

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Утверждено
Ученый совет ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)
«12» мая 2025
протокол №4

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Основы колопроктологии

основная профессиональная Высшее образование - специалитет - программа специалитета

31.00.00 Клиническая медицина

31.05.02 Педиатрия

Фонд оценочных средств

**I Тестовые задания 3-го уровня, с возможностью выбора одного
правильного ответа.**

1. Анатомия и физиология толстой кишки и промежности

Вопрос 1

Какая из перечисленных структур в норме располагается проксимальнее зубчатой (прямокишечно-анальной) линии?

- а) Анальные сосочки
- б) Морганиевы крипты
- в) Столбы Морганьи
- г) Зона анальных желез
- д) Переходный эпителий анального канала

Правильный ответ: в

Вопрос 2

Какая артерия является основным источником кровоснабжения сигмовидной кишки?

- а) Верхняя брыжеечная артерия
- б) Нижняя брыжеечная артерия
- в) Внутренняя подвздошная артерия
- г) Средняя прямокишечная артерия
- д) Наружная подвздошная артерия

Правильный ответ: б

Вопрос 3

Какая из мышц не участвует в формировании наружного анального сфинктера?

- а) Подвздошно-копчиковая мышца
- б) Поверхностная порция наружного сфинктера

- в) Подкожная порция наружного сфинктера
- г) Глубокая порция наружного сфинктера
- д) Лобково-прямокишечная мышца (puborectalis)

Правильный ответ: а

Вопрос 4

Какой отдел толстой кишки в норме полностью покрыт брюшиной интраперитонеально?

- а) Восходящая ободочная кишка
- б) Нисходящая ободочная кишка
- в) Слепая кишка
- г) Средняя ампула прямой кишки
- д) Нижнеампулярный отдел прямой кишки

Правильный ответ: в

2. Диагностика и семиотика колопроктологических заболеваний

Вопрос 5

Какой метод считается «золотым стандартом» диагностики рака толстой кишки?

- а) Ирригоскопия с двойным контрастированием
- б) КТ-колонография
- в) Колоноскопия с биопсией
- г) Анализа кала на скрытую кровь
- д) Определение уровня РЭА в крови

Правильный ответ: в

Вопрос 6

Какое исследование позволяет наиболее точно оценить функцию анальных сфинктеров?

- а) Сфинктерометрия
- б) Аноректальная манометрия с профилометрией
- в) Дефекография
- г) Эндоанальное УЗИ
- д) Проктография с эвакуацией бария

Правильный ответ: б

Вопрос 7

Какой симптом характерен для острого парапроктита на стадии инфильтрации?

- а) Свищевое отверстие с гнойным отделяемым
- б) Болезненное уплотнение в перианальной области без флюктуации
- в) Самопроизвольное вскрытие гнойника
- г) Стойкое выпадение прямой кишки
- д) Кровотечение при дефекации

Правильный ответ: б

Вопрос 8

Какое эндоскопическое описание соответствует воспалительному полипу толстой кишки?

- а) Плоское образование с неровной поверхностью, покрытое неизменной слизистой
- б) Педиккулярное образование гладкое, бледно-розовое
- в) Бессосудистое, мягкое, гиперемированное образование на широком основании, покрытое эрозиями

- г) Субэпителиальное образование с желтоватым оттенком
- д) Пигментированное плоское пятно (меланин)

Правильный ответ: в

3. Геморрой

Вопрос 9

Сколько степеней хронического геморроя выделяют согласно классификации (Голигорского – Банова)?

- а) 2
- б) 3
- в) 4
- г) 5
- д) 6

Правильный ответ: в

Вопрос 10

Какое осложнение геморроя является абсолютным показанием к экстренному хирургическому лечению?

- а) Анальная трещина
- б) Тромбоз наружного геморроидального узла
- в) Ущемление внутреннего геморроидального узла с некрозом
- г) Анемия
- д) Мокнутие заднего прохода

Правильный ответ: в

Вопрос 11

Какой метод лечения геморроя II степени наиболее доказанно эффективен (уровень А согласно клиническим рекомендациям)?

- а) Латексное лигирование
- б) Инфракрасная коагуляция
- в) Радиоволновая вапоризация
- г) Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану
- д) Криодеструкция

Правильный ответ: а

Вопрос 12

Какое из перечисленных средств не относится к флеботоническим препаратам, применяемым при геморрое?

- а) Диосмин
- б) Гесперидин
- в) Троксерутин
- г) Детралекс (микронизированная очищенная флавоноидная фракция)
- д) Дротаверина гидрохлорид

Правильный ответ: д

Вопрос 13

Какой симптом характерен для наружного тромбоза геморроидального узла?

- а) Выделение алой крови вне дефекации

- б) Резкая боль, усиливающаяся при пальпации узла
- в) Зуд и жжение в анусе без боли
- г) Выпадение узлов при натуживании
- д) Слизистые выделения

Правильный ответ: б

4. Анальная трещина

Вопрос 14

Какова наиболее частая локализация анальной трещины у взрослых мужчин?

- а) Передняя комиссура (12 часов по циферблату)
- б) Задняя комиссура (6 часов)
- в) Левая боковая стенка (3 часа)
- г) Правая боковая стенка (9 часов)
- д) Циркулярно

Правильный ответ: б

Вопрос 15

Какое из утверждений о механизмах формирования анальной трещины является доказанным?

- а) Всегда связана с геморроем
- б) Ключевой фактор – гипертонус внутреннего анального сфинктера
- в) Возникает исключительно на фоне болезни Крона
- г) Никогда не заживает без операции
- д) Ассоциирована с лейомиомой прямой кишки

Правильный ответ: б

Вопрос 16

Какое средство выбора для химической денервации сфинктера при хронической анальной трещине?

- а) Глицерилтринитрат (нитроглицерин 0,2-0,4%)
- б) Ботулотоксин типа А
- в) Верапамил
- г) Фенилэфрин
- д) Ксилокаин 2%

Правильный ответ: б

5. Эпителиальный копчиковый ход

Вопрос 17

Какова наиболее вероятная этиология эпителиального копчикового хода?

- а) Врожденная эпителиальная киста
- б) Приобретенное врастание волос в подкожную клетчатку межъягодичной области
- в) Остаток нейрогенной трубки
- г) Дегенерация копчика
- д) Туберкулезное поражение

Правильный ответ: б

Вопрос 18

При каком типе течения эпителиального копчикового хода показано плановое радикальное иссечение?

- а) Острый абсцесс
- б) Хроническое рецидивирующее течение с первичными и вторичными свищевыми ходами
- в) Бессимптомное носительство
- г) Спонтанная ремиссия
- д) Кальциноз хода

Правильный ответ: б

Вопрос 19

Каким дренированием завершается операция по поводу острого абсцесса эпителиального копчикового хода?

- а) Глухой шов
- б) Марлевая турунда без фиксации
- в) Трубчатый дренаж с активной аспирацией
- г) Полуоткрытый метод с вторичным заживлением
- д) Установка катетера для постоянного орошения

Правильный ответ: г

6. Свищи прямой кишки и парапроктит

Вопрос 20

Какой из перечисленных свищей прямой кишки относится к наиболее сложным (IV тип по классификации Паркса)?

- а) Трансфинктерный
- б) Экстрасфинктерный
- в) Интрасфинктерный
- г) Супрасфинктерный
- д) Трансlevatorный

Правильный ответ: б

Вопрос 21

Какой метод визуализации считается оптимальным для предоперационной оценки свища прямой кишки?

- а) МРТ малого таза с контрастом
- б) Эндоанальное УЗИ
- в) Фистулография
- г) КТ с внутривенным контрастированием
- д) Ректороманоскопия

Правильный ответ: а

Вопрос 22

Какое из состояний является наиболее частой причиной рецидива свища прямой кишки после операции?

- а) Неполное иссечение внутреннего отверстия
- б) Послеоперационный парез кишечника
- в) Антибиотикорезистентность
- г) Диабет
- д) Возраст старше 60 лет

Правильный ответ: а

Вопрос 23

Каков стандарт хирургического лечения острого парапроктита?

- а) Консервативная антибактериальная терапия
- б) Вскрытие и дренирование гнойника
- в) Назначение ферментов
- г) Физиотерапия
- д) Пункция гнойника с аспирацией

Правильный ответ: б

7. Дивертикулярная болезнь толстой кишки

Вопрос 24

Какая локализация дивертикулов наиболее часто встречается в европейской популяции?

