



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » 01 2019 г.

## **ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры  
по специальности 31.08.55 Колопроктология

**Трудоемкость: 3 зе**

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## 2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

### *Универсальные компетенции (УК):*

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

### *Профессиональные компетенции (ПК):*

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность:
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### 3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Государственный экзамен по специальности «колопроктология» является итоговой проверкой знаний, умений и навыков врача-колопроктолога, степени его подготовленности к работе в лечебно-профилактических учреждениях. Структура государственного экзамена основана на компетентностном подходе и ориентирована на сферу профессиональной деятельности врача-колопроктолога.

Для успешной сдачи экзамена обучающимся необходимо повторить теоретический материал в соответствии с перечнем вопросов, используя учебную и специальную литературу, материалы лекций и практических занятий. Список рекомендуемой литературы прилагается.

Для успешной сдачи экзамена необходимо повторить правила десмургии, основные манипуляции и алгоритм действий при острых хирургических заболеваниях и травмах. В экзамен входит также знание правил асептики и антисептики при хирургических манипуляциях у колопроктологических больных. Частью экзамена является так же

интерпретация рентгенограммы и данных лабораторных исследований. Обучающийся должен знать алгоритм обследования колопроктологического больного (проверка основных симптомов, осмотр, пальцевое исследование, эндоскопические манипуляции) и уметь наметить и обосновать план дальнейшего обследования и лечения. С набором рентгенограмм можно ознакомиться на кафедре госпитальной хирургии им. В.А. Опшеля на консультациях, которые будут проходить перед экзаменом.

## 5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Анатомия передней брюшной стенки и брюшной полости. Производные брюшины в верхнем этаже брюшной полости (сальниковая сумка, поддиафрагмальное пространство, малый и большой сальник). Топография тонкой и толстой кишки. Хирургическая анатомия толстой и тонкой кишки.
2. Клиническая анатомия прямой кишки, анального канала, тазового дна. Кровоснабжение и лимфатическая система анального канала прямой кишки. Кровоснабжение различных отделов ободочной и прямой кишки, иннервация и отток лимфы.
3. Физиология толстой кишки. Роль правых и левых отделов толстой кишки в процессе пищеварения. Функция илеоцекального аппарата.
4. Физиологические механизмы акта дефекации.
5. Диагностика и семиотика колопроктологических заболеваний, методы исследования толстой кишки.
6. Характеристика болевого синдрома при колопроктологических заболеваниях. Характер патологических примесей в каловых массах. Признаки кишечного анального дискомфорта. Диагностика.
7. Методы исследования заднего прохода и прямой кишки. Ректоанальный угнетающий рефлекс. Манометрия. Векторная объемная манометрия.
8. Электромиография. Терминальная моторная латентность полового нерва.
9. Дефекография (эвакуационная проктография). Сцинтиграфия.
10. Визуализационные методы исследования прямой кишки и заднего прохода.
11. Ректороманоскопия, ирригоскопия, фиброколоноскопия при заболеваниях толстой кишки.
12. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства. МРТ органов малого таза. КТ живота при заболеваниях толстой кишки
13. Воспалительные заболевания толстой кишки. Макро и микроскопические изменения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите, при болезни Крона, болезни Гиршпрунга и дивертикулезе.
14. Неспецифический язвенный колит, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения со стороны толстой кишки и аноректальной зоны.
15. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита, восстановительно-реконструктивная операция, особенности функции и ухода за различными типами илеостом.
16. Болезнь Крона, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, системные и местные осложнения.

17. Дифференциальная диагностика при тонкокишечной локализации болезни Крона. Медикаментозная терапия. Препараты первой линии для лечения болезни Крона.
18. Выпадения прямой кишки. Этиология. Клиника. Оперативные вмешательства разработанные для лечения ректального пролапса. Осложнения. Лечение. Абдоминальные операции.
19. Выпадения прямой кишки. Лапароскопические операции. Промежностные операции. Операция Делорме. Операция Альтемайера.
20. Недержание кала. Этиология. Клиническая картина. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Методы реконструкции анального сфинктера.
21. Функциональные нарушения. Синдром раздраженного кишечника. Обследование. Лечение.
22. Функциональные нарушения. Функциональный запор. Обследование. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение.
23. Дивертикулярная болезнь, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, консервативное и хирургическое лечение в плановом и экстренном порядке.
24. Геморрой. Морфологическая картина анального канала прямой кишки. Макро и микро картина геморроя. Классификация, этиология, клиника диагностика, показания к хирургическому лечению, осложнения.
25. Острый парапроктит, этиология, классификация, клиника, показания к хирургическому лечению, осложнения.
26. Прямокишечно-влагалищные свищи, анатомические данные, классификация этиология, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, осложнения.
27. Эндометриоз прямой кишки и параректальной клетчатки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.
28. Травма промежности. Инородные тела прямой кишки, травматические повреждения и промежности, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.
29. Аномалии развития толстой кишки. Мегаколон, болезнь Гиршпрунга. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения. Обструктивный мегаколон, обусловленный врожденными аномалиями.
30. Аномалии развития толстой кишки. Аноректальные аномалии у взрослых, эктопия анального канала, врожденные свищи прямой кишки, аномалия запирающего аппарата прямой кишки, удвоение прямой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения, осложнения.
31. Аномалии развития толстой кишки. Эпителиальный копчиковый ход, анатомия крестцово-копчиковой области у лиц с эпителиальным копчиковым ходом, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная

