

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр  
Сибирского отделения Российской академии наук»  
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОВИДЕОСКОПИЯ В  
КОЛОПРОКТОЛОГИИ» ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ  
ВАРИАТИВНОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ)  
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ  
ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ  
ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В  
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 2  
от 27 января 2020г.)

Составитель:

д.м.н. А.А. Захарченко

Красноярск  
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
<b>Эндовидеоскопия в колопроктологии</b>	ПК-5 ПК-6	тестовые задания	37
		контрольные вопросы	8
		ситуационные задачи	5

### **Перечень тестовых заданий**

**01. Ограничением к выполнению колоноскопии является:**

1. анемия
2. рак яичника
3. метастатическое поражение печени
4. полипы желудка
5. спаечная болезнь органов брюшной полости

**02. Показанием к плановой колоноскопии является:**

1. полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии
2. болезнь Уиппла
3. синдром мальабсорбции
4. дисбактериоз
5. гельминтоз

**03. Показанием к плановой колоноскопии является:**

1. кишечное кровотечение
2. желудочное кровотечение
3. кишечная непроходимость
4. инородное тело толстой кишки
5. рентгенологическое подозрение на рак толстой кишки

**04. Показанием к экстренной колоноскопии является:**

1. анемия
2. кишечное кровотечение
3. подозрение на перфорацию толстой кишки
4. гранулематозный колит
5. дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита

**05. Анальная трещина является:**

1. абсолютным противопоказанием к колоноскопии
2. относительным противопоказанием к колоноскопии

3. ограничением колоноскопии
4. абсолютным показанием к колоноскопии
5. относительным показанием

**06. Спаечная болезнь органов брюшной полости является:**

1. показанием к колоноскопии
2. противопоказанием к плановой колоноскопии
3. показанием к urgentной колоноскопии
4. противопоказанием к urgentной колоноскопии
5. ограничением колоноскопии

**07. Аневризма брюшного отдела аорты является:**

1. показанием к плановой колоноскопии
2. абсолютным противопоказанием к колоноскопии
3. относительным противопоказанием
4. показанием к urgentной колоноскопии
5. ограничением колоноскопии

**08. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии не используют:**

1. вазелиновое масло
2. касторовое масло
3. раствор сернокислой магнезии
4. фортранс
5. форлакс

**09. Преимущественно на моторику тонкой кишки действует:**

1. касторовое масло
2. кора крушины
3. изафенин
4. фенолфталеин (пурген)
5. бисакодил

**10. На моторику толстой и тонкой кишки действуют:**

1. раствор сернокислой магнезии
2. касторовое масло
3. изафенин
4. бисакодил
5. кора крушины

**11. К послабляющим средствам относятся:**

1. касторовое масло
2. вазелиновое масло
3. изафенин
4. бисакодил
5. кора крушины

**12. К ветрогонным средствам относятся:**

1. касторовое масло
2. вазелиновое масло
3. изафенин
4. настой семян укропа
5. корень ревеня

**13. После очистительных клизм раздражение слизистой оболочки толстой кишки (дистального отдела) сохраняется в течение:**

1. 2 часов
2. 12 часов
3. 24 часов
4. 48 часов
5. раздражения слизистой оболочки не наблюдается вообще

**14. Солевое слабительное вызывает раздражение слизистой оболочки толстой кишки, которое сохраняется в течение:**

1. 1-2 часов
2. 12-24 часов
3. 2-3 дней
4. недели
5. раздражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечаете

**15. Задержка жидкости в просвете толстой кишки характерна для:**

1. касторового масла
2. вазелинового масла
3. сернокислой магнезии
4. бисакодила
5. коры крушины

**16. Для подготовки больных с поносами к колоноскопии используют следующую схему:**

1. слабительные средства + очистительные клизмы
2. слабительные средства + сифонные клизмы
3. только очистительные клизмы
4. только слабительные средства
5. осмотр проводят без предварительной подготовки

**17. Для подготовки больных с толстокишечной непроходимостью к колоноскопии используют следующую схему:**

1. только слабительные
2. только сифонные клизмы
3. слабительные средства + очистительные клизмы
4. слабительные средства + сифонные клизмы
5. осмотр производится без предварительной подготовки