- а) Восходящая ободочная кишка
- б) Поперечная ободочная кишка
- в) Сигмовидная кишка
- г) Слепая кишка
- д) Прямая кишка

Правильный ответ: в

Вопрос 25

Какой метод лучевой диагностики является методом выбора при подозрении на острый дивертикулит?

- а) Обзорная рентгенография брюшной полости
- б) КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- в) Ирригоскопия с барием
- г) УЗИ брюшной полости
- д) МРТ без контраста

Правильный ответ: б

Вопрос 26

Согласно классификации Хинчи (Hinchey), стадия I острого дивертикулита это:

- а) Периколический абсцесс
- б) Перитонит с разлитым гноем
- в) Флегмона околокишечной клетчатки
- г) Гнойный перитонит
- д) Каловый перитонит

Правильный ответ: в

Вопрос 27

Какое осложнение дивертикулярной болезни требует неотложной операции в первую очередь?

- а) Кишечное кровотечение
- б) Формирование свища
- в) Свободная перфорация дивертикула с разлитым перитонитом
- г) Стеноз кишки
- д) Дисбактериоз

Правильный ответ: в

8. Синдром десценции тазового дна

Вопрос 28

Какой метод считается «золотым стандартом» в диагностике ректоцеле?

- а) Эндоанальное УЗИ
- б) Дефекография (проктография с эвакуацией)
- в) МРТ в покое и при натуживании
- г) Колоноскопия
- д) Манометрия

Правильный ответ: б

Вопрос 29

Какая степень ректоцеле (по классификации Oxford) требует хирургической коррекции?

- а) I степень (выпячивание до 2 см)
- б) II степень (2-4 см)
- в) III степень (>4 см)
- г) Любая степень при бессимптомном течении
- д) Только IV степень (опущение за пределы промежности)

Правильный ответ: в

Вопрос 30

Какое нехирургическое лечение является первой линией при синдроме десценции тазового дна?

- а) Регулярный прием слабительных
- б) Биологическая обратная связь (biofeedback) с тренировкой мышц тазового дна
- в) Электромиостимуляция
- г) Установка пессария
- д) Диета с высоким содержанием клетчатки

Правильный ответ: б

9. Полипы и полипозные синдромы

Вопрос 31

Какой гистологический тип полипа обладает наибольшим малигнизационным потенциалом?

- а) Тубулярная аденома
- б) Ворсинчатая (виллезная) аденома
- в) Тубуло-ворсинчатая аденома
- г) Гиперпластический полип
- д) Воспалительный полип

Правильный ответ: б

Вопрос 32

Какая мутация характерна для семейного аденоматозного полипоза (FAP)?

- а) APC-ген
- б) MLH1
- в) KRAS
- г) TP53
- д) BRAF

Правильный ответ: а

Вопрос 33

Какой минимальный размер полипа толстой кишки рекомендован к эндоскопическому удалению?

- а) Все полипы любого размера
- б) Только полипы >3 см
- в) Полипы ≥ 5 мм
- г) Только ворсинчатые полипы
- д) Только полипы с ножкой

Правильный ответ: в

Вопрос 34

Какой синдром характеризуется развитием ювенильных полипов наряду с геморрагической телеангиэктазией?

- а) Синдром Коудена
- б) Синдром Пейтца-Егерса
- в) Синдром Гарднера
- г) Синдром Крона-Канада
- д) Ювенильный полипоз

Правильный ответ: б

10. Рак ободочной кишки

Вопрос 35

Какое из утверждений о локализации рака ободочной кишки верно?

- а) Наиболее часто поражается слепая кишка
- б) Чаще всего – сигмовидная и нисходящая кишка
- в) Преимущественно поперечная ободочная кишка
- г) Частота одинакова по всем отделам
- д) Ректосигмоидный отдел имеет наименьшую частоту

Правильный ответ: б

Вопрос 36

Какой серологический маркер используется для мониторинга после лечения рака толстой кишки?

- а) СА 19-9
- б) РЭА (раково-эмбриональный антиген)
- в) СА 125
- г) AFP
- д) SCC

Правильный ответ: б

Вопрос 37

Какая схема адъювантной химиотерапии является стандартной для III стадии рака ободочной кишки?

- а) FOLFOX (5-ФУ + оксалиплатин + лейковорин)
- б) FOLFIRI (5-ФУ + иринотекан)
- в) Капецитабин монотерапия
- г) Бевацизумаб + FOLFOX
- д) Пеметрексед

Правильный ответ: а

Вопрос 38

Какой минимальный объем лимфодиссекции при правосторонней гемиколэктомии по поводу рака считается адекватным?

- а) Удаление только параколических узлов
- б) Удаление узлов вдоль подвздошно-ободочной артерии
- в) Удаление не менее 12 лимфоузлов
- г) Удаление всех узлов от корня верхней брыжеечной артерии
- д) Достаточно интраоперационной биопсии сигнального узла

Правильный ответ: в

11. Рак прямой кишки

Вопрос 39

Какое расстояние от аноректальной линии считается низкорасположенным раком прямой кишки?

- а) До 2 см
- б) До 5 см
- в) До 8 см
- г) До 10 см
- д) До 12 см

Правильный ответ: б

Вопрос 40

Какой метод лечения является стандартом для местнораспространенного (сT3-4, N+) рака средней и нижней ампулы прямой кишки?

- а) Неоадьювантная химиолучевая терапия с последующей тотальной мезоректумэктомией
- б) Немедленная низкая передняя резекция
- в) Трансанальная эндоскопическая микрохирургия
- г) Паллиативная колостомия
- д) Только лучевая терапия

Правильный ответ: а

Вопрос 41

Что такое «циркулярный край резекции» (CRM, circumferential resection margin) при хирургии рака прямой кишки?

- а) Расстояние от опухоли до брыжеечного края кишки
- б) Расстояние от опухоли до дистального края резекции
- в) Расстояние от наиболее глубокой инвазии до мезоректальной фасции
- г) Отступ от проксимального края опухоли
- д) Толщина стенки кишки на уровне опухоли

Правильный ответ: в

Вопрос 42

Какой тип резекции выполняется при раке нижеампулярного отдела прямой кишки с инвазией во внутренний сфинктер?

- а) Низкая передняя резекция
- б) Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по Майлзу
- в) Трансанальная эндоскопическая операция
- г) Субтотальная колэктомия

д) Операция Хартманна

Правильный ответ: б

12. Рак анального канала

Вопрос 43

Какова наиболее частая гистологическая форма рака анального канала в 90% случаев?

- а) Аденокарцинома
- б) Плоскоклеточный рак
- в) Меланома
- г) Лимфома
- д) Саркома

Правильный ответ: б

Вопрос 44

Какой стандарт лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака анального канала (T2-4, N0-3)?

- а) Химиолучевая терапия по схеме ММС+5-FU+лучевая терапия (протокол Nigro)
- б) Абдомино-перинеальная резекция
- в) Неоадьювантная химиотерапия с последующей операцией
- г) Только лучевая терапия
- д) Только химиотерапия

Правильный ответ: а

Вопрос 45

Какой вирус ассоциирован с развитием рака анального канала?

- а) Эпштейна-Барр
- б) Вирус папилломы человека (ВПЧ, преимущественно 16 и 18 типы)
- в) Цитомегаловирус
- г) Вирус гепатита В
- д) Ретровирус HTLV-1

Правильный ответ: б

13. Язвенный колит и болезнь Крона

Вопрос 46

Какая эндоскопическая характеристика наиболее типична для язвенного колита?

- а) Сегментарное поражение с «прыгающими» участками
- б) Непрерывное поражение толстой кишки от ануса проксимально
- в) Афтозные язвы в подвздошной кишке
- г) Стриктуры с престенотическим расширением
- д) Свищи в мочевого пузырь

Правильный ответ: б

Вопрос 47

Какой гистологический признак наиболее специфичен для болезни Крона?

- а) Крипт-абсцессы
- б) Гранулемы без казеоза
- в) Атрофия крипт
- г) Очаговая утолщенная мышечная пластинка

д) Эозинофильная инфильтрация

Правильный ответ: б

Вопрос 48

Какой шкала используется для оценки эндоскопической активности язвенного колита?

