроидальных узлов
- наличие выпавших или выпадающих при натуживании внутренних геморроидальных узлов мягко-эластичной консистенции

Основной метод консервативной терапии хронического геморроя - это

- потребление жидкости и пищевых волокон в достаточном объеме
- мази с гепарином
- ванночки с марганцовкой
- ванночки с облепихой

Хирургическое лечение пациенту показано в

- срочном порядке по поводу геморроя
- срочном порядке по поводу полипа
- плановом порядке, после проведения полипэктомии
- виде полипэктомии

Оперативное вмешательство пациенту

- показано в объеме геморроидэктомии аппаратами _LigaSure, UltraCision_
- показано в объеме тромбэктомии
- не показано
- показано в объеме лигирования геморроидальных узлов

+ _____ + не проводится при хроническом геморрое 4 ст

- дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии
- лигирование геморроидальных узлов
- открытая геморроидэктомия
- степлерная геморроидопексия

Инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов проводится при

- наличии воспаления
- тромбозе геморроидального узла
- кровотечении из геморроидального узла
- наличии анальной трещины

Особенностью показаний для проведения операции Лонго является

- циркулярный геморрой
- тромбоз геморроидального узла
- отсутствие четких границ между наружным и внутренним геморроидальными узлами
- сочетание геморроя с выпадением слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки

Тромбэктомия при остром тромбозе желательна провести

- не позднее 3 суток
- в течение недели
- в течение любого срока, главное наличие тромба
- не позднее 5 суток

Радикальные операции возможно выполнять у больных с

- не позднее 3 суток
- в течение недели
- в течение любого срока, главное наличие тромба
- не позднее 5 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 31 год обратился к проктологу по месту жительства.

Жалобы

На боль в области «шишки» в области ануса.

Анамнез заболевания

Боль отметил накануне, ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии преподаватель. Аллергоанамнез – не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 18 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен,

при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.
Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Исследованием первого выбора является

- не позднее 3 суток
- в течение недели
- в течение любого срока, главное наличие тромба
- не позднее 5 суток

Результаты обследования

При дифференциальном диагнозе по поводу выраженного болевого синдрома наименее вероятен диагноз

- опухоли анального канала
- фиброзные анальные полипы
- острый и хронический парапроктит
- болезнь Крона, осложненная перианальными осложнениями

Наиболее вероятным диагнозом является

- опухоли анального канала
- фиброзные анальные полипы
- острый и хронический парапроктит
- болезнь Крона, осложненная перианальными осложнениями

Диагноз

Повышение температуры тела и лихорадка характерны для

- острого геморроя 2 степени
- острого геморроя 3 степени
- сопутствующего заболевания хронической анальной трещины
- острого геморроя 1 степени

Основным методом консервативной терапии геморроидальной болезни является

- занятие спортом
- устранение запора
- уменьшение потребления воды
- уменьшение жировой составляющей питания

Хирургическое лечение пациенту

- показано в срочном порядке
- не показано, показана консервативная терапия
- показано в плановом порядке
- не показано вообще

Тактика лечения при сроках начала заболевания более 72 часов включает

- антикоагулянтные препараты
- склерозирование геморроидальных узлов
- дезартеризацию геморроидальных узлов
- тромбэктомию

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- операции Лонго
- подслизистой геморроидэктомии
- тромбэктомии
- открытой\закрытой геморроидэктомии

Все возможные варианты проведения тромбэктомии включают

- только удаление тромботических масс
- только иссечение тромбированного геморроидального узла
- удаление тромботических масс, либо иссечение тромбированного геморроидального узла, либо подслизистая геморроидэктомия
- удаление тромботических масс, либо иссечение тромбированного геморроидального узла

Профилактика развития хронического геморроя исключает

- соблюдение гигиенического режима
- занятия спортом
- нормализацию деятельности желудочно-кишечного тракта
- устранение запоров

Диета, показанная в период заживления послеоперационной раны, отличается

- ограничением жиров
- ограничением приема соли 2 г и воды 1000-1500 мл в день
- повышенным содержанием растительной клетчатки
- отсутствием белков

+ _____ + рекомендуется добавлять в ванночки для использования в послеоперационном периоде

- ограничением жиров
- ограничением приема соли 2 г и воды 1000-1500 мл в день
- повышенным содержанием растительной клетчатки
- отсутствием белков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ж. 42 лет обратилась к проктологу по месту жительства.