- диагностика, лечение острых и хронических воспалений эпителиального копчикового хода, осложнения.
32. Эпителиальные злокачественные опухоли и их характеристика. Патологическая анатомия полипов злокачественных опухолей толстой кишки.
  33. Специфические поражения толстой кишки. Туберкулез, патоморфологическая картина заболевания, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.
  34. Специфические поражения толстой кишки. Актиномикоз прямой кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.
  35. Специфические поражения толстой кишки. Паразитарные поражения толстой кишки: амебиаз, американский трипаносомоз, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.
  36. Специфические поражения толстой кишки. Паразитарные поражения ободочной кишки: лямблиоз, трихоцефалез, трихоцидоз, кокцидоз, шистоматоз. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, осложнения.
  37. Специфические поражения толстой кишки. Поражения толстой кишки при венерических заболеваниях: сифилис, гонорея, вирус папилломы человека.
  38. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Полипы прямой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.
  39. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Неэпителиальные опухоли – липома, лейомиома, фиброма. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургического лечения, осложнения.
  40. Предраковые заболевания толстой кишки. Одиночные и множественные полипы, методы клинической и инструментальной диагностики, методы оперативного эндоскопического лечения.
  41. Предраковые заболевания толстой кишки. Семейный диффузный полипоз толстой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения.
  42. Наследственный рак кишечника. Наследственный неполипозный колоректальный рак. Группы риска (низкий, средний, высокий). Тактика ведения в зависимости от группы риска.
  43. Наследственный неполипозный колоректальный рак. Клинические признаки. Генетика. Диагностика. Амстердамские критерии. Критерии Бетесда для определения необходимости исследования на нестабильность микросателлитов ткани опухоли. Хирургическое лечение. Лекарственная терапия.
  44. Семейный аденоматозный полипоз. Внекишечные признаки семейного аденоматозного полипоза. Диагностика. Генетическое исследование.
  45. Хирургическое лечение колоректальных полипов.
  46. Хронический парапроктит, этиология, классификация, клиника, показания к хирургическому лечению, осложнения.

47. Рак прямой кишки. Патоморфологическая анатомия прямой кишки. Первично-множественный рак прямой кишки, метастазирование рака и рецидивы рака прямой кишки.
48. Рак прямой кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение эндоскопических, рентгенологических, лапароскопических методов диагностики рака прямой кишки.
49. Рак прямой кишки. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Радикальные операции при раке прямой кишки. Принципы абластики, футлярности. Мезоректумэктомия. Объемы лимфодиссекции.
50. Рак прямой кишки. Паллиативные операции при раке прямой кишки. Методика колостомии. Диспансеризация больных с заболеваниями прямой кишки.
51. Рак прямой кишки. Комбинированные, расширенные, экономные операции при раке прямой кишки.
52. Рак прямой кишки. Лучевая терапия, показания, схемы, сроки проведения, осложнения.
53. Рак прямой кишки. Синхронные опухоли. Метахронные опухоли.
54. Рак ободочной кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
55. Рак ободочной кишки. Первично-множественные рак ободочной кишки. Метастазирование рака ободочной кишки. Осложнения рака ободочной кишки.
56. Рак ободочной кишки. Радикальные операции при раке ободочной кишки. Особенности операций при первично-множественном раке ободочной кишки.
57. Право- и левосторонняя гемиколэктомия. Уровни пересечения кишки и сосудов. Объем лимфодиссекции. Способы формирования анастомозов.
58. Рак ободочной кишки. Паллиативные операции при раке ободочной кишки. Особенности паллиативных хирургических методов лечения в экстренном и плановом порядке.
59. Ведение и осложнения в послеоперационном периоде. Несостоятельность анастомоза. Хирургическая тактика при несостоятельности.
60. Операбельные метастазы колоректального рака. Циторедуктивные операции.
61. Рак ободочной кишки. Классификация, диагностика. Использование внутрипросветного и эндо УЗИ. Способы биопсии – эндоскопическая, трепан. Место лапароскопии.
62. Общие вопросы клинической оперативной колопроктологии. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде после операций на толстой кишке. Осложнения в послеоперационном периоде. Летальность.
63. Общие вопросы клинической оперативной колопроктологии. Подготовка больных к операции. Принципы асептики и антисептики. Принципы абластики и антиабластики при операциях на толстой кишке.
64. Обтурационная кишечная непроходимость. Лечение опухолевой обтурационной кишечной непроходимости. Выбор объема и метода операций при нарушении кишечной проходимости, вызванные опухолью толстой кишки.

