MedikCase
Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Колопроктология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 02:36 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт | Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	Мужчина 76 лет обратился к врачу колопроктологу в поликлинику по месту жительства.	3
0002	Женщина 70 лет обратился к врачу колопроктологу.	11

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Колопроктология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

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

1.2. Жалобы

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

1.3. Анамнез заболевания

Настоящие жалобы в течение полугода.

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

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

1. План обследования

Вопрос 1

Первоочередным физикальным методом обследования с вышеописанными жалобами является

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

Правильный ответ:
3 - пальцевое ректальное исследование

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

3. Результаты обследования

3.1. Пальцевое ректальное исследование

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

3.2. Наружный осмотр перианальной области

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

Вопрос 2

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

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

Правильный ответ:
4 - МРТ органов малого таза

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

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

5. Результаты обследования

5.1. МРТ органов малого таза

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

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

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

2. Лечение

Вопрос 3

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

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

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

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 4

Основным правилом маркировки места предполагаемой кишечной стомы является учет

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

Правильный ответ:
2 - телосложения пациента

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

8. Результаты обследования

8.1. Телосложение пациента

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

Вопрос 5

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

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

Правильный ответ:
4 - илеостомы

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 6

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

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

Правильный ответ:
3 - столбиком

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 7

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

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

Правильный ответ:
2 - равен диаметру

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 8

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

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

Правильный ответ:
3 - 15-20

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 9

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

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

Правильный ответ:
4 - 3-4

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

3. Вариатив

Вопрос 10

Для профилактики ретракции стомы используют

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

Правильный ответ:
1 - поддерживающую палочку

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 11

Формирование проксимальной разгрузочной стомы показано при

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

Правильный ответ:
2 - кишечной непроходимости опухолевого генеза

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 12

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

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

Правильный ответ:
2 - ультразвуковое исследование (УЗИ)

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Колопроктология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 70 лет обратился к врачу колопроктологу.

1.2. Жалобы

Выделение крови и слизи со стулом.

1.3. Анамнез заболевания

Настоящие жалобы предъявляет в течение 4 месяцев.

1.4. Анамнез жизни

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

Аллергоанамнез не отягощен.

1.5. Объективный статус

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

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту.

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Сравнительная перкуссия легких: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация: над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин.

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

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

1. План обследования

Вопрос 1

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

1. **пальцевого ректального исследования**
2. пальпации органов брюшной полости
3. рентгенографии органов грудной клетки
4. колоноскопии

Правильный ответ:
1 - пальцевого ректального исследования

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

3. Результаты обследования

3.1. Пальцевое ректальное исследование

При пальцевом ректальном исследовании: тонус и волевые усилия сфинктера сохранены, начиная от средней трети анального канала с переходом на нижнеампулярный отдел прямой кишки по задней полуокружности определяется блюдцеобразная опухоль протяженностью 5 см.

3.3. Пальпация органов брюшной полости

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

Вопрос 2

С целью определения распространенности опухоли, пациентке необходимо рекомендовать проведение

1. колоноскопии
2. **МРТ малого таза**
3. КТ малого таза
4. УЗИ малого таза

Правильный ответ:
2 - МРТ малого таза

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется выполнить МРТ малого таза перед планированием химиолучевой терапии и перед хирургическим лечением. МРТ малого таза позволяет определить локализацию, протяженность, глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак прямой кишки, 2025 г. (1) (2)

5. Результаты обследования

5.1. МРТ малого таза

Первичная опухоль определяется в виде полуциркулярного утолщения стенок нижнеампулярного отдела прямой кишки. Дистальный края опухоли определяется на расстоянии 29 мм от анального края и на уровне верхнего края _m.puborectalis_. В краниокаудальном направлении опухоль имеет протяженность 34 мм. Опухоль инфильтрирует стенку кишки и распространяется в мезоректальную клетчатку с вовлечением леватора по задней полуокружности. В мезоректальной клетчатке определяются множественные лимфатические узлы (4) размерами до 4 мм, без признаков метастатического поражения.

5.4. УЗИ малого таза

Мочевой пузырь наполнен, стенки его не изменены. В нижнеампулярном прямой кишке определяется злокачественная опухоль до 5 см протяженностью. Опухоль инфильтрирует стенку кишки, с распространением в мезоректальную клетчатку. В мезоректальной клетчатке лимфатические узлы не определяются.

Вопрос 3

По результатам колоноскопии, МРТ малого таза и гистологического исследования (биопсия) у пациентки выявлена аденокарцинома прямой кишки. С целью уточнения основного диагноза больной необходимо дополнительно назначить

1. эзофагогастродуоденоскопию
2. УЗИ малого таза
3. **КТ грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием**
4. КТ малого таза

Правильный ответ:
3 - КТ грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием

ОБОСНОВАНИЕ

КТ органов брюшной полости и грудной клетки является стандартом уточняющей диагностики при раке прямой кишки в большинстве развитых стран.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак прямой кишки, 2025 г. (1) (2)

7. Результаты обследования

7.1. КТ грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием

В легких очагово-инфильтративных изменений не выявлено. Печень не увеличена, очаговые образования не выявляются.