**18. У больных с нарушенным актом дефекации (длительные запоры) используют следующую схему подготовки:**

1. за 2 часа до осмотра очистительная клизма
2. по 1 очистительной клизме на ночь накануне исследования и утром в день исследования
3. накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла
4. накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма
5. за 3 дня до исследования бесшлаковая диета, накануне исследования принять 40,0 мл касторового масла, 2 клизмы на ночь и 2 клизмы с утра в день исследования

**19. Перед колоноскопией необходима премедикация:**

1. наркотики и/к
2. спазмолитики п/к
3. наркотики + спазмолитики п/к
4. наркотики + спазмолитики в/в
5. премедикация не требуется

**20. В отношении эндоскопического исследования толстой кишки правильно все перечисленное, кроме:**

1. Колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки
2. Колоноскопия является самостоятельным методом исследования
3. Колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки
4. Колоноскопия выполняется после проведения ирригоскопии
5. Колоноскопия выполняется после проведения ректороманоскопии

**21. Колоноскопия не показана:**

1. При анемии
2. При раке яичника
3. При метастатическом поражении печени
4. При полипе желудка
5. При дизентерии

**22. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен:**

1. При неспецифическом язвенном колите
2. При болезни Крона
3. При диффузном полипозе толстой кишки
4. При неустановленном источнике кишечного кровотечения
5. При всех перечисленных заболеваниях

**23. Показаниями к urgentной колоноскопии являются:**

1. Толстокишечная непроходимость
2. Кишечное кровотечение
3. Подозрение на перфорацию толстой кишки
4. Дивертикулез толстой кишки с явлениями периколита
5. Правильно а) и б)

**24. При экстренном обследовании больных с толстокишечным кровотечением могут быть использованы все перечисленные методы, кроме:**

1. Ректороманоскопии
2. Ирригоскопии
3. Селективной ангиографии
4. Диагностической колоноскопии
5. Интраоперационной колоноскопии

**25. Показаниями к интраоперационной колоноскопии является:**

1. Дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом
2. Кишечное кровотечение с неустановленным источником
3. Неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением
4. Болезнь Крона в фазе стриктурирования

**26. Абсолютными противопоказаниями к колоноскопии являются:**

1. Тяжелая форма неспецифического язвенного колита и болезни Крона
2. Тяжелые степени сердечно-сосудистой и легочной недостаточности
3. Острый парапроктит
4. Кровотоочащий геморрой
5. Правильно а) и б)

**27. Относительными противопоказаниями к колоноскопии являются:**

1. Острые воспалительные поражения анальной и перианальной области
2. Ранний послеоперационный период (после операций на толстой кишке)
3. Болезнь Крона, фаза инфильтрации
4. Спаечная кишечная непроходимость
5. Правильно а) и б)

**28. К ограничениям для колоноскопии относятся:**

1. Болезнь Гиршпрунга
2. Выраженный дивертикулез
3. Максимальная степень активности неспецифического язвенного колита
4. Фаза деструкции болезни Крона
5. Правильно а) и б)

**29. К осложнениям, наиболее часто развивающимся после колоноскопии, относятся все перечисленные, кроме:**

1. Пневматоза толстой кишки
2. Динамической толстокишечной непроходимости
3. Коллапса
4. Брадикардии
5. Сепсиса

**30. К возможным осложнениям, связанным с подготовкой толстой кишки к исследованию, относятся все перечисленные, кроме:**

1. Электролитных расстройств
2. Гиповолемии
3. Дегидратации
4. Инфаркта миокарда
5. Заворота толстой кишки

**31. У больных с нарушенным актом дефекации применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии:**

1. За 2 часа до осмотра очистительная клизма
2. По одной очистительной клизме на ночь накануне исследования, и утром в день осмотра
3. Накануне исследования в 16 часов принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования
4. Накануне исследования в 16 часов принять 40 г касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма
5. За 3 дня до исследования бесшлаковая диета, 2 клизмы на ночь накануне исследования и 2 клизмы утром в день осмотра

**32. У больных с толстокишечной непроходимостью применяется следующая схема подготовки толстого кишечника к колоноскопии:**