Жалобы

На выделение крови при дефекации.

Анамнез заболевания

10 дней назад появились первые выделения крови. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – старший офис менеджер. Аллергоанамнез – неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. ЧДД 17 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 уд в мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Местно: Кожа перианальной области не изменена. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 3,7 и 11 часах увеличенные дифференцированные внутренние геморроидальные узлы. Узлы не выпадают. Иных патологий не обнаружено.

При определении диагноза по поводу основной жалобы следует проводить дифференциальный диагноз с

- остроконечными кондиломами
- фиброзным анальным полипом
- болезнью Крона
- осложненными каудальными тератомами

Из дополнительных обследований обязательно необходимо проведение

- остроконечными кондиломами
- фиброзным анальным полипом
- болезнью Крона
- осложненными каудальными тератомами

Результаты обследования

Клинический диагноз пациента хронический геморрой +__+ ст. Полип ободочной кишки до 0,3 см в диаметре

- остроконечными кондиломами
- фиброзным анальным полипом
- болезнью Крона
- осложненными каудальными тератомами

Диагноз

+ _____ + характерно для геморроидальной болезни 4 стадии

- выпадение внутренних геморроидальных узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал, с/без кровотечения
- кровотечение, без выпадения узлов
- выпадение внутренних геморроидальных узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал, с/без кровотечения
- постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов и невозможность их вправления в анальный канал, с/без кровотечения

При геморроидальных кровотечениях показано применение

- свечей, содержащих адреналин
- ванночек с марганцовкой
- ненаркотических анальгетиков
- гепариновой мази

При геморроидальных кровотечениях возможно использование

- тронексама, этамзилата
- детралекса, гинкор Форте
- проктозана, гепатромбина
- проктозана, ауробина

Пациентке показано проведение

- операция Лонго

- тромбэктомии
- склеротерапии
- гирудотерапии

Противопоказаниями для проведения инфракрасной фотокоагуляции геморроидальных узлов является

- воспалительное заболевание аноректальной области и промежности
- беременность
- циркулярный геморрой
- кровотечение из геморроидальных узлов

Показанием для лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами являются

- 1-2 стадии геморроя
- 3-4 стадии геморроя
- острый тромбоз геморроидального узла
- 2-3 стадии геморроя

В послеоперационном периоде врачебный контроль проводится + _____ + до полного заживления ран

- каждую неделю
- при наличии жалоб
- каждый день
- раз в месяц

Метод малоинвазивного лечения подбирается исходя из

- стоимости метода
- наличия расходников
- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента

Не является целью лечения геморроя малоинвазивными методиками

- стоимости метода
- наличия расходников
- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 50 лет поступил в специализированное колопроктологическое отделение.

Жалобы

На недержание газов, жидкого и твердого кишечного содержимого.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным в течение 1 года. Впервые указанные жалобы появились после перенесенной травмы с рвано-ушибленными ранами промежности.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – водитель
Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд. в мин., АД-120/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Позывы на дефекацию сохранены, пациент не удерживает все компоненты кишечного содержимого.

Исследованием первого выбора у пациента является проведение

- стоимости метода
- наличия расходников
- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента

Результаты обследования

Из инструментальных исследований основными являются

- стоимости метода
- наличия расходников

- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- стоимости метода
- наличия расходников
- ведущих симптомов геморроя
- пожеланий пациента

Диагноз

Тяжесть симптомов анальной инконтиненции определяется с помощью опросника

- визуально – аналоговой шкалы (_VAS_)
- _SF_- 36
- _Wexner_
- _Bristol stool scale_

Наиболее вероятным методом лечения данного пациента является

- хирургическое лечение
- БОС-терапия
- комплекс лечебной физкультуры
- медикаментозное лечение антидиарейными веществами

Пациенту показано оперативное лечение в объеме

- сфинктеролеваторопластики
- сфинктеропластики
- передней сфинктеролеваторопластики
- грацилопластики

В качестве временной меры, так и для постоянного использования, при невозможности хирургической коррекции анальной инконтиненции пациенту рекомендовано применение

- сакральной стимуляции нервов
- анального тампона
- электростимуляции анального сфинктера
- антидиарейных средств