65. Распространенный рак толстой кишки. Современные методы диагностики и лечения. Методика операций при одномоментных, сочетанных, расширенных и комбинированных операциях при опухоли толстой кишки.
66. Адьювантная терапия при раке толстой кишки. Химиотерапия. Токсичность. Отбор пациентов.
67. Адьювантная терапия при раке толстой кишки. Лучевая терапия. Показания. Предоперационная и постоперационная лучевая терапия.
68. Рак анального канала. Предраковые поражения. Гистологические типы. Клинические признаки. Обследование больного. Лечение.
69. Рак ободочной кишки. Радикальные операции при раке ободочной кишки. Хирургические доступы: Лапаротомия, лапароскопические операции. Объем оперативного пособия.
70. Эндоскопические операции на толстой кишке. Брюшно-промежностные операции при заболеваниях прямой и ободочной кишки. Радикальные и паллиативные. Лапароскопическая медиальная и латеральная мобилизация левой половины ободочной кишки, тотальная мезоректумэктомия.
71. Хирургическая реабилитация больных с колостомой. Показания, условия, сроки устранения колостомы. Операции с формированием кишечного резервуара.
72. Пресакральная киста. Тератома, дермоидная киста. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения дооперационного и послеоперационного течения.
73. Острый аппендицит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения. Тактика лечения при осложнениях острого аппендицита, в зависимости от локализации червеобразного отростка.
74. Острое воспаление эпителиального копчикового хода. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения дооперационного и послеоперационного течения.
75. Кишечные кровотечения из толстой кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения дооперационного и послеоперационного течения. Консервативная терапия, инструментальные методы остановки кровотечения из толстой кишки.
76. Кишечные кровотечения из толстой кишки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, выбор метода лечения, осложнения дооперационного и послеоперационного течения. Показания к экстренному и плановому оперативному лечению.
77. Острая кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, клиника механической кишечной непроходимости. Диагностика (рентгенологическая и инструментальная).
78. Острая кишечная непроходимость. Клиника механической кишечной непроходимости. Диагностика (рентгенологическая и инструментальная). Объем

- хирургического лечения в зависимости от причины и уровня непроходимости толстой кишки. Методы декомпрессии толстой кишки во время операции.
79. Дивертикулярная болезнь. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
  80. Дивертикулярная болезнь. Лечение. Плановое лечение. Экстренное лечение. Хирургическое лечение при перфоративном дивертикулите. Хирургическая тактика при перитоните, вызванным перфорацией дивертикула.
  81. Роль лапароскопической хирургии в лечении острого дивертикулита.
  82. Перитонит. Этиология, классификация, клиническое течение перитонита, вызванного перфорацией опухоли толстой кишки, несостоятельностью швов анастомоза, диастатическими разрывами кишки.
  83. Травма живота. Тупая травма. Разрывы полых органов. Особенности клиники, диагностики, хирургической тактики. Возможности эндовидеохирургии. Варианты операций. Показания к формированию свищей.
  84. Ранения живота. Проникающие и непроникающие ранения. Показания к лапаротомии. Возможности эндовидеохирургии. Способы остановки кровотечений. Представление о методике контроля повреждений.
  85. Современная диагностика колопроктологических заболеваний.
  86. Показания к переливанию крови и противопоказания. Техника переливания крови. Ошибки и опасности при переливании крови.
  87. Организация колопроктологической помощи в РФ. Структура колопроктологического отделения стационара. Оснащение, организация работы колопроктологического кабинета амбулаторного звена здравоохранения.
  88. Сердечно-легочная реанимация при внезапной смерти.
  89. Организация медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.
  90. Кишечная недостаточность. Определение. Эпидемиология. Этиология. Три стадии кишечной недостаточности. Патофизиология.
  91. Ободочная кишка и осложнения со стороны ободочной кишки при синдроме короткой кишки.
  92. Хирургическое лечение кишечной недостаточности.
  93. Исходы лечения синдрома короткой кишки и трансплантация тонкого кишечника.
  94. Показания и противопоказания для лапароскопических вмешательств при доброкачественных и злокачественных образованиях.
  95. Аноректальный свищ. Классификация анальных свищей. Диагностика и лечение.
  96. Аноректальный свищ. Принципы хирургических вмешательств.
  97. Аноректальный свищ. Тактика лечения рецидивов.
  98. Геморрой. Операция Лонго.
  99. Геморрой Гнойно-воспалительные осложнения при лечении геморроя.
  100. Стеноз заднего прохода. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Дилатация заднего прохода. Принципы хирургического лечения анального стеноза. Сфинктеротомия. Пластическое замещение.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1. Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода при акте дефекации. Последние три года узлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2. У больного 35 лет отмечаются частые кровотечения алой кровью при акте дефекации. Проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены внутренние геморроидальные узлы, выпадающие из анального канала при натуживании, которые самостоятельно вправляются. Наружные геморроидальные узлы не увеличены.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3. У больного 22 лет периодически появляется выделение алой крови при дефекации, отмечает дискомфорт в прямой кишке. Обследован колопроктологом: проведены пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и сигмоидоскопия. Выявлены геморроидальные узлы с гиперемированной слизистой, слегка пролабирующие в просвет кишки.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №4. У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

1. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №5. Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение назначите больному?

Задача №6. Больная 45 лет поступила в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

1. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
2. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №7. У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3 суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3 – 4 часа после нее. Возникла стулостойкость. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №8. Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38,0

При осмотре области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №9. Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице, внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39 – 40,0. В периферической крови лейкоцитоз до  $18 \cdot 10^{12}$  со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высоко край инфильтрата, здесь же при ректороманоскопии в ампулярном отделе прямой кишки видна отечная, гиперемированная слизистая, кровоточивая при контакте с тубусом ректоскопа.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?

Задача №10. Больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 39 – 40,0, резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10 см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №11. Больной 27 лет поступил с жалобами на наличие свища в перианальной области с гнойными выделениями. Четыре месяца назад была припухлость и болезненность в области ануса, повышенная температура, затем появились гнойные выделения. В виду значительного улучшения своего состояния за медицинской помощью в то время не обращался.

1. Какое заболевание имеется у больного?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Как будете лечить больного?

Задача №12. Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры до 38,0. Больна в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2 см, гиперемия кожи, болезненность, здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больной?

