

# Кейсы | Высшее образование | Колопроктология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Колопроктология | Записей: 2

## Колопроктология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Колопроктология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Женщина 45 лет обратилась в поликлинику к колопроктологу.

#### 1.2. Жалобы

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

#### 1.3. Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение 2 недель. Подобное состояние впервые. Периодически отмечает задержку стула до 3 дней.

#### 1.4. Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Вредные привычки отрицает. Роды 2, естественным путем. Операции: отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Профессия – домохозяйка. Сопутствующие заболевания: отрицает.

#### 1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг. Рост 162 см. Температура тела 36,8° С. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердечные сокращения ритмичные, тоны звучные. АД 115/70 мм рт.ст., ЧСС 72 уд, в мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул оформленный, регулярный. Симптом поколачивания по области почек отрицательный с обеих сторон. Мочится самостоятельно, дизурии нет.

### 1. План обследования

#### 1. Вопрос

Для постановки правильного диагноза в первую очередь необходимо выполнить

1. гемокоагулограмму
2. клинический анализ крови
3. биохимический анализ крови

#### 4. осмотр области промежности и заднего прохода, пальцевое исследование

**Правильный ответ: осмотр области промежности и заднего прохода, пальцевое исследование**

При наружном осмотре области промежности и заднего прохода обращают внимание на форму ануса, его зияние, наличие рубцовых изменений и деформаций, состояние кожных покровов. Определяют наличие сторожевого бугорка. Чтобы визуализировать дистальный край дефекта анодермы, оценить его расположение, размеры и форму разводят края заднего прохода.

Характерно наличие линейного или эллипсовидного дефекта (эрозии или язвы) с ровными краями, не распространяющегося за анатомические границы анодермы. При пальцевом исследовании определяется наличие дефектов анодермы, а также тоническое состояние анального сфинктера и сила волевых сокращений. Выявляется характерное для анальной трещины повышение тонуса сфинктера.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

## 2. Вопрос

Дополнительно необходимо рекомендовать пациентке провести

1. гастроскопию

**2. колоноскопию под обезболиванием**

3. пассаж бария по ЖКТ

4. проктографию

**Правильный ответ: колоноскопию под обезболиванием**

Ректороманоскопия и колоноскопия проводятся пациентам старше 40 лет после купирования болевого синдрома, при наличии кишечной симптоматики.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

## 2. Диагноз

## 3. Вопрос

На основании результатов проведенного обследования пациенту можно поставить диагноз

1. Передний неполный внутренний свищ прямой кишки

2. Острая задняя анальная трещина

3. Хроническая передняя анальная трещина со спазмом сфинктера

**4. Острая передняя анальная трещина**

**Правильный ответ: Острая передняя анальная трещина**

Классификация

По характеру течения:

\* Острая анальная трещина;

\* Хроническая анальная трещина;

По локализации дефекта:

\* Задняя анальная трещина;

\* Передняя анальная трещина;

\* Боковая анальная трещина;

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

(2)

(3)

(4)

(1)

## 4. Вопрос

В первую очередь необходимо исключить у пациентки

1. злокачественную опухоль толстой кишки
2. травму прямой кишки
3. гемобластоз
4. синдром раздраженного кишечника

**Правильный ответ: злокачественную опухоль толстой кишки**

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняются преимущественно с целью проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний.

К ним относят: острый парапроктит, злокачественные опухоли анального канала и прямой кишки с распространением на анальный канал, осложненные каудальные тератомы, болезнь Крона с перианальными поражениями, идиопатический анокопчиковый болевой синдром, эндометриоз, прокталгия, тромбоз наружных геморроидальных узлов, травма прямой кишки, солитарная язва прямой кишки, воспалительные заболевания кишечника, гемобластозы, сифилис, ВИЧ-инфекция, герпетическая инфекция перианальной кожи, нейродермит, псориаз.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

Шелыгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4357-6.

(1)

## 5. Вопрос

К наиболее вероятным причинам развития анальной трещины у пациентки относят

1. запор, погрешность в диете
2. дивертикулярную болезнь ободочной кишки
3. язвенный колит
4. болезнь Крона

**Правильный ответ: запор, погрешность в диете**

Наиболее частой причиной возникновения острых трещин является травма слизистой оболочки анального канала, возникающая при прохождении твердых каловых масс (запоры). Это приводит к травматическому повреждению его стенки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

## 3. Лечение

## 6. Вопрос

Наиболее вероятным методом лечения пациентки является

1. хирургическое лечение
2. комплекс лечебной физкультуры

3. медикаментозная релаксация внутреннего сфинктера

#### 4. консервативная терапия

**Правильный ответ: консервативная терапия**

Острая анальная трещина является показанием к проведению консервативной терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