- а) Шкала Мейо (Mayo score)
- б) Индекс Беста (CDAI)
- в) Шкала Харви-Бредшоу
- г) Индекс активности проктита
- д) Шкала Ван Ассельберга

Правильный ответ: а

Вопрос 49

Какое осложнение болезни Крона является наиболее частым показанием к операции?

- а) Свищи
- б) Стриктуры с явлениями кишечной непроходимости
- в) Пенетрирующая форма с абсцессом
- г) Массивное кровотечение
- д) Токсический мегаколон

Правильный ответ: б

Вопрос 50

Какой препарат является ингибитором Янус-киназы (JAK-ингибитором), зарегистрированным для лечения язвенного колита?

- а) Инфликсимаб
- б) Устекинумаб
- в) Товацитиниб (тофацитиниб)
- г) Ведолизумаб
- д) Метилпреднизолон

Правильный ответ: в

II Набор клинических задач по темам.

1. ГЕМОРРОЙ

Задача 1.

Пациентка 32 лет обратилась с жалобами на дискомфорт в анальной области, периодическое выделение небольшого количества алой крови на туалетной бумаге после дефекации. При осмотре в положении на спине: наружные геморроидальные узлы не увеличены. При anoscopy: внутренние геморроидальные узлы увеличены, определяются выше зубчатой линии, при натуживании не выпадают из анального канала.

Вопрос 1. Какова степень хронического геморроя у пациентки (классификация по Голдгорскому-Банову)?

Вопрос 2. Какие методы малоинвазивного лечения показаны пациентке в первую очередь при отсутствии эффекта от консервативной терапии?

Вопрос 3. Какие режимные мероприятия необходимо рекомендовать в качестве базовой терапии?

Задача 2.

Пациент 45 лет страдает хроническим геморроем в течение 7 лет. Предъявляет жалобы на выпадение внутренних геморроидальных узлов при каждой дефекации с необходимостью ручного вправления, периодическое необильное кровотечение. Консервативная терапия эффекта не дала.

Вопрос 1. Какая стадия геморроя у пациента?

Вопрос 2. Какой метод малоинвазивного лечения является наиболее доказанно эффективным у пациента в данной стадии (согласно клиническим рекомендациям Ассоциации колопроктологов России 2024 года)?

Вопрос 3. Какое осложнение наиболее характерно для данного метода лечения в первые дни после процедуры?

Задача 3.

Пациент 58 лет обратился с жалобами на постоянное выпадение внутренних геморроидальных узлов, которые не вправляются ручным способом. Отмечает периодическое ущемление выпавших узлов с выраженной болью. При осмотре: в анальной области определяются увеличенные внутренние узлы, покрытые слизистой, с участками изъязвления.

Вопрос 1. Какая стадия геморроя у пациента?

Вопрос 2. Какой метод хирургического лечения является стандартом в данной стадии?

Вопрос 3. Назовите основной риск послеоперационного осложнения, характерный для открытой геморроидэктомии по Миллигану-Моргану.

Задача 4.

Пациент 40 лет обратился с острой болью в анальной области, возникшей несколько часов назад после подъема тяжести. При осмотре: в области 7 часов по циферблату определяется резко болезненное, плотное, синюшно-багровое образование размером около 1,5 см, сглаживающее складки перианальной кожи.

Вопрос 1. Какое осложнение геморроидальной болезни развилось у пациента?

Вопрос 2. Каков оптимальный объем лечения в данной ситуации при обращении в первые 48 часов от начала заболевания?

Вопрос 3. Какие мероприятия показаны пациенту после купирования острого состояния для предотвращения рецидива?

Задача 5.

Пациент 62 лет длительно страдает геморроем. Предъявляет жалобы на слабость, бледность кожи, головокружение, черный стул. При осмотре: кожные покровы бледные, гемоглобин 78 г/л. Аноскопия: увеличенные внутренние геморроидальные узлы с признаками активного кровотечения.

Вопрос 1. Какое состояние развилось у пациента вследствие хронической кровопотери?

Вопрос 2. Каков алгоритм ведения пациента (что необходимо выполнить в первую очередь)?

Вопрос 3. Какая стадия геморроя чаще всего приводит к развитию данного осложнения?

Задача 6.

Пациент 51 года поступил в экстренном порядке с жалобами на резкую боль в области заднего прохода, невозможность вправить выпавшие геморроидальные узлы. При осмотре: из анального канала выступает увеличенный геморроидальный узел темно-фиолетового цвета с участками некроза.

Вопрос 1. Какое осложнение развилось у пациента?

Вопрос 2. Является ли данное состояние абсолютным показанием к экстренному хирургическому лечению?

Вопрос 3. Какой объем оперативного вмешательства показан в данной ситуации?

Задача 7.

Пациент 35 лет предъявляет жалобы на периодическое выделение алой крови из заднего прохода во время дефекации. При осмотре: наружные геморроидальные узлы не увеличены. Аноскопия: геморроидальных узлов не определяется.

Вопрос 1. Какое заболевание, помимо геморроя, необходимо исключить в первую очередь?

Вопрос 2. Какой метод инструментальной диагностики наиболее информативен у данного пациента?

Вопрос 3. Укажите наиболее опасную причину ректального кровотечения, требующую исключения.

Задача 8.

Пациент 47 лет обратился с жалобами на наличие наружных геморроидальных узлов, которые прощупываются в анальной области постоянно, а также на периодическое выпадение внутренних узлов при дефекации с самостоятельным вправлением.

Вопрос 1. Как называется данная форма геморроя?

Вопрос 2. Какие методы лечения могут быть использованы у данного пациента?

Вопрос 3. Каков прогноз эффективности консервативной терапии у данного пациента?

2. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

Задача 9.

Пациентка 28 лет, страдающая хроническими запорами, жалуется на резкую жгучую боль в заднем проходе во время и после дефекации, небольшое количество крови на туалетной бумаге. Боль держится от нескольких минут до 2-3 часов после опорожнения кишечника. При осмотре: при разведении ягодич в области 6 часов по циферблату определяется линейный дефект слизистой без признаков хронизации.

Вопрос 1. Какой клинический диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Каков механизм развития болевого синдрома у пациентки?

Вопрос 3. Какие мероприятия первой линии показаны пациентке для консервативного лечения?

Задача 10.

Пациент 42 года предъявляет жалобы на длительно существующую анальную трещину в течение 8 месяцев. Отмечает боль после дефекации, которая стала менее интенсивной, но более длительной, иногда сохраняется до следующей дефекации. При осмотре: в области 6 часов определяется дефект слизистой с утолщенными краями, дно трещины покрыто фибрином, определяется сентинельный бугорок у наружного края трещины и гипертрофированный анальный сосочек у внутреннего.

Вопрос 1. Какие признаки свидетельствуют о хронизации процесса?

Вопрос 2. Какое патогенетическое изменение сфинктера характерно для хронической

анальной трещины?

Вопрос 3. Какой метод лечения показан при неэффективности консервативной терапии в течение 6-8 недель?

Задача 11.

Пациент 34 года с установленным диагнозом болезни Крона предъявляет жалобы на длительно незаживающую анальную трещину, периодические гнойные выделения из заднего прохода. При осмотре: в области 3 часов определяется глубокая язва с подрывными краями, из которой при надавливании выделяется гной. Определяются также изменения кожи перианальной области по типу «бахромы».

Вопрос 1. Почему стандартное лечение анальной трещины (например, латеральная сфинктеротомия) противопоказано у данного пациента?

Вопрос 2. Какова тактика ведения такой анальной трещины?

Вопрос 3. Какое исследование необходимо для уточнения протяженности свищевого хода?

Задача 12.

Пациентка 55 лет с длительно существующей хронической анальной трещиной. За последние 3 месяца отметила появление гнойных выделений из заднего прохода, усиление болей. При осмотре: в области трещины определяется свищевое отверстие, при ректальном пальцевом исследовании определяется тяж, идущий от внутреннего отверстия трещины в сторону ишоректальной клетчатки.

Вопрос 1. Какое осложнение развилось у пациентки?

Вопрос 2. Как классифицируется данное состояние по отношению к волокнам сфинктера?

Вопрос 3. Каков объем хирургического вмешательства при данном осложнении?

3. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД (ПИЛОНИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ)

Задача 13.