Задача №13. У больного 23 лет в течение 5 лет периодически появляется припухлость в области копчика, болезненность, повышение температуры до 38,0, слизисто-гнойные выделения. Последнее обострение 3 месяца назад. При осмотре в области межъягодичной складки видны три воронкообразных втяжения кожи диаметром до 3 мм. Из одного из них торчит пучок волос.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Какое лечение показано больному?

Задача №14. У подростка 14 лет мать случайно обнаружила воронкообразные втяжения кожи в области копчика, из одного из которых торчит пучок волос. Никаких жалоб ребенок не предъявляет, чувствует себя здоровым.

1. Какое заболевание можно заподозрить у подростка?
2. Какова лечебная тактика в данном случае?

Задача №15. Больная 34 лет многократно оперирована по поводу хронического парапроктита, но без эффекта. Направлена хирургом в специализированное отделение по поводу очередного рецидива заболевания. При осмотре на промежности рубцовые изменения от ранее перенесенных операций, имеется свищ в перианальной области с крошкообразным замазкообразным отделяемым. При пальцевом исследовании прямой кишки над анальным каналом пальпируется на задней стенке округлое образование тугоэластической консистенции, диаметром около 4 см.

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больной?
2. Какие методы обследования необходимо применить для установления правильного диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №16. У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

Задача №17. Больной 42 лет поступил в клинику через 3 суток от начала заболевания с резкими болями в прямой кишке, небольшое повышение температуры. При пальцевом исследовании и аноскопии выявлено уплотнение и болезненность в области задней крипты, гиперемия, отечность ее, наличие гноя.

1. Какое заболевание отмечается у больного?
2. Какое лечение показано больному?

Задача №18. У больного 58 лет периодически возникают боли в прямой кишке, усиливающиеся при дефекации, отмечается чувство инородного тела. Консультирован колопроктологом. Выявлен увеличенный набухший воспаленный анальный сосочек длиной до одного см, выпадающий из анального канала.

1. Какое заболевание имеется у больного?
2. Какое лечение показано больному?

Задача №19. Больной 18 лет обратился к колопроктологу по поводу остроконечных бородавчатых разрастаний в перианальной области. Обследован – выявлены остроконечные перианальные кондиломы в виде цветной капусты в большом количестве.

1. Какие методы обследования были проведены больному для установления диагноза?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №20. У женщины 34 лет диагностированы остроконечные перианальные кондиломы. Кондиломы единичные, размером до 3 – 4 мм.

1. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №21. Больная 17 лет пришла на прием с мамой к колопроктологу. Жалуется на наличие разрастаний на коже вокруг заднего прохода, мокнутие. При осмотре выявлены плоские, широкие кондиломы на перианальной коже. До этого была случайная половая связь.

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больной?

2. Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. У какого специалиста по профилю должна проходить лечение больная?

Задача №22. У больного 43 лет отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов после малейшей физической нагрузки, которые требуют ручного вправления. Имеются также увеличенные наружные геморроидальные узлы. Периодически наблюдаются выделения алой крови в конце акта дефекации. Болен в течение 5 лет. Последний год присоединился анальный зуд, который принял упорное течение и доводит больного до раздражительности.

1. Какова вероятная причина анального зуда в конкретном случае?
2. Какие методы обследования следует провести больному?
3. Какое лечение показано больному?

Задача №23. Больная 59 лет страдает зудом кожи в области заднего прохода. В течение полугода отмечает сухость во рту, жажду (особенно по ночам), затем присоединился зуд. Данные явления появились после употребления большого количества меда за короткий промежуток времени (занималась самолечением).

1. Какое заболевание можно предположить у больной?
2. Какие методы обследования необходимо провести больной?
3. Какова на Ваш взгляд причина анального зуда?

Задача №24. На прием обратилась женщина 42 лет с жалобами на чувство затруднения и неполного опорожнения прямой кишки во время акта дефекации. Вынуждена длительно натуживаться, сжимать бедра и надавливать на заднюю стенку влагалища при акте дефекации. В анамнезе тяжелые роды с разрывом промежности. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 4 лет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется выпячивание

в виде кармана, которое доходит до уровня преддверия влагалища.

1. Какое заболевание имеется у больной?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано больной?

Задача №25. Больной 65 лет поступил в клинику с ущемленной выпавшей прямой кишкой. С момента ущемления прошло 12 часов. При осмотре кишка жизнеспособна. Попытка вправления, предпринятая дежурным хирургом после введения промедола больному, оказалась безуспешной.

1. Ваши действия?
2. Какой метод обезболивания следует применить больному?

Задача №26. Больной 60 лет обратился в клинику с жалобами на выпадение прямой кишки после акта дефекации и после физической нагрузки. Кишку легко вправляет сам. Болен в течение 10 лет. Других серьезных заболеваний не было.

1. Какие специальные методы обследования следует применить больному?
2. Какое лечение показано больному?

Задача №27. Больной 52 лет поступил в клинику с ущемлением выпавшей прямой кишки. С момента ущемления прошло 18 часов. Кишка резко отечна, гиперемирована, слизистая с единичными точечными участками некроза. Перитонита нет.

1. Ваши действия?

Задача №28. У больной 34 лет в анамнезе травма прямой кишки. Предъявляет жалобы на недержание газов и жидкого кала. При обследовании выявлен дефект сфинктера прямой кишки несколько больше одной четверти.