1. Сифонная клизма за 1 час до осмотра
2. Накануне исследования принять 40 г касторового масла, 2 очистительные клизмы на ночь и 2 утром в день исследования
3. За 3 дня до осмотра бесшлаковая диета, 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования
4. 50 мл раствора сернокислой магнезии 25% на ночь, утром 2 очистительные клизмы
5. Осмотр производится без подготовки

**33. У больных с поносами применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии:**

1. Осмотр производится без подготовки
2. По 1 клизме (объемом 500-600 мл) на ночь и утром в день исследования
3. По 1 клизме (объемом 1000-1500 мл) на ночь и утром в день исследования
4. Накануне исследования принять 40 г касторового масла, по 1 клизме (объемом 1-1.5 л) на ночь и утром в день исследования
5. Бесшлаковая диета за 2-3 дня до исследования, по 1 клизме (объемом 500-600 мл) на ночь и утром в день исследования.

**34. У больных с запорами до 2-3 дней применяется следующая схема подготовки толстой кишки к колоноскопии:**

1. За 2-3 дня до осмотра назначается бесшлаковая диета, накануне в 16 часов больной принимает 40 г касторового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования
2. Накануне исследования принять 40 г касторового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования
3. Сифонная клизма за 2 часа до исследования
4. За 2-3 дня до исследования бесшлаковая диета, по 2 очистительных клизмы на ночь и утром в день исследования

5. Накануне исследования принять 40 г вазелинового масла, по 2 очистительные клизмы на ночь и утром в день исследования

**35. Специальные схемы подготовки используются при всех перечисленных заболеваниях или состояниях толстой кишки, кроме:**

1. Колостомы
2. Полипоз толстой кишки
3. Толстокишечной непроходимости
4. Дивертикулеза
5. Функциональной диареи

**36. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии применяют:**

1. Вазелиновое масло
2. Касторовое масло или раствор сернокислой магнезии
3. Свечи с глицерином
4. Таблетки бисакодила
5. Все перечисленное

**37. К лекарственным средствам, которые не рекомендуется использовать при подготовке толстой кишки к колоноскопии, относятся все перечисленные, исключая:**

1. Вазелиновое масло
2. Касторовое масло
3. Свечи с глицерином
4. Таблетки бисакодила
5. Таблетки Сенаде

### **Перечень ситуационных задач**

Задача 1. Больной К., 62 лет, обратился в клинику с жалобами на выделение крови с калом в виде прожилок или сгустков. Данные жалобы отмечает в течение месяца. Объективно: кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. При ректальном исследовании обнаружено мягкоэластическое опухолевидное образование, смещаемое, безболезненное, размерами 2х2 см, расположенное на передней стенке прямой кишки в 4 см от ануса.

Вопросы:

1. В каком отделе прямой кишки выявлена опухоль?
2. Дифференциальный диагноз?
3. В какие лимфатические узлы возможно метастазирование при таком расположении опухоли?
4. Дополнительные методы исследования.
5. Тактика при подтверждении рака.

Ответы к задаче:

1. В промежностном отделе

2. Рак прямой кишки следует дифференцировать с полипами прямой кишки, при пальцевом исследовании – с варикозным расширением вен прямой кишки (геморрой может быть симптомом опухоли прямой кишки).

3. В брыжеечные лимфатические узлы и лимфоузлы полости малого таза, подвздошные и подчревные лимфатические узлы.

4. Ректороманоскопия - позволяет более точно оценить вид и размер опухоли, взять материал для морфологического исследования и определить расстояние от ануса до нижнего края опухоли. Последнее имеет большое значение при выборе метода операции. Завершается местное исследование биопсией опухоли (биопсию не следует проводить, если подозревается меланома, когда при осмотре видны синевато-бурые или черные образования, просвечивающие через слизистую). Материал для гистологического исследования обычно берется из периферического участка (возвышенный край) язвы или из экзофитной опухоли с помощью конхотома или специальных биопсических щипцов из ректоскопического набора. Одновременно производится мазок - отпечаток марлевым шариком с поверхности опухоли для цитологического исследования. Рак верхнеампулярного и ректоигмоидного отделов выявляется при ректороманоскопии, колоноскопии или ирригокопии, которая позволяет поставить диагноз и определить протяженность поражения кишки. В план исследования больного (помимо обычного изучения общего статуса) обязательно включается исследование доступных пальпации регионарных лимфоузлов, исследование печени (околограмм), легких (рентгенограмм) на предмет выявления метастазов, реже с этой целью используется ангиография. селективная целиакография или спленопортография.