7.4. УЗИ малого таза

Мочевой пузырь наполнен, стенки его не изменены. В нижнеампулярном прямой кишке определяется злокачественная опухоль до 5 см протяженностью. Опухоль инфильтрирует стенку кишки, с распространением в мезоректальную клетчатку. В мезоректальной клетчатке лимфатические узлы не определяются.

8. По результатам проведенных обследований

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

2. Диагноз

Вопрос 4

Таким образом, пациентке можно установить предварительный диагноз по классификации TNM (8 издание) – Рак прямой кишки

1. cT4aN0M0, стадия IIA
2. cT3N0M1, стадия IIIA
3. **cT4bN0M0, стадия IIC**
4. cT3N1M0, стадия III

Правильный ответ:
3 - cT4bN0M0, стадия IIC

ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая локализацию опухоли, ее гистологическое строение, прорастание всех слоев кишечной стенки, вовлечением леватора, без признаков регионарного и отдаленного метастазирования, пациенту можно установить предварительный диагноз - Рак прямой кишки, cT4bN0M0, стадия IIC.

Клинические рекомендации Минздрава России. Рак прямой кишки, 2025 г. (1) (2)

10. Диагноз

10.1. Рак прямой кишки cT4bN0M0, стадия IIC

10.3. Рак прямой кишки cT3N1M0, стадия III

3. Лечение

Вопрос 5

Учитывая распространенность опухолевого процесса, лечение данной пациентки следует начинать с

1. химиотерапии
2. **химиолучевой терапии**
3. симптоматической терапии
4. хирургического вмешательства

Правильный ответ:
2 - химиолучевой терапии

ОБОСНОВАНИЕ

При локализованном и местнораспространенном раке прямой кишки II–III стадий (T1-2N1-2M0, T3-4N0-2M0) рекомендуется проведение предоперационной лучевой/химиолучевой терапии и последующего радикального хирургического лечения.

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

Вопрос 6

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

1. 1-2
2. 4-6
3. **6-8**
4. 2-4

Правильный ответ:
3 - 6-8

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется пациентам после курса лучевой терапии РОД 5 Гр, СОД 25 Гр с целью достижения максимального эффекта и снижения риска осложнений соблюдать следующие сроки проведения хирургического лечения: в случае отсутствия консолидирующей ХТ – не ранее 6 и не позднее 8 недель после завершения, в случае проведения консолидирующей ХТ – не позднее 20 недель с момента её завершения.

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

13. Через 6 недель

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

Вопрос 7

Таким образом, пациентке показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

1. трансанального эндомикрохирургического удаления опухоли
2. **экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации**
3. брюшно-анальной резекции
4. низкой передней резекции

Правильный ответ:
2 - экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации

ОБОСНОВАНИЕ

Выполнение экстралеваторной экстирпации прямой кишки показано пациентам с подтверждённым МРТ врастанием опухоли в мышцы тазового дна.

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

15. Дополнительная информация

Учитывая распространенность остаточной опухоли, пациентке была выполнена экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием одноствольной колостомы.

При гистологическом исследовании удаленного препарата выставлен патоморфологический диагноз: Рак прямой кишки, pT3N0(0/25)cM0, R0.

Вопрос 8

Учитывая стадию заболевания, пациентке необходимо рекомендовать проведение

1. повторного оперативного вмешательства с резекцией зоны анастомоза
2. **адъювантной химиотерапии**
3. динамического наблюдения
4. послеоперационной химиолучевой терапии

Правильный ответ:
2 - адъювантной химиотерапии

ОБОСНОВАНИЕ

В случаях предоперационного химиолучевого лечения, назначение адъювантной химиотерапии основано на результатах патоморфологического исследования. При ypT3-4N0 или ypT1-4N+ проводится адъювантная химиотерапия по схеме XELOX или FOLFOX, суммарно до 6 месяцев терапии (включая и длительность предоперационного лечения).

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

Вопрос 9

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение адъювантной химиотерапии по схеме

1. FOLFIRI
2. капецитабин в монорежиме
3. De Gramont
4. **XELOX/FOLFOX**

Правильный ответ:
4 - XELOX/FOLFOX

ОБОСНОВАНИЕ

В случаях предоперационного химиолучевого лечения, назначение адъювантной химиотерапии основано на результатах патоморфологического исследования. При ypT3-4N0 или ypT1-4N+ проводится адъювантная химиотерапия по схеме XELOX или FOLFOX, суммарно до 6 месяцев терапии (включая и длительность предоперационного лечения).

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

4. Вариатив

Вопрос 10

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

1. 9-18
2. 6-12
3. 12-24
4. **3-6**

Правильный ответ:
4 - 3-6

ОБОСНОВАНИЕ

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

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

Вопрос 11

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

1. 2
2. **1**
3. 5
4. 3

Правильный ответ:
2 - 1

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу рака прямой 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 прямой кишки, 2025 г. (1)

Вопрос 12

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

1. колоноскопию
2. **анализ крови на онкомаркеры - РЭА**
3. КТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза
4. рентгенографию грудной клетки

Правильный ответ:
2 - анализ крови на онкомаркеры - РЭА

ОБОСНОВАНИЕ

Частота проведения МРТ органов малого таза при отсутствии подозрения на рецидив (данные пальцевого исследования, рост РЭА и т.д.) обычно не превышает 1 раза в год.

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