1. Какие методы исследования необходимо провести для установления диагноза?
2. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №29. Больной 19 лет в детстве перенес операцию типа Соаве по поводу болезни Гиршпрунга. В настоящее время отмечает периодическое недержание газов. При обследовании выявлена легкая степень анальной инконтиненции.

1. Какое лечение показано больному?

Задача №30. На прием к колопроктологу обратилась мама с сыном 6,5 лет, которому предстоит идти в школу. В пятилетнем возрасте у мальчика был перелом голени, по поводу которого находился на манжеточном вытяжении. В это время произошла задержка стула на 5 суток, на которую не обратили внимания, после чего сформировался рефлекс отсутствия позывов на дефекацию. Дефекация стала проходить при переполнении прямой кишки, обычно через 5 – 7 суток, с недержанием кала и пачканием белья. Ребенок психически здоров, но астенизирован. При обследовании грубой патологии со стороны кишечника и замыкательного аппарата прямой кишки не выявлено. Проведена переориентация ребенка на ежедневный акт дефекации, которая постепенно дала хороший результат. Стал свободно посещать школу.

1. Какой характер носит в данном случае анальная инконтиненция (неорганический или органический)?

Задача №31. Здоровый ребенок 5,5 лет ходит на горшок в туалетную комнату с книгами. Акт дефекации длится около 10 – 15 минут, двумя порциями. Во время дефекации рассматривает и читает книги. При попытках отнимания книг капризничает и делается крайне недовольным. Данная привычка приобретена от отца.

1. Какой характер носит акт дефекации у ребенка?
2. Какие врачебные рекомендации необходимо дать родителям и ребенку?

Задача №32. Больная 28 лет обратилась к врачу с жалобами на частый жидкий стул до 12 раз в сутки с примесью крови, слизи, боли в животе, повышенную температуру, потерю веса. Больна в течение 3 недель после перенесенного стресса. При осмотре анемична, пальпаторно небольшая болезненность по ходу толстой кишки.

1. Предположительно о каких заболеваниях можно думать у больной?
2. Какие методы обследования следует применить?

Задача №33. У больного 45 лет, страдающего среднетяжелой формой ЯК, при лечении обострения аminosалицилаты в течение 2 недель не дали желаемого эффекта.

1. Какое лечение следует применить больному?

Задача №34. У больной 42 лет, страдающей тяжелой формой ЯК, на фоне обострения заболевания произошло резкое ухудшение состояния. Отмечается сильное вздутие живота и асимметрия брюшной стенки. Перистальтика кишечника отсутствует, число дефекаций значительно уменьшилось. Температура 39°.

1. Какое осложнение ЯК следует заподозрить?
2. Какое исследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение следует предпринять?

Задача №35. У больного, страдающего тяжелой формой язвенного колита, через час от момента наступления острой токсической дилатации толстой кишки открылось профузное

толстокишечное кровотечение с выделением алой крови. Проводимая интенсивная терапия в течение 2 часов без эффекта.

1. Чем обусловлено появление кровотечения?
2. Какое лечение следует применить больному?
3. Какая операция является методом выбора для лечения данных опасных для жизни осложнений?

Задача №36. У больного 44 лет, страдающего длительное время язвенным колитом, наступило резкое ухудшение на фоне обострения болезни. Усилились боли в животе, перкуторно отмечается отсутствие печеночной тупости, боли в животе стали носить разлитой характер, появились симптомы раздражения брюшины.

1. Какое осложнение ЯК наступило у больного?
2. Какими диагностическими методами можно подтвердить диагноз?
3. Как будете лечить больного?

Задача №37. Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и перед дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10 раз в сутки с примесью крови. Данные явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта.

При осмотре – бледности сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой кишки – стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки малоболезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.

1. Какое заболевание у больного?

Задача №38. У больной 22 лет с жалобами на слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в животе, учащение стула до 6 раз в сутки при ирригоскопии кишечника выявлены следующие признаки:

- сегментарность поражения толстой кишки;
  - наличие нормальных участков кишки между пораженными сегментами;
  - неровный контур кишки;
  - продольные язвы и рельеф слизистой, напоминающий “булыжную мостовую”.
1. Какое заболевание у больной?

Задача №39. У больной 62 лет, длительно страдающей болезнью Крона, в течение последних 3 месяцев отмечаются периодически схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов, запоры, метеоризм. Проведенное рентгенологическое исследование толстой кишки /ретроградная ирригоскопия/ выявила сегментарное сужение поперечной – ободочной кишки.

1. О каком осложнении заболевания идет речь?
2. Какие дополнительные методы исследования следует применить?
3. Какое лечение следует предпринять?

Задача №40. У больной 66 лет с бессимптомным дивертикулезом сигмовидной кишки (который был выявлен случайно при ирригографии 3 года назад), на фоне запора появились боли в левой подвздошной области тянущего характера, высокая температура до 39.0. Через четыре дня от начала заболевания отмечается резкое усиление болей, которые стали носить кинжальный характер. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику.

При осмотре положение вынужденное, резкая болезненность в левой половине живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Какое осложнение наступило у больной?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для диагностики осложнения?
3. Какое лечение следует предпринять. Какое оперативное вмешательство является методом выбора в данном случае?

Задача №41. У больной 72 лет, страдающей дивертикулярной болезнью левой половины ободочной кишки, после обострения заболевания появились жалобы на выделение газа, а иногда и кала, при мочеиспускании. При тугом наполнении кишки бариевой взвесью отмечается поступление ее в мочевой пузырь.