5. При установлении диагноза рака определяется стадия процесса, которая уточняется при операции и гистологическом исследовании опухоли и регионарных лимфоузлов. Наиболее эффективное лечение рака прямой кишки - радикальные операции. (брюшно-промежностная экстирпация, брюшно-анальная резекция с низведением вышележащих отделов ободочной кишки, передняя резекция, операция Гартмана).

Задача 2. Больной С, 56 лет. В течение года отмечает слабость, плохой аппетит, запоры, сменяющиеся поносами, боли при акте дефекации, примесь слизи в кале. Похудел на 10 кг. Лечился самостоятельно, к врачам не обращался. При пальпации живота определяется увеличение печени, поверхность ее бугристая. При ректальном исследовании на высоте 6 см от ануса выявлена опухоль, занимающая  $\frac{3}{4}$  окружности прямой кишки, плотная, с бугристой поверхностью, малоподвижная. На перчатке слизь и кровь.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Стадия процесса? Классифицируйте опухоль по TNM.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Профилактика.

Ответы к задаче:

1. Рак ампулярного отдела прямой кишки.
2. T4 N1 M+.

3. Пальцевое исследование прямой кишки выявляет опухолевидное образование, биопсии подтверждают диагноз. Ректороманоскопия, ирригоскопия и фиброколоноскопия необходимы для исключения синхронных образований в ободочной кишке, УЗИ или КТ печени, парааортальных узлов и рентгенография органов грудной клетки для исключения отдаленных метастазов рака. Паховые области тщательно пальпируются при наличии увеличенных узлов показана пункция и цитология.

4. Радикальные операции (брюшно-промежностная экстирпация, брюшно-анальная резекция с низведением вышележащих отделов ободочной кишки, передняя резекция, операция Гартмана).

5. Своевременное обращение и лечение выявляемых опухолей прямой кишки на ранних этапах. Профилактические осмотры. Обязательное исследование per rectum.

Задача 3. Больная В, 53 лет. Болея 2 года: беспокоят запоры, частые ложные позывы к дефекации, чувство инородного тела в прямой кишке, кровянистые выделения из прямой кишки; похудание, слабость. В медицинские учреждения не обращалась. Во время профосмотра обследована ректально, после чего была направлена в онкодиспансер. В прямой кишке на задней стенке на расстоянии 9 см от ануса обнаружена экзофитная опухоль, плотная, ограниченно подвижная, занимающая полуокружность кишки. При лимфографии выявлены дефекты наполнения в двух тазовых лимфоузлах.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Стадия процесса? Классифицируйте опухоль по TNM.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Профилактика

Ответы к задаче:

1. Рак средне-ампулярного отдела прямой кишки.
2. T2N1M0.
3. Пальцевое исследование прямой кишки выявляет опухолевидное образование, биопсии подтверждают диагноз. Ректороманоскопия, ирригоскопия и фиброколоноскопия необходимы для исключения синхронных образований в ободочной кишке, УЗИ или КТ печени, парааортальных узлов и рентгенография органов грудной клетки для исключения отдаленных метастазов рака. Паховые области тщательно пальпируются при наличии увеличенных узлов показана пункция и цитология.
4. Радикальные операции. (брюшно-промежностная экстирпация, брюшно-анальная резекция с низведением вышележащих отделов ободочной кишки, передняя резекция, операция Гартмана).
5. Своевременное обращение и лечение выявляемых опухолей прямой кишки на ранних этапах. Профилактические осмотры. Обязательное исследование per rectum.

Задача 4. У больной М. 41 года с жалобами на наличие слизи и крови в кале при амбулаторном исследовании обнаружен полип прямой кишки на высоте 13 см. Была

произведена электроэксцизия полипа. В удаленном препарате гистологически выявлены признаки малигнизации.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Существует ли необходимость в хирургическом лечении?
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Профилактика

Ответы к задаче:

1. Полип ампулярного отдела прямой