## 7. Вопрос

Консервативное лечение пациентки предполагает соблюдение диеты

1. богатой клетчаткой, продукты, содержащие подорожник и пищевые волокна

2. с ограничением рафинированных жиров и холестеринсодержащих продуктов

3. с преобладанием белковой пищи

4. с ограничением жидкости, соли, экстрактивных веществ (стол № 7)

**Правильный ответ: богатой клетчаткой, продукты, содержащие подорожник и пищевые волокна**

Всем пациентам с анальной трещиной рекомендуется потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров. В тех случаях, когда не удалось нормализовать стул при соблюдении диеты, рекомендуется использовать слабительные средства с целью формирования у пациента регулярного оформленного стула.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

(2)

## 8. Вопрос

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

1. теплые сидячие ванночки с марганцовкой

2. консервативная терапия в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки

3. пневмодивульсия с иссечением трещины

4. боковая подкожная сфинктеротомия

**Правильный ответ: консервативная терапия в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки**

Острая и хроническая анальные трещины со спазмом сфинктера являются показанием для использования консервативной терапии в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г.

(1)

(2)

## 4. Вариатив

## 9. Вопрос

Для медикаментозная релаксации внутреннего сфинктера применяется в первую очередь

**1. нитроглицериновая мазь 0,4%**

2. релиф суппозитории: фенилэфрина гидрохлорид 5 мг

3. нитроглицериновая мазь 0,2%

4. натальсид суппозитории (натрия альгинат) - 250 мг

**Правильный ответ: нитроглицериновая мазь 0,4%**

В качестве препаратов первой линии применяют органические нитраты. Нитроглицериновая мазь 0,4%. Препарат готовится путем смешивания концентрированного масляного раствора нитроглицерина и вазелина.

Шелыгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4357-6.

(1)

## 5. Лечение

### 10. Вопрос

Основным побочным эффектом нитроглицериновой мази является

**1. головная боль**

2. диарея

3. зуд

4. жжение

**Правильный ответ: головная боль**

Основным побочным эффектом 0,4% нитроглицериновой мази является головная боль, которая наблюдается у 20-30% больных. Частота развития головных болей является дозозависимой и приводит к прекращению терапии у 20% больных.

Шелыгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4357-6.

(1)

## 6. Вариатив

### 11. Вопрос

Показанием для хирургического лечения является

**1. неэффективность консервативной терапии**

2. спазм внутреннего сфинктера

3. выраженный болевой синдром

4. дефект слизистой анального канала

**Правильный ответ: неэффективность консервативной терапии**

Под хирургическим лечением хронической анальной трещины понимают различные методы хирургической релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки. При наличии выраженных рубцово-воспалительных изменений, таких как сторожевой бугорок, гипертрофированный анальный сосочек, выраженные рубцовые изменения края трещины хирургическую релаксацию внутреннего сфинктера необходимо дополнять иссечением анальной трещины. Показания: неэффективность консервативной терапии.

Шелыгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4357-6.

(1)

## 12. Вопрос

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

1. возраст старше 60 лет
2. разрывы промежности во время родов
3. клинические признаки опущения тазового дна

### 4. наличие толерантности к органическим нитратам

**Правильный ответ: наличие толерантности к органическим нитратам**

Противопоказания

\* Наличие толерантности к органическим нитратам.

Шелыгин, Ю. А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4357-6.

(1)

# Колопроктология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Колопроктология

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Женщина 81 года обратилась к врачу колопроктологу.

### 1.2. Жалобы

На выделение крови и слизи со стулом.

### 1.3. Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 3 месяцев.

### 1.4. Анамнез жизни

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

Аллергоанамнез не отягощен.

### 1.5. Объективный статус

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

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $SpO_2$  98%

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

Живот несколько вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный, в левой мезогастральной области пальпируется плотное образование до 7 см в Д. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

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

#### 1. пальцевого ректального исследования

2. магнитно-резонансной томографии органов малого таза

3. рентгенографии малого таза

4. компьютерной томографии органов малого таза

**Правильный ответ: пальцевого ректального исследования**

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

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

## 2. Вопрос

Учитывая жалобы, после осмотра проктолога пациентке необходимо рекомендовать проведение

1. компьютерной томографии органов малого таза

**2. тотальной колоноскопии с биопсией**

3. УЗИ ректальным датчиком

4. магнитно-резонансной томографии органов малого таза

**Правильный ответ: тотальной колоноскопии с биопсией**

Рекомендуется выполнить тотальную колоноскопию с биопсией - наиболее информативный метод исследования при раке ободочной кишки, позволяющий непосредственно визуализировать опухоль, определить её размеры, локализацию и макроскопический тип, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация), а также получить материал для морфологического исследования.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