Пациент 22 года, страдающий избыточной массой тела и повышенной волосатостью, обратился с жалобами на резкую боль в крестцово-копчиковой области, повышение температуры до 38,5°C. При осмотре: в межъягодичной области определяется гиперемия, отек, резко болезненная флюктуирующая опухоль размером 4×5 см.

Вопрос 1. Какое состояние развилось у пациента?

Вопрос 2. Какова неотложная тактика ведения?

Вопрос 3. Почему данное состояние может рецидивировать после простого вскрытия и дренирования?

Задача 14.

Пациент 27 лет предъявляет жалобы на периодическое появление гнойных выделений из точечных отверстий в межъягодичной области, заживающих с формированием рубцов. В анамнезе – дважды перенесенный острый парапроктит в области копчика, леченный вскрытием и дренированием. При осмотре: в межъягодичной области определяются 3 точечных отверстия с гнойным отделяемым, рубцы после предыдущих вмешательств.

Вопрос 1. Какое заболевание является основным в дифференциальной диагностике и требовало исключения при подозрении на эпителиальный копчиковый ход?

Вопрос 2. Какой метод хирургического лечения является радикальным при хроническом рецидивирующем течении?

Вопрос 3. Какие факторы риска способствуют развитию заболевания и его рецидивам?

Задача 15.

Пациент 45 лет обратился с жалобами на наличие плотного, болезненного образования в области копчика, усиление болей при длительном сидении. При осмотре: пальпируется плотное образование размером 3×4 см, спаянное с копчиком, кожа над ним не изменена. Свищевых отверстий нет.

Вопрос 1. Какое заболевание, помимо эпителиального копчикового хода, необходимо заподозрить в первую очередь?

Вопрос 2. Какой метод инструментальной диагностики наиболее информативен для уточнения диагноза?

Вопрос 3. Какова этиология эпителиального копчикового хода (согласно современным представлениям)?

4. ПАРАПРОКТИТ. СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Задача 16.

Пациент 38 лет поступил с жалобами на пульсирующую боль в области промежности слева, усиливающуюся при ходьбе, повышение температуры до 39,0°C, озноб. При осмотре: асимметрия ягодиц за счет выбухания в левой седалищно-прямокишечной области, гиперемия кожи, резкая болезненность при пальпации. Пальцевое ректальное исследование: резкая болезненность в проекции левой стенки кишки, определяется инфильтрат.

Вопрос 1. Какая форма острого парапроктита наиболее вероятна?

Вопрос 2. Каковы анатомические ориентиры для доступа при вскрытии данной формы парапроктита?

Вопрос 3. Какова вероятность формирования хронического свища прямой кишки после нерадикального вскрытия данной формы парапроктита?

Задача 17.

Пациент 52 года перенес острый парапроктит 3 месяца назад, было выполнено вскрытие и дренирование. В последующем сформировалось наружное свищевое отверстие в области промежности, из которого периодически выделяется гной. При зондировании: свищевой ход проходит через леваторную мышцу. При МРТ: свищ проходит кнаружи от наружного сфинктера.

Вопрос 1. Каков тип свища по классификации Паркса?

Вопрос 2. Почему данный тип свища считается наиболее сложным для хирургического лечения?

Вопрос 3. Каков оптимальный объем предоперационного обследования для данного пациента?

Задача 18.

Пациент 29 лет обратился с жалобами на ноющие боли в прямой кишке, чувство инородного тела, субфебрильную температуру. При осмотре перианальной области: патологии не выявлено. Пальцевое ректальное исследование: резкая болезненность при пальпации задней стенки прямой кишки на высоте 3 см от ануса, определяется флюктуация.

Вопрос 1. Какая форма острого парапроктита наиболее вероятна?

Вопрос 2. Какова тактика ведения пациента?

Вопрос 3. Каков прогноз в отношении формирования свища после адекватного лечения?

Задача 19.

Пациент 44 года предъявляет жалобы на постоянное гнойное отделяемое из перианального отверстия, периодические обострения с болями и повышением температуры. При зондировании: свищевой ход проходит через наружный сфинктер. При МРТ: свищ пересекает наружный и внутренний сфинктеры.

- Вопрос 1. Каков тип свища по классификации Паркса?
Вопрос 2. Каковы основные принципы хирургического лечения данного типа свища?
Вопрос 3. Какое осложнение является наиболее опасным при хирургическом лечении данного типа свища?

5. ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Задача 20.

Пациент 60 лет с ожирением и хроническими запорами обратился с жалобами на боли в левой подвздошной области, субфебрильную температуру, задержку стула. При осмотре: пальпаторная болезненность в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Анализ крови: лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 28 мм/ч. КТ брюшной полости: дивертикулы сигмовидной кишки, утолщение стенки кишки, инфильтрация параколической клетчатки, абсцесса нет.

- Вопрос 1. Какая форма дивертикулярной болезни у пациента (осложненная/неосложненная)?
Вопрос 2. Какая стадия по классификации Hinchey соответствует данной картине?
Вопрос 3. Каков оптимальный объем консервативной терапии?

Задача 21.

Пациент 65 лет, с установленным ранее дивертикулезом сигмовидной кишки, госпитализирован с жалобами на резкие боли внизу живота, лихорадку до $38,5^\circ\text{C}$. КТ брюшной полости: утолщение стенки сигмовидной кишки с абсцессом в параколической клетчатке размером 4×5 см, отграниченным от свободной брюшной полости.

- Вопрос 1. Какая стадия по классификации Hinchey у пациента?
Вопрос 2. Какова тактика лечения?
Вопрос 3. Каков прогноз эффективности чрескожного дренирования данного абсцесса?

Задача 22.

Пациент 70 лет доставлен в экстренном порядке с клиникой разлитого перитонита. В анамнезе – дивертикулез сигмовидной кишки. При КТ: свободный газ в брюшной полости, жидкость в отлогах местах. Интраоперационно: разлитой гнойный перитонит, перфорация дивертикула.

- Вопрос 1. Какая стадия по классификации Hinchey у пациента?
Вопрос 2. Каков оптимальный объем оперативного вмешательства при стабильном состоянии пациента?
Вопрос 3. Почему наложение первичного анастомоза при данной операции нежелательно?

Задача 23.

Пациент 68 лет госпитализирован с массивным ректальным кровотечением (выделение алой крови сгустками). В анамнезе – дивертикулез ободочной кишки. Гемодинамика стабильная. Колоноскопия: кровотечение из дивертикула восходящей ободочной кишки.

- Вопрос 1. Каковы методы эндоскопического гемостаза, применимые в данной ситуации?
Вопрос 2. При неэффективности эндоскопического гемостаза – каков объем хирургического вмешательства?
Вопрос 3. Какие методы предоперационной локализации источника кровотечения наиболее информативны?

6. СИНДРОМ ДЕСЦЕНЦИИ ТАЗОВОГО ДНА. РЕКТОЦЕЛЕ

Задача 24.

Пациентка 54 года, многорожавшая, предъявляет жалобы на затрудненную дефекацию, необходимость использования ручной помощи (влагалищная поддержка) для опорожнения прямой кишки, чувство неполного опорожнения после дефекации. При осмотре: при натуживании определяется выпячивание задней стенки влагалища в просвет.

Вопрос 1. Какое состояние наиболее вероятно у пациентки?

Вопрос 2. Какой метод инструментальной диагностики является «золотым стандартом» для подтверждения диагноза и оценки степени?

Вопрос 3. Какое нехирургическое лечение является первой линией?

Задача 25.

Пациентка 68 лет обратилась с жалобами на выпадение кишки из заднего прохода при дефекации, которое она вправляет рукой самостоятельно. Отмечает недержание газов и жидкого кала. При осмотре в положении на корточках: при натуживании выпадает цилиндрическое образование розового цвета с концентрической складчатостью.

Вопрос 1. Какой тип выпадения прямой кишки у пациентки?

Вопрос 2. С каким функциональным расстройством ассоциировано данное состояние?

Вопрос 3. Каков «золотой стандарт» хирургического лечения у данной возрастной группы?

Задача 26.

Пациентка 60 лет предъявляет жалобы на чувство давления в области таза, дискомфорт в положении стоя, запоры. При дефекографии: во время дефекации определяется выпячивание петель тонкой кишки, опускающихся ниже тазового дна, вдавливающих заднюю стенку влагалища и переднюю стенку прямой кишки.