При планируемой грацилопластике, электростимуляция нежной мышцы бедра проводится в

- предоперационном периоде только
- качестве самостоятельного метода лечения
- предоперационном и послеоперационном периоде
- послеоперационном периоде только

Удовлетворительная эффективность традиционной грацилопластики не превышает + ___ + %

- 30
- 50
- 80
- 20

В качестве реабилитации пациента после грацилопластики с целью сохранения жизнеспособности и функциональной активности нежной мышцы бедра рекомендовано

- проведение сакральной стимуляции нервов
- проведение курса ЛФК
- проведение курса электростимуляции нежной мышцы бедра
- использование герметизирующего анального тампона до заживления ран

В качестве реабилитации пациента после грацилопластики с целью сохранения жизнеспособности и функциональной активности нежной мышцы бедра следует рекомендовать

- очистительные клизмы
- применение БОС-терапии
- выведение колостомы
- имплантацию искусственного сфинктера

В раннем послеоперационном периоде независимо от вида хирургического вмешательства по поводу НАС с целью профилактики расхождения швов на мышечных структурах ЗАПК рекомендовано

- очистительные клизмы
- применение БОС-терапии
- выведение колостомы
- имплантацию искусственного сфинктера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 45 лет поступил в специализированное колопроктологическое отделение.

Жалобы

На выделение крови из заднего прохода после акта дефекации, выпадение внутренних узлов, не вправляющихся при помощи ручного пособия.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным в течение 5 лет. Впервые указанные жалобы появились после приема алкогольных напитков. Пациент лечился консервативно – без эффекта.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – грузчик. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд. в мин., АД-120/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Почки, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в день, с примесью крови.

Осмотр перианальной области: язв, мацераций, расчесов нет. Анус сомкнут. Перианальный рефлекс сохранен. На 3, 7, 11 часах расположены увеличенные наружные геморроидальные узлы и выпавшие внутренние геморроидальные узлы.

При пальцевом исследовании тонус сфинктера и волевые усилия удовлетворительные. На 3, 7, 11 часах пальпируются увеличенные внутренние геморроидальные узлы.

Больному рекомендовано проведение

- очистительные клизмы
- применение БОС-терапии
- выведение колостомы
- имплантацию искусственного сфинктера

Результаты обследования

Классификация хронического геморроя состоит из + _____ + стадии/й

- 5
- 2
- 4
- 3

Наиболее вероятным диагнозом является

- 5
- 2
- 4
- 3

Диагноз

Наиболее вероятным методом лечения данного пациента является

- консервативная терапия
- хирургического лечение
- иссечение наружных геморроидальных узлов
- лигирование латексными кольцами

Предпочтительным методом хирургического лечения данного пациента является

- лигирование латексными кольцами
- склеротерапия
- инфракрасная фотокоагуляция
- геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем

Альтернативным методом лечения данного заболевания является

- лигирование латексными кольцами
- инфракрасная фотокоагуляция
- лазерная деструкция геморроидальных узлов
- дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии

Одним из важных компонентов послеоперационной реабилитации на раннем этапе является

- проведение курса БОС-терапии

- устранение запоров, формирование нормальной консистенции стула
- использование анальных тампонов
- комплексное физиотерапевтическое лечение

При плановой госпитализации по поводу хронического геморроя выписка пациента в зависимости от характера оперативного лечения осуществляется на + ____ + день после хирургического лечения

- 10
- 2-5
- 9-15
- 20

Пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу геморроидальной болезни, рекомендуется

- электростимуляция анального сфинктера
- БОС-терапия
- курс ЛФК
- проведение многоэтапных реабилитационных мероприятий

В послеоперационном периоде для купирования болевого синдрома рекомендуется

- назначение инфузионной терапии
- применение ненаркотических анальгетиков
- применение наркотических анальгетиков
- антибиотикотерапия

Всем пациентам при появлении первых симптомов геморроидальной болезни рекомендуется

- консультация гастроэнтеролога
- консультация колопроктолога
- консультация хирурга
- выполнение колоноскопии

Целью 2-го этапа реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение геморроя, является

- окончательная эпителизация послеоперационных ран и профилактика развития послеоперационных осложнений
- купирование послеоперационного болевого синдрома

- нормализация работы желудочно-кишечного тракта с формированием нормальной консистенции и частоты стула
- восстановление функции держания