## 3. Вопрос

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

1. эзофагогастродуоденоскопию

2. ректороманоскопию

**3. компьютерную томографию грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием**

4. магнитно-резонансную томографию органов малого таза

**Правильный ответ: компьютерную томографию грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием**

КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием является стандартом уточняющей диагностики при раке ободочной кишки в большинстве развитых стран для визуализации опухоли, определения глубины ее прорастания, вовлечения соседних органов, исключения метастазов в печень, легкие, лимфоузлы брыжейки, канцероматоза.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

(2)

(3)

## 2. Диагноз

## 4. Вопрос



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

1. CT4aN1M0

**2. CT4bN1M0**

3. CT3N1M0

4. CT4bN0M0

**Правильный ответ: CT4bN1M0**

Учитывая локализацию опухоли, ее гистологическое строение, прорастание всех слоев кишечной стенки с вовлечением в процесс петли тонкой кишки, а также наличием одного пораженного лимфоузла в параколической клетчатке, без признаков наличия отдаленных метастазов, пациентке можно установить предварительный диагноз - рак сигмовидной кишки, T4bN1M0.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

### 3. Лечение

### 5. Вопрос

В качестве основного метода радикального лечения данной пациентки рекомендуется рассматривать

**1. хирургическое вмешательство**

2. симптоматическую терапию

3. химиотерапию

4. химиолучевую терапию

**Правильный ответ: хирургическое вмешательство**

Рекомендуется рассматривать хирургическое вмешательство как основной метод радикального лечения больных раком ободочной кишки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

### 6. Вопрос

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

**1. комбинированной левосторонней гемиколэктомии с резекцией тонкой кишки**

2. резекции сигмовидной кишки

3. двустольной сигмостомии

4. резекции левых отделов ободочной кишки

**Правильный ответ: комбинированной левосторонней гемиколэктомии с резекцией тонкой кишки**

При резектабельном локализованном и местнораспространенном раке ободочной кишки II-III стадий (T2N1-2M0, T3-4N0-2M0) объем операции определяется локализацией и местным распространением опухоли. При локализации опухоли в дистальной трети поперечной ободочной кишки, селезеночном изгибе ободочной кишки, нисходящей ободочной кишке, проксимальной трети сигмовидной кишки рекомендуется выполнять левостороннюю гемиколэктомию.

Таким образом, пациентке показано выполнение левосторонней гемиколэктомии с резекцией тонкой

кишки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

(2)

## 7. Вопрос

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

1. химиолучевой терапии
2. повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
3. лучевой терапии

### 4. адъювантной химиотерапии

**Правильный ответ: адъювантной химиотерапии**

При резектабельном локализованном и местнораспространенном раке ободочной кишки II-III стадий (T2N1-2M0, T3-4N0-2M0) адъювантную химиотерапию рекомендуется проводить при выявлении поражения регионарных лимфатических узлов, прорастании опухоли серозной оболочки и факторах риска.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

## 8. Вопрос

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

1. De Gramont
2. FOLFIRI
3. капецитабин в монорежиме

### 4. XELOX/FOLFOX

**Правильный ответ: XELOX/FOLFOX**

При T4 или N2 рекомендуется проведение 6 месяцев адъювантной химиотерапии по схеме XELOX/FOLFOX

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

## 9. Вопрос

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

1. 3
2. 9
3. 12

### 4. 6

**Правильный ответ: 6**

При T4 или N2 рекомендуется проведение 6 месяцев адъювантной химиотерапии по схемеXELOX/FOLFOX

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

## 4. Вариатив

### 10. Вопрос

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

1. 6

2. 24

3. 18

4. 12

**Правильный ответ: 6**

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу рака толстой кишки: в первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 3-6 месяцев.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

### 11. Вопрос

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

1. 5 лет

2. год

3. 3 года

4. 2 года

**Правильный ответ: год**

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу рака толстой кишки: на сроке 3-5 лет - 1 раз в 6-12 месяцев. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)

### 12. Вопрос

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

1. КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза

2. рентгенографию грудной клетки

3. колоноскопию

4. анализ крови на онкомаркеры - РЭА, СА 19,9

**Правильный ответ: анализ крови на онкомаркеры - РЭА, СА 19,9**

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность назначения методов обследования после завершения лечения по поводу рака толстой кишки - онкомаркеры РЭА, СА 19,9 каждые 3 месяца первые 2 года и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода, 2025 г.

(1)