Вопрос 1. Какое состояние диагностировано у пациентки?

Вопрос 2. Какой метод лечения показан при наличии симптомов?

Вопрос 3. Как дифференцировать ректоцеле и энтероцеле при физикальном осмотре?

7. ПОЛИПЫ И ПОЛИПОЗНЫЕ СИНДРОМЫ

Задача 27.

Пациент 67 лет обратился с жалобами на выделение слизи с прожилками крови из заднего прохода, периодическую диарею. При колоноскопии: в сигмовидной кишке определяется полип на широком основании, мягкой консистенции, ворсинчатой структуры, размером 3×4 см.

Вопрос 1. Какова тактика лечения данного полипа?

Вопрос 2. Каков риск малигнизации данной гистологической формы полипа?

Вопрос 3. С каким симптомом может быть связано выраженное слизистое отделяемое при данном типе полипа?

Задача 28.

Пациент 25 лет обследован в связи с семейным анамнезом: у отца в 35 лет диагностирован рак толстой кишки. При колоноскопии выявлены множественные (более 100) полипов различного размера по всей толстой кишке.

Вопрос 1. Какая мутация характерна для данного заболевания?

Вопрос 2. Какова рекомендуемая тактика ведения пациента в отношении толстой кишки?

Вопрос 3. Какова частота малигнизации при отсутствии лечения к 40 годам?

Задача 29.

Пациент 18 лет обследован по поводу множественных полипов желудочно-кишечного тракта,

периодических болей в животе. При осмотре: на губах, слизистой рта, ладонях определяются множественные пигментные пятна темно-коричневого цвета.

Вопрос 1. Какой синдром наиболее вероятен?

Вопрос 2. Каков риск малигнизации полипов при данном синдроме?

Вопрос 3. Какие полипы (гистологический тип) характерны для данного синдрома?

Задача 30.

Пациент 55 лет при скрининговой колоноскопии в восходящей ободочной кишке выявлен плоский полип бледно-розового цвета, размерами 8×10 мм, с характерным зубчатым рисунком при хромоэндоскопии.

Вопрос 1. Почему серратированные полипы требуют особого внимания?

Вопрос 2. Какой путь канцерогенеза связан с серратированными полипами?

Вопрос 3. Каковы рекомендованные интервалы наблюдения после удаления серратированного полипа?

8. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Задача 31.

Пациент 62 года обратился с жалобами на слабость, бледность, похудание на 8 кг за 6 месяцев, периодические тупые боли в правой подвздошной области. При пальпации определяется опухолевидное образование в правой подвздошной области. Анализ крови: гемоглобин 82 г/л, железо сыворотки снижено. Кал на скрытую кровь положительный.

Вопрос 1. Каков наиболее вероятный диагноз?

Вопрос 2. Чем объясняется гипохромная анемия у данного пациента?

Вопрос 3. Какой метод исследования является «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?

Задача 32.

Пациент 68 лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, задержку стула до 4-5 дней, чередующуюся с поносами, вздутие живота, примесь алой крови в кале.

Вопрос 1. Какие симптомы свидетельствуют о частичной кишечной непроходимости у пациента?

Вопрос 2. Почему для опухолей левой половины ободочной кишки характерно более раннее появление симптомов кишечной непроходимости по сравнению с правосторонними опухолями?

Вопрос 3. Каков объем оперативного вмешательства при локализации опухоли в сигмовидной кишке без признаков отдаленного метастазирования?

Задача 33.

Пациенту 58 лет выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу аденокарциномы слепой кишки. Патологоанатомическое исследование: T3N1aM0 (опухоль прорастает серозную оболочку, метастазы в 2 из 24 лимфоузлов).

Вопрос 1. Какова стадия заболевания согласно TNM?

Вопрос 2. Показана ли пациенту адъювантная химиотерапия?

Вопрос 3. Какая схема химиотерапии является стандартом в данной клинической ситуации?

Задача 34.

Пациент 72 года доставлен в экстренном порядке с явлениями острой толстокишечной

непроходимости (вздутие живота, задержка стула и газов, рвота). На обзорной рентгенограмме: чаши Клойбера. При колоноскопии – сужение просвета сигмовидной кишки за счет опухоли.

Вопрос 1. Каков объем оперативного вмешательства при стабильном состоянии пациента?

Вопрос 2. Возможно ли выполнение эндоскопической реканализации?

Вопрос 3. Какие методы декомпрессии толстой кишки могут быть использованы в качестве первого этапа лечения у пациента с высоким операционным риском?

9. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Задача 35.

Пациент 55 лет предъявляет жалобы на примесь крови в кале в виде прожилок на поверхности стула, тенезмы, чувство инородного тела в прямой кишке. При пальцевом исследовании: на 4 см от ануса по передней стенке определяется бугристое образование с плотными краями, суживающее просвет кишки.

Вопрос 1. Какое исследование необходимо для определения распространенности процесса (TNM стадирования)?

Вопрос 2. Почему при данном уровне расположения опухоли возникает высокий риск повреждения сфинктерного аппарата при хирургическом лечении?

Вопрос 3. Каков стандарт лечения местнораспространенного рака прямой кишки (T3-4, N+)?

Задача 36.

Пациенту 60 лет с раком среднеампулярного отдела прямой кишки (расстояние от ануса 8 см) выполнена тотальная мезоректумэктомия (ТМЭ).

Вопрос 1. Что является ключевым принципом онкологической радикальности при ТМЭ?

Вопрос 2. Какое расстояние от опухоли до дистального края резекции считается адекватным при раке прямой кишки?

Вопрос 3. Какое осложнение является наиболее частым функциональным последствием низкой передней резекции?

Задача 37.

Пациенту 52 лет с раком прямой кишки cT3N1M0 назначен курс неoadъювантной химиолучевой терапии.

Вопрос 1. Какова цель неoadъювантной терапии у данного пациента?

Вопрос 2. Каков оптимальный интервал между окончанием неoadъювантной терапии и операцией?

Вопрос 3. Какой процент пациентов достигает полного патологического ответа (pCR) после неoadъювантной химиолучевой терапии?

Задача 38.

Пациенту 70 лет с сопутствующей патологией выявлен ранний рак прямой кишки: аденокарцинома T1N0M0, расположенная на 6 см от ануса, размером 2,5×2 см.

Вопрос 1. Может ли быть выполнена трансанальная эндоскопическая операция у данного пациента?

Вопрос 2. Каковы критерии отбора пациентов для трансанальной эндоскопической микрохирургии?

Вопрос 3. Какое послеоперационное осложнение наиболее характерно для трансанальной эндоскопической микрохирургии при низких локализациях?

10. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Задача 39.

Пациент 48 лет предъявляет жалобы на постоянные боли в анальной области, примесь крови и слизи в кале, ощущение инородного тела. При осмотре: в анальном канале определяется язвенно-инфильтративное образование с плотными краями, занимающее 2/3 окружности.

Вопрос 1. Какое гистологическое строение наиболее характерно для рака анального канала?

Вопрос 2. С какой вирусной инфекцией ассоциировано данное заболевание?

Вопрос 3. Какова тактика лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака анального канала?

Задача 40.

Пациент 55 лет обратился с жалобами на ректальное кровотечение, наличие пигментированного образования в области анального канала. При осмотре: в анальном канале определяется пигментированное бугристое образование (коричневого цвета) размером 2×2,5 см.

Вопрос 1. Какой наиболее вероятный диагноз?

Вопрос 2. Каков прогноз при данной локализации меланомы?

Вопрос 3. Каков объем хирургического вмешательства при локализованной меланоме анального канала?

11. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Задача 41.

Пациент 32 года обратился с жалобами на понос до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи, тенезмы, схваткообразные боли внизу живота. Симптомы сохраняются в течение 3 недель. Общее состояние удовлетворительное, субфебрильная температура. При ректороманоскопии: слизистая прямой кишки отечна, гиперемирована, контактно кровоточит, множественные эрозии.

Вопрос 1. Каков наиболее вероятный диагноз?

Вопрос 2. Какая активность язвенного колита (легкая, средняя, тяжелая) у пациента по клиническим критериям (эндоскопическая активность)?

Вопрос 3. Какая стартовая терапия показана пациенту при левостороннем поражении?

Задача 42.