1. Какое осложнение болезни наступило у больной?
2. Какое лечение необходимо провести?

Задача №42. У больного, страдающего дивертикулезом правой половины толстой кишки, периодически отмечаются толстокишечные кровотечения. Последние удавалось купировать консервативно. Поступил в клинику с профузным кровотечением, выделением через задний проход большого количества алой крови, низким кровяным давлением, сниженными показателями периферической крови /эритроциты  $2,0 \cdot 10^{12}$  /л, гемоглобин 32 г/л, гематокрит 0,22/. Интенсивная терапия в течение двух часов с включением переливания крови, кровезаменителей, гемостатиков без эффекта.

1. Какое лечение примените больному?

Задача №43. У больного 44 лет, страдающего геморроем, при проведении ректороманоскопии выявлен полип диаметром 0,6 см на узкой ножке на высоте 12 см.

1. Ваши действия?

Задача №44. У больного 52 лет при проведении ректороманоскопии случайно выявлены групповые полипы (три) – один на высоте 8 см, второй на высоте 12 см, третий на высоте 20 см. Размер полипов от 0,6 до 0,8 см в диаметре.

1. Ваши действия?

Задача №45. У больной 38 лет при проведении ректоскопии, выявлен полип на широком основании на высоте 5 см от края заднего прохода. Размер полипа 2 на 2 см, гистологическое заключение аденопапилома.

1. Ваши действия?

Задача №46. У больного 52 лет появились жалобы на периодические выделения слизи, темно-вишневого цвета крови из заднего прохода. Обследован – проведена ФКС, которая выявила полип в поперечной – ободочной кишке размерами 3 на 2 см. Взята биопсия, гистологическое заключение биоптата – ворсинчатая опухоль толстой кишки.

1. Какое лечение показано больному?

Задача №47. У больного 16 лет в течение полугода отмечаются боли в животе, примеси крови и слизи в кале, поносы до 6 раз в сутки, быстрая утомляемость при физической и умственной нагрузке. При осмотре бледность кожи и слизистых покровов, задержка вторичных половых признаков, отставание в весе. При пальцевом исследовании в прямой кишке несколько полипов диаметром около одного см.

1. О каком заболевании у больного необходимо думать?
2. Какое обследование необходимо провести больному?

Задача №48. У подростка 13 лет отмечается анемия неуточненной этиологии, отставание в физическом развитии. Год назад лечился от дизентерии, которая бактериально не была подтверждена. При ФГС выявлено несколько гиперпластических полипов.

1. Какое заболевание необходимо исключить у больного?

Задача №49. У больного 22 лет с диффузным полипозом имеются множественные полипы слепой и всех отделов ободочной кишки, часть которых озлокачествлена. В прямой кишке имеются несколько доброкачественных милиарных полипов.

1. Какое лечение показано больному?

2. Определите объем оперативного вмешательства данному больному?

Задача №50. Больной 39 лет лечился в течение месяца от геморроя у хирурга поликлиники. Пальцевое исследование и ректороманоскопия не проводились. Направлен на консультацию к колопроктологу, который при пальцевом исследовании прямой кишки выявил на высоте 5 см циркулярно расположенную, плотную, бугристую опухоль. Больной госпитализирован в специализированное отделение для дальнейшего обследования и лечения.

1. Какие диагностические ошибки были допущены хирургом поликлиники?

2. Какой тип операции возможно предстоит больному?

Задача №51. У больной 40 лет при ректоскопии выявлена опухоль, которая расположена на высоте 7 см, размером 1,5 см в диаметре на утолщенной ножке, подвижна. Гистологическое исследование биоптата – аденокарцинома с прорастанием только слизистой?

1. Какое оперативное лечение показано больной?

Задача №52. Больной 46 лет в течение четырех месяцев отмечает боли в прямой кишке, позывы на дефекацию, кровь и слизь в кале. Обратился к хирургу и гастроэнтерологу поликлиники. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Выявлен дисбиоз кишечника, по поводу которого назначено лечение. В виду неэффективности проводимой терапии назначена консультация колопроктолога. Произведена ректороманоскопия: на высоте 13 см от края перианальной кожи выявлена опухоль прямой кишки, взята биопсия. Гистологическое заключение – умереннодифференцированная аденокарцинома. Госпитализирован в клинику. При дальнейшем обследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами поликлиники?

2. Какой тип операции предстоит больному?

Задача №53. Больной 42 лет лечился у уролога от простатита в течение 3 месяцев. Эндоректально применялся аппарат теплового лечения ППК – 01 “Пра”. Обследование больного было ограничено лишь пальцевым исследованием прямой кишки. В виду неэффективности лечения был консультирован колопроктологом. Выполнена ректороманоскопия – выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на высоте 11 см. Взята биопсия. Гистологическое заключение – низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. Данных за отдаленные метастазы не выявлено.

1. Какие ошибки были допущены врачом урологом?

2. Какой возможный тип операции предстоит больному?

Задача №54. Больная 55 лет в течение 2 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , 96 г/л. Наблюдалась у терапевта по месту жительства, проводилась ФГС, осматривалась гинекологом. Проводилось лечение витаминами, препаратами железа с незначительным эффектом. В виду сухого кашля, боли в грудной клетке под лопаткой произведена рентгенография легких, которая выявила одиночный метастаз в корень правого легкого диаметром до 2см. При дальнейшем обследовании диагностирована опухоль левого изгиба ободочной кишки (гистологическое строение аденокарцинома). Метастазов в другие органы не обнаружено. Больная физически крепкая женщина, сохранна.