Пациент 28 лет госпитализирован в тяжелом состоянии: частота стула до 12 раз в сутки с примесью крови и гноя, лихорадка 39,0°C, тахикардия 110 в минуту, гемоглобин 85 г/л, альбумин 25 г/л. На обзорной рентгенограмме брюшной полости: расширение поперечной ободочной кишки до 7 см.

Вопрос 1. Какое состояние (осложнение) развилось у пациента?

Вопрос 2. Какова неотложная тактика ведения?

Вопрос 3. Каков прогноз консервативной терапии при данном состоянии?

Задача 43.

Пациент с язвенным колитом на фоне гормональной терапии отметил резкое ухудшение: усиление болей, вздутие живота, исчезновение стула, рвота. При осмотре: живот вздут, болезненный при пальпации, перистальтика отсутствует. На рентгенограмме: расширение поперечной ободочной кишки до 9 см, пневматоз кишечной стенки.

Вопрос 1. Какое грозное осложнение язвенного колита развилось у пациента?

Вопрос 2. Какова тактика ведения?

Вопрос 3. Каков объем оперативного вмешательства?

Задача 44.

Пациент 40 лет с язвенным колитом в анамнезе 10 лет предъявляет жалобы на кожный зуд, утомляемость, желтушность склер. Биохимический анализ крови: ЩФ 450 Ед/л, ГГТП 200 Ед/л, билирубин общий 60 мкмоль/л за счет прямой фракции. Антимитохондриальные антитела отрицательные. МРХПГ: стриктуры внепеченочных желчных протоков с участками расширения («четки»).

Вопрос 1. Какое поражение печени и желчных протоков ассоциировано с язвенным колитом?

Вопрос 2. Каковы методы лечения данного состояния?

Вопрос 3. Каков онкологический риск при данном заболевании?

12. БОЛЕЗНЬ КРОНА

Задача 45. Илеоцекальная форма болезни Крона

Пациент 27 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, диарею до 4-5 раз в сутки, похудание на 5 кг за 2 месяца, субфебрильную температуру. При колоноскопии: в терминальном отделе подвздошной кишки и илеоцекальном клапане – продольные язвы, слизистая по типу «булыжной мостовой».

Вопрос 1. Каков наиболее вероятный диагноз?

Вопрос 2. Какие гистологические признаки наиболее специфичны для данного заболевания?

Вопрос 3. Какая группа препаратов является первой линией при среднетяжелой атаке?

Задача 46.

Пациент 34 года с установленным диагнозом болезни Крона предъявляет жалобы на множественные перианальные свищи с гнойным отделяемым, боли при дефекации. При осмотре: перианальная область отечна, гиперемирована, определяются 2 свищевых хода, рубцовые изменения.

Вопрос 1. Почему стандартная сфинктеротомия при свищах у данного пациента противопоказана?

Вопрос 2. Какая группа препаратов наиболее эффективна при перианальных проявлениях болезни Крона?

Вопрос 3. Какой метод визуализации является «золотым стандартом» для оценки свищей при болезни Крона?

Задача 47.

Пациент 45 лет с болезнью Крона с преимущественным поражением тонкой кишки в течение 15 лет. За последние 6 месяцев отметил усиление болей, вздутие живота после еды, периодическую рвоту. При КТ-энтерографии: в терминальном отделе подвздошной кишки – циркулярная стриктура длиной 4 см с прстенотическим расширением.

Вопрос 1. Какое осложнение болезни Крона развилось у пациента?

Вопрос 2. Каковы методы лечения данной стриктуры (эндоскопические/хирургические)?

Вопрос 3. Почему эндоскопическое баллонное дилатирование имеет высокий риск рецидива стриктуры?

Задача 48.

Пациент 38 лет с болезнью Крона предъявляет жалобы на боли и припухлость в левом коленном суставе, утреннюю скованность, боли в поясничном отделе позвоночника, улучшающиеся при движении и усиливающиеся в покое. При осмотре: умеренный выпот в коленном суставе, ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника.

- Вопрос 1. Какие внекишечные проявления болезни Крона наиболее вероятны у пациента?
Вопрос 2. Какие методы лечения данного состояния (препараты выбора)?
Вопрос 3. Какова HLA-ассоциация при данном заболевании?

13. ЗАДАЧИ ПО СМЕЖНЫМ ТЕМАМ

Задача 49.

Пациентка 35 лет обследована по поводу множественных гамартонных полипов желудочно-кишечного тракта. При осмотре: папулезная сыпь на лице, папилломатозные разрастания на слизистой рта. В анамнезе – рак щитовидной железы в возрасте 28 лет.

- Вопрос 1. Какой синдром следует заподозрить?
Вопрос 2. Какая генетическая мутация характерна для данного синдрома?
Вопрос 3. Каков риск малигнизации полипов при данном синдроме?

Задача 50.

Пациент 33 года предъявляет жалобы на диарею с примесью крови и слизи, тенезмы. При колоноскопии: диффузное поражение прямой и сигмовидной кишки с эрозиями и контактной кровоточивостью. Слизистая подвздошной кишки не изменена. Биопсия: крипт-абсцессы, значительное снижение числа бокаловидных клеток.

- Вопрос 1. Какое воспалительное заболевание кишечника наиболее вероятно?
Вопрос 2. Какие эндоскопические признаки свидетельствуют в пользу язвенного колита?
Вопрос 3. Какие методы лабораторной диагностики могут помочь в дифференциальной диагностике?

ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Геморрой

Задача 1.

- II степень.
- Латексное лигирование, инфракрасная коагуляция, склеротерапия.
- Диета с высоким содержанием клетчатки (25-30 г/сут), достаточное потребление жидкости (1,5-2 л/сут), нормализация стула (исключение запоров), гигиена перианальной области, ограничение времени пребывания на унитазе.

Задача 2.

- III степень.
- Латексное лигирование (уровень А согласно клиническим рекомендациям Ассоциации колопроктологов России 2024 года).
- Болевой синдром, чувство инородного тела, тромбоз лигированного узла, кровотечение (наиболее характерно в первые 7-14 дней).

Задача 3.

- IV степень.
- Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану (открытая или закрытая).
- Кровотечение в раннем послеоперационном периоде; недержание газов и кала при повреждении сфинктера; стриктура анального канала; рецидив геморроя.

Задача 4.

- Острый тромбоз наружного геморроидального узла.
- При обращении в первые 48-72 часа – хирургическое лечение: иссечение тромбированного

узла под местной анестезией. При более позднем обращении – консервативная терапия (НПВС, флеботоники, местно мази, сидячие ванны).

3. Нормализация стула, борьба с запорами, диета, богатая клетчаткой, исключение длительного сидения и подъема тяжестей.

Задача 5.

1. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжелой степени.
2. Госпитализация, гемостатическая терапия, переливание эритроцитарной массы, эндоскопический гемостаз, плановая геморроидэктомия после стабилизации гемоглобина.
3. Чаще III-IV стадии при длительном хроническом кровотечении.

Задача 6.

1. Ущемление внутреннего геморроидального узла с тромбозом и некрозом.
2. Да, ущемление с некрозом является абсолютным показанием к экстренному хирургическому лечению.
3. Геморроидэктомия (удаление ущемленного некротизированного узла).

Задача 7.

1. Рак толстой кишки, полипы, анальная трещина, воспалительные заболевания кишечника (ЯК, болезнь Крона), ангиодисплазия.
2. Колоноскопия.
3. Колоректальный рак.

Задача 8.

1. Комбинированный геморрой (сочетание наружного и внутреннего).
2. Наружные узлы – иссечение (геморроидэктомия). Внутренние узлы – в зависимости от стадии: малоинвазивные методы (лигирование, коагуляция) или комбинированная геморроидэктомия.
3. Консервативная терапия может временно уменьшить симптомы, но полное излечение маловероятно; требуется хирургическое лечение.

Анальная трещина

Задача 9.

1. Острая анальная трещина.
2. Сфинктероспазм – рефлекторное сокращение внутреннего анального сфинктера в ответ на травму слизистой; спазм вызывает ишемию и усиливает боль, замыкая порочный круг.
3. Нормализация стула (слабительные на основе клетчатки или лактулозы), сидячие теплые ванны, местно мази с анестетиком, при сохраняющемся сфинктероспазме – нитроглицериновая мазь 0,2-0,4% или блокаторы кальциевых каналов (дилтиазем, нифедипин) местно.

Задача 10.

1. Длительность более 6-8 недель, утолщенные края трещины, фибрин на дне, наличие сентинельного бугорка и гипертрофированного анального сосочка.
2. Гипертонус внутреннего анального сфинктера.
3. Латеральная внутренняя сфинктеротомия (открытая или закрытая) или ботулинотерапия.

Задача 11.

1. Высокий риск послеоперационного недержания кала и формирования сложных свищей, а также плохого заживления на фоне основного заболевания.
2. Консервативное лечение основного заболевания (биологическая терапия, иммуносупрессоры), местное лечение (ванночки, метронидазол местно), дренирование при формировании абсцесса, при рефрактерных формах – применение биологических препаратов

(инфликсимаб, адалимумаб).

3. МРТ малого таза с контрастом (наиболее информативно для оценки свищей при болезни Крона, чувствительность до 95%).

Задача 12.

1. Формирование свища прямой кишки (хронический парапроктит).
2. Свищ может быть интрасфинктерным, трансфинктерным или супрасфинктерным в зависимости от локализации.
3. Полное иссечение свища с ликвидацией внутреннего отверстия и сохранением функции сфинктера (в зависимости от типа свища: фистулотомия, фистулэктомия с установкой лигатуры, лоскутные операции).

Эпителиальный копчиковый ход

Задача 13.

1. Острый абсцесс эпителиального копчикового хода (острая стадия пилонидальной болезни).
2. Вскрытие и дренирование абсцесса с иссечением первичных отверстий и удалением волос.
3. При простом вскрытии и дренировании без удаления эпителиального хода и волосяных луковиц сохраняется субстрат заболевания, что приводит к рецидиву в 30-50% случаев.

Задача 14.

1. Свищ прямой кишки (хронический парапроктит).
2. Радикальное иссечение (экстирпация) эпителиального копчикового хода в пределах здоровых тканей с пластикой местными тканями или без нее (метод Каридакиса, метод Баском, симметричное иссечение с первичным швом или открытое заживление).
3. Ожирение, глубокий межъягодичный желоб, повышенная волосатость, гигиенические дефекты, длительное сидение.

Задача 15.

1. Тератома крестцово-копчиковой области, дермоидная киста, остеомиелит копчика, туберкулезное поражение, актиномикоз, злокачественное новообразование (очень редко).
2. МРТ (или КТ) – позволяет оценить связь с копчиком, окружающими тканями, исключить другие образования.
3. Приобретенное заболевание, возникающее вследствие врастания волос в подкожную клетчатку межъягодичной области с последующей воспалительной реакцией на инородное тело (волос).

Парапроктит. Свищи прямой кишки

Задача 16.

1. Ишиоректальный парапроктит.
2. Разрез проводят параллельно краю ануса, отступя 2-3 см от него, в зоне наибольшей флюктуации или пальпируемого инфильтрата.
3. Высокая (до 50-70%) при нерадикальном вскрытии – из-за сохранения внутреннего свищевого отверстия (криптогландулярный источник инфекции).

Задача 17.

1. Экстрасфинктерный свищ (IV тип по классификации Паркса).
2. Высокий риск повреждения сфинктерного аппарата и развития недержания кала при попытке иссечения. Требуется предоперационное дренирование (установка лигатуры, сетон-терапия) с последующим низведением лоскута слизистой для закрытия внутреннего отверстия.
3. МРТ малого таза с контрастом (чувствительность 90-95% для классификации свищей), эндоанальное УЗИ (чувствительность ниже), фистулография (устаревающий метод), колоноскопия (исключение ВЗК).

Задача 18.

1. Подслизистый парапроктит.
2. Вскрытие и дренирование гнойника через стенку кишки (трансректальный доступ).
3. При адекватном иссечении внутреннего свищевого отверстия – хороший прогноз (формирование хронического свища минимально), так как сфинктер не вовлечен.

Задача 19.

1. Транссфинктерный свищ (III тип по классификации Паркса, проходит через внутренний и наружный сфинктеры).
2. Иссечение свища с сохранением максимально возможного объема сфинктера; использование сетон-лигатуры (дренирующей или режущей) для постепенного прорезывания; лоскутная операция при высоких рисках недержания.
3. Недержание кала и газов различной степени.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки

Задача 20.

1. Неосложненная форма острого дивертикулита.
2. Стадия 0 (по модифицированной классификации Hinchey) или Ia/Ib – ограниченный воспалительный процесс без абсцесса.
3. Антибактериальная терапия (цефалоспорины + метронидазол или амоксициллин/клавуланат), диета с ограничением клетчатки до стихания воспаления, анальгетики (парацетамол, не НПВС).

Задача 21.

1. Стадия I (периколический абсцесс) по Hinchey.
2. Консервативная терапия (антибиотики) и чрескожное дренирование абсцесса под контролем КТ/УЗИ.
3. Успешное дренирование достигается в 50-66% случаев; при неэффективности требуется оперативное лечение.

Задача 22.

1. Стадия III (разлитой гнойный перитонит) или IV (каловый перитонит).
2. Сигмоидэктомия с формированием колостомы по Гартману.
3. Высокий риск несостоятельности анастомоза из-за острого воспаления, отека тканей, контаминации брюшной полости.

Задача 23.

1. Клипирование сосуда в дивертикуле, инъекция адреналина, аргоноплазменная коагуляция, эндоклипирование.
2. Сегментарная резекция кишки с источником кровотечения.
3. КТ-ангиография или селективная мезентерикография.

Синдром десценции тазового дна. Ректоцеле

Задача 24.

1. Ректоцеле – симптом обструктивной дефекации.
2. Дефекография (проктография с эвакуацией).
3. Тренировка мышц тазового дна (биологическая обратная связь/Biofeedback), диета с высоким содержанием клетчатки, слабительные препараты.

Задача 25.

1. Полное выпадение прямой кишки (rectal prolapse – полный пролапс).
2. Недержание кала (анальная инконтиненция).

3. Перинеальная операция (операция Деломба, операция Альтмейера) – менее травматична для пожилых пациентов. У молодых и активных пациентов – чреспромежностная ректопексия с сеткой.

Задача 26.

1. Энтероцеле.
2. Хирургическое лечение (лапароскопическая сакровагинопексия с сеткой, ушивание дугласова пространства).
3. Ректоцеле диагностируется при вагинальном осмотре как выпячивание задней стенки влагалища в просвет; энтероцеле может выявляться при дефекографии или как баллозирующее образование при вагинальном и ректальном исследовании, исчезающее в положении лежа.

Полипы и полипозные синдромы

Задача 27.

1. Эндоскопическое удаление (электрэк்சизия) с гистологическим исследованием всего удаленного материала. При невозможности эндоскопического удаления (размер более 3-4 см) – хирургическая резекция.
2. Высокий: до 40-50% при ворсинчатом строении и размере >2 см.
3. Гиперсекреция слизи опухолевым эпителием (до 1-2 л в сутки), что может приводить к электролитным нарушениям (синдром McKittrick-Wheelock).

Задача 28.

1. Мутация в гене APC (adenomatous polyposis coli) на хромосоме 5q21.
2. Тотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом (при сохранении прямой кишки требуется пожизненный эндоскопический контроль каждые 6-12 месяцев) или тотальная проктоколэктомия с илеоанальным анастомозом.
3. Практически 100% без профилактической колэктомии (рак развивается в среднем в возрасте 35-40 лет).

Задача 29.

1. Синдром Пейтца-Егерса (PJS).
2. Повышенный риск малигнизации полипов (риск ЖКТ-рака 85% к 70 годам, также повышен риск рака поджелудочной железы, легких, молочной железы, яичек, яичников, матки).
3. Гамартомные полипы (специфический гистологический признак – древовидно-ветвящаяся гладкомышечная строма).

Задача 30.

1. Серратированные полипы могут прогрессировать в колоректальный рак по серратированному пути канцерогенеза (микросателлитная нестабильность, мутация BRAF).
2. Серратированный путь канцерогенеза (мутация BRAF, метилирование промоторов генов репарации – MLH1, MSI-фенотип).
3. При размере полипа >10 мм или наличии дисплазии – контрольная колоноскопия через 3 года. При отсутствии дисплазии и адекватном удалении – через 5 лет.

Рак ободочной кишки

Задача 31.

1. Рак слепой или восходящей ободочной кишки.
2. Опухоль правой половины ободочной кишки часто имеет экзофитный характер, легко травмируется и кровоточит, но кровь смешивается с калом и не всегда видна макроскопически; длительная скрытая кровопотеря приводит к железодефицитной анемии.
3. Колоноскопия с биопсией.

Задача 32.

1. Схваткообразные боли, задержка стула, чередование запоров с поносами, вздутие живота.
2. В левой половине ободочной кишки кал имеет более плотную консистенцию и меньший диаметр просвета, стеноз развивается раньше и проявляется симптомами непроходимости при меньших размерах опухоли.
3. Резекция сигмовидной кишки с лимфодиссекцией.

Задача 33.

1. Стадия III (T3N1M0).
2. Да, адьювантная химиотерапия показана всем пациентам со стадией III рака ободочной кишки.
3. Схема FOLFOX (фторурацил + лейковорин + оксалиплатин) или CAPOX (капецитабин + оксалиплатин) в течение 6 месяцев.

Задача 34.

1. Резекция сигмовидной кишки с опухолью по Гартману (формирование одноствольной колостомы и ушивание дистальной культи кишки).
2. Да, возможно в ограниченных случаях (ректальное кровотечение не купируется другими методами) при наличии условий.
3. Эндоскопическая реканализация (стентирование) – установка саморасширяющегося металлического стента через зону сужения.

Рак прямой кишки

Задача 35.

1. МРТ малого таза для оценки T и N статуса, КТ грудной клетки и брюшной полости для исключения метастазов, эндоректальное УЗИ.
2. Низкая локализация опухоли (<5-6 см от ануса) требует резекции (или экстирпации), при которой наружный сфинктер может быть удален или поврежден.
3. Неоадьювантная химиолучевая терапия с последующей тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ).

Задача 36.

1. Удаление опухоли единым блоком с окружающей мезоректальной клетчаткой (включая лимфоузлы, расположенные в мезоректуме) в пределах мезоректальной фасции.
2. Не менее 1-2 см дистального края (интраоперационная оценка края резекции обязательна).
3. Синдром низкой передней резекции (LARS – частота до 40-60%): учащенная дефекация, фрагментация кала, императивные позывы, недержание.

Задача 37.

1. Уменьшение размера опухоли (downsizing) и снижение стадии (downstaging) для повышения радикальности операции и улучшения отдаленных результатов (снижение локального рецидива с 20-30% до <10%).
2. 6-12 недель после окончания химиолучевой терапии.
3. 15-25% (в зависимости от критериев отбора и схемы лечения).

Задача 38.

1. Да, при соблюдении критериев: опухоль до 3-4 см в диаметре, до 1/3 окружности кишки, T1, нет признаков поражения лимфоузлов и отдаленных метастазов, нет высокого риска по глубине инвазии (подслизистый слой).
2. Ранняя стадия (T1N0, иногда T2), размер до 3-4 см, поражение не более 1/3 окружности кишки, локализация в пределах досягаемости трансанального доступа (<10-12 см от ануса), отсутствие подозрения на лимфогенное метастазирование.

3. Кровотечение, перфорация, недержание кала (при низких локализациях и глубокой резекции).

Рак анального канала

Задача 39.

1. Плоскоклеточный рак.
2. Вирус папилломы человека (ВПЧ), преимущественно типы 16 и 18.
3. Химиолучевая терапия по схеме Nigro (митомидин С + 5-фторурацил + лучевая терапия). Хирургическое лечение (абдомино-перинеальная резекция) – при резидуальной опухоли или рецидиве после химиолучевой терапии.

Задача 40.

1. Меланома анального канала (первичная меланома).
2. Очень плохой (5-летняя выживаемость 10-20%) из-за высокой инвазивности и раннего метастазирования.
3. Абдомино-перинеальная резекция (операция Майлза) при локализованной форме; часто все же выявляются отдаленные метастазы, поэтому подход индивидуализируется.

Язвенный колит

Задача 41.

1. Язвенный колит, впервые выявленный.
2. По критериям Truelove-Witts – средняя атака. Эндоскопическая активность по шкале Мейо – 2-3.
3. 5-аминосалицилаты (месалазин) внутрь (не менее 3-4 г/сут) + местно в виде суппозиторий/пен; при недостаточной эффективности – системные глюкокортикостероиды (преднизолон внутрь).

Задача 42.

1. Тяжелая (фульминантная) атака язвенного колита.
2. Госпитализация, инфузионная терапия, коррекция анемии и гипоальбуминемии, высокие дозы глюкокортикостероидов (преднизолон 60 мг/сут в/в или внутрь), биологическая терапия (инфликсимаб/циклоsporин) при неэффективности стероидов.
3. При отсутствии ответа на терапию в течение 5-7 дней – высокая вероятность колэктомии.

Задача 43.

1. Токсический мегаколон.
2. Экстренная консультация хирурга, отмена антидиарейных препаратов, исключение опиоидов, массивная инфузионная и глюкокортикоидная терапия, антибиотики широкого спектра (при подозрении на сепсис).
3. Экстренная колэктомия (субтотальная) с формированием илеостомы.

Задача 44.

1. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ).
2. Урсодезоксихолевая кислота (13-15 мг/кг/сут), при доминирующих стриктурах – эндоскопическая баллонная дилатация (ЭРХПГ), трансплантация печени (терминальная стадия).
3. Повышенный риск холангиокарциномы (10-15% при длительном течении), колоректального рака, рака желчного пузыря.

Болезнь Крона

Задача 45.

1. Болезнь Крона с поражением терминального отдела подвздошной кишки (илеоцекальная форма).

2. Неказеозные эпителиоидные гранулемы (патогномоничны, но выявляются только в 30-50% биоптатов), лимфоидная гиперплазия, лимфангиэктазии, очаговый колит.
3. Системные глюкокортикостероиды (будесонид при легкой/средней активности илеоцекальной формы) или биологическая терапия (анти-TNF) при среднетяжелой/тяжелой атаке.

Задача 46.

1. Высокий риск недержания кала и плохого заживления из-за активного воспалительного процесса; стандартная сфинктеротомия противопоказана.
2. Биологическая терапия (инфликсимаб, адалимумаб) – наиболее эффективна при перианальных свищах; при неэффективности – ингибиторы JAK (тофацитиниб) или устекинумаб.
3. МРТ малого таза с контрастом.

Задача 47.

1. Стриктура тонкой кишки (стенозирующая форма болезни Крона).
2. При единичной короткой стриктуре (<5 см) – эндоскопическое баллонное дилатирование; при множественных/длинных стриктурах или неэффективности дилатации – хирургическая резекция (сегментарная) с первичным анастомозом, стриктуропластика.
3. Из-за активного фиброзно-воспалительного процесса и сохранения предрасположенности к рубцеванию.

Задача 48.

1. Периферический артрит (тип 1 – асимметричный олигоартрит) и аксиальный спондилоартрит (анкилозирующий спондилит/аксиальный спондилоартрит).
2. Препараты выбора – сульфасалазин, метотрексат (при периферическом артрите); при аксиальном поражении – биологические препараты (ингибиторы TNF- α , интерлейкина-17), НПВС (симптоматически).
3. HLA-B27 (положительный у 70-80% пациентов с аксиальным спондилоартритом на фоне болезни Крона).

Комбинированные и общие задачи

Задача 49.

1. Синдром Cowden (гамартомный полипоз, связанный с PTEN).
2. Мутация в гене PTEN (фосфатаза и тензин-гомолог, хромосома 10q23).
3. Повышен риск рака толстой кишки (до 9-16%), но ниже, чем при FAP; полипы могут малигнизироваться, но часто остаются гамартомными.

Задача 50.

1. Язвенный колит.
2. Непрерывное поражение, отсутствие гранулем и афтозных язв, ограничение толстой кишкой (подвздошная кишка не поражена), крипт-абсцессы, снижение бокаловидных клеток.
3. Калопротектин (чувствительный маркер, не различает ЯК и БК), серологические маркеры (ANCA – чаще при ЯК, ASCA – чаще при БК), мутации (NOD2/CARD15 – ассоциированы с БК). Окончательный диагноз – комплекс клинических, эндоскопических, гистологических и лучевых данных.