- 1.Какая ошибка допущена терапевтом поликлиники?
- 2.Какие методы обследования необходимо было провести в поликлинике?
- 3.Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №55. Больная 72 лет поступила в клинику с жалобами на общую слабость, боли в правой половине живота. Заболела 9 месяцев назад, когда на фоне хорошего самочувствия появилось кровотечение с выделением темной крови со сгустками из прямой кишки. В течение 2 недель лечилась в ЦРБ, где проводилась гемостатическая и заместительная терапия. Выписана с диагнозом атрофический гастрит, гипохромная анемия. По просьбе родственников направлена на консультацию к гематологу в областную клиническую больницу, который при пальпации брюшной полости обнаружил опухоль восходящего отдела ободочной кишки. После дообследования была оперирована в колопроктологическом отделении клиники – выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу умереннодифференцированной аденокарциномы восходящего отдела ободочной кишки. Выздоровление.

- 1.Какая диагностическая ошибка допущена хирургами ЦРБ?
- 2.Какие специальные методы обследования необходимо было провести в ЦРБ?

Задача №56. Больной 51 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на вздутие живота, схваткообразные боли, задержку кала и газов (только с очистительными клизмами). Болеет в течение 7 месяцев, лечился у терапевта и гастроэнтеролога поликлиники по поводу колита, дисбактериоза кишечника, но без значительного эффекта. За два месяца до поступления в клинику оперирован в городском хирургическом отделении по поводу свободной левосторонней паховой грыжи. Боли после операции остались такими же. Обследование толстой кишки не проводилось, включая даже пальцевое исследование прямой кишки. Похудел на 5 кг. Лишь через 7 месяцев от начала заболевания назначена консультация колопроктолога. В результате обследования выявлена слизистая аденокарцинома сигмовидной кишки. Оперирован – произведена резекция левого фланга ободочной кишки. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлены метастазы опухоли в лимфоузлах.

- 1.Какие диагностические ошибки были допущены врачами до госпитализации больного в специализированное отделение?
- 2.Какие методы обследования необходимо было провести больному в поликлинике?
- 3.Какую терапию необходимо назначить больному после операции?

Задача №57. Больной 29 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на боли в левой половине живота, периодически функционирующий свищ в левой поясничной области. Четыре месяца назад в хирургическом отделении был вскрыт паранефрит, после чего сформировался свищ с выделением слизи, гноя, газов. Произведена фистулография, на которой отмечается попадание контраста в нисходящую ободочную кишку. При дальнейшем обследовании обнаружена аденокарцинома нисходящего отдела

ободочной кишки. Оперирован. На операции местно неудаляемая опухоль, прорастающая забрюшинную клетчатку с образованием свища, с метастазами в печени. Наложена обходной трансверзосигмоанастомоз.

1. Какое осложнение опухоли толстой кишки наступило у больного?
2. Какие методы обследования необходимо было провести больному в хирургическом отделении?

Задача №58. Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного стула и отхождения газов в течение недели (только с клизмой с небольшим эффектом), сильные боли в животе. Заболел три месяца назад, когда появились периодические схваткообразные боли в животе, вздутия, плохое отхождение газов и кала; резко похудел. За медицинской помощью не обращался. За 12 часов до поступления боли в животе резко усилились, стали носить постоянный характер, появилась рвота. Врачебной бригадой скорой помощи госпитализирован в клинику. При осмотре состояние больного тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, в проекции сигмовидной кишки пальпируется болезненное опухолевидное образование размерами 5 на 7 см.

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №59. Больной 26 лет доставлен в клинику через 40 минут после получения огнестрельных пулевых ранений грудной клетки и живота из пистолета. Состояние больного тяжелое, шок. Имеется касательное пулевое ранение грудной клетки с повреждением ребра и пневмотораксом, а также сквозное пулевое проникающее ранение брюшной полости. Произведена первичная хирургическая обработка ран, дренирование плевральной полости двумя дренажами с помощью банок Боброва, срединная лапаротомия. Выявлено повреждение прямой кишки – дефект передней стенки в верхнеампулярном отделе диаметром около 1,5 см, забрюшинная непульсирующая гематома, краевое раздробление костей таза.

1. Укажите порядок оказания помощи больному?
2. Какую операцию необходимо провести больному на органах брюшной полости?

Задача №60. Больной 29 лет поступил в клинику через 6 час. после получения травмы прямой кишки сжатым воздухом при проведении дорожных работ. Бледен, беспокоен, отмечает сильные боли в животе, имеется частичное на одну треть повреждение сфинктера (место куда подводилась струя воздуха). После обследования выполнена срединная лапаротомия – выявлен разрыв верхнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 2 см.

1. Какие методы обследования необходимо провести больному до операции для установления характера повреждений?
2. Какое оперативное пособие необходимо провести больному?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо продолжить в послеоперационном периоде?

Задача №61. У больного 59 лет после электрокоагуляции полипа прямой кишки на высоте 15 см появились боли в животе, холодный пот, тахикардия, тошнота. Данные явления отмечены через 30 минут после проведения манипуляции.

1. О каком осложнении необходимо подумать?
2. Какие диагностические обследования следует провести больному?
3. Какое лечение показано больному?

Задача №62. У больной 70 лет, страдающей геморроем, после очистительной клизмы с использованием стеклянного наконечника, появилось обильное выделение алой крови из прямой кишки. При осмотре отмечается головокружение, бледность кожи и слизистых покровов. Показатели эритроцитов и гемоглобина периферической крови снижены, соответственно до  $3 \cdot 10^{12}$  и до 68 г/л. При пальцевом обследовании в прямой кишке выявлена алая кровь.

1. О каком осложнении очистительной клизмы можно думать у больной?
2. Какие диагностические методы необходимо применить?
3. Какое лечение показано больной?

Задача №63. У больной 69 лет, страдающей пупочной грыжей, появились боли в грыжевом выпячивании. За медицинской помощью обратилась только через 1,5 суток, когда появилась краснота кожи над грыжевым выпячиванием. Хирургом ЦРБ диагностировано рожистое воспаление кожи живота и назначены повязки из материала красного цвета и толченый мел на кожу живота. Больная отправлена домой. В виду ухудшения состояния по скорой помощи госпитализирована в клинику. Выявлена ущемленная пупочная грыжа, каловая флегмона грыжевого мешка. В виду тяжести состояния экстренная операция ограничена вскрытием флегмоны, вследствие пристеночного ущемления поперечной ободочной кишки с некрозом стенки и образованием калового свища. Проводилась интенсивная терапия. Длительное лечение, сформировался толстокишечный полный свищ. В последующем произведено закрытие свища с ликвидацией грыжи. Выздоровление.

1. Какая ошибка допущена хирургом ЦРБ, и с чем она может быть связана?
2. Какую методику необходимо применить для закрытия свища?

Задача №64. Больной 27 лет поступил с ножевым проникающим ранением брюшной полости с повреждением передней стенки поперечной ободочной кишки, разлитым гнойным перитонитом. Произведена лапаротомия с выведением места повреждения на переднюю брюшную стенку в виде петлевой трансверзостомы. В последующем проводилась интенсивная терапия, программированный лаваж брюшной полости. Выписан в удовлетворительном состоянии с искусственно наложенной трансверзостомой.

1. Какое лечение предстоит в дальнейшем больному?
2. Какое обследование необходимо будет провести перед операцией по поводу кишечного свища?

Задача №65. Больной 63 лет, оперирован 2 года назад по поводу аденокарциномы прямой кишки, была выполнена операция типа Гартмана. Обследован – данных за рецидив и метастазы нет, культя прямой кишки длиной 9 см.

1. Какая реконструктивно – восстановительная операция предстоит больному?

### 5.3. Рекомендуемая литература

1. Колоноскопия. Иллюстрированное руководство. Изд-во ГЭОТАР-Медиа Под ред. Д.Г. Адлера; Пер. с англ. И. С. Козловой; Под ред. В. В. Веселова, 2016, 224с.
2. Колопроктология. Клинические рекомендации Изд-во ГЭОТАР-Медиа Под ред. Ю.А. Шельгина, 2015, 528с.
3. Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни Изд-во ГЭОТАР-Медиа Загрядский Е.А., 2015, 176с.
4. Справочник по колопроктологии Изд-во Литтерра под ред. Ю. А. Шельгина, Л. А. Благодарного, 2014, 608 с.
5. Прямая кишка и заднепроходной канал. Руководство Изд-во ГЭОТАР-Медиа Шестаков А.М., Сапин М.Р., 2013, 128 с.
6. Виртуальная колоноскопия. Монография Изд-во Видар-М. Хомутова Е.Ю., Игнатъев Ю.Т., Филиппова Ю.Г., 2012, 184с.
7. Практическая колоноскопия. Руководство Изд-во МЕДпресс-информ Шахшаль Г.; пер. с нем. ; под общ. ред. чл.-корр. РАМН, проф., докт. мед. наук И.В.Маева, канд. мед. наук Е.Ю. Стручковой, 2012, 192с.
8. Колоректальная хирургия Изд-во Бином. Лаборатория знаний. Кайзер А.М., 2011, 755 с.
9. Колопроктология.- М. : Медпрактика-М Семионкин Е.И., 2004
10. Опасности, осложнения и ошибки в проктологии Изд-во Бином Ан В.К., Ривкин В.Л., Соломка А.Я., 2011, 112с.
11. Колопроктология. Руководство. Библиотека врача-специалиста Изд-во ГЭОТАР-Медиа Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е.А., 2011, 368с.
12. Рак толстой кишки. Руководство Изд-во Практическая медицина Мейерхардт Дж., Сандерз М., Скарин А.Т., 2009, 186 с.
13. Колоректальная хирургия Изд-во ГЭОТАР-Медиа Под ред. Р.К.С. Филлипса. Перевод с англ. / Под ред. Г.И. Воробьева, 2009, 352 с.
14. Компьютерная томография в онкопроктологии Изд-во Медицина Кармазановский Г.Г., Цыб А.Ф., Силантьева Н.К., Бердов Б.А., Шавладзе З.Н., 2007, 144 с.
15. Основы колопроктологии Изд-во МИА (Медицинское информационное агентство). Воробьев Г.И., 2006, 432 с.
16. Атлас практической колоректальной хирургии Изд-во Медпрактика Ривкин В.Л., Луцевич О.Э., Файн С.Н., Лукин В.В., 2006, 144 с.
17. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. - Перитонит. М: "Литтерра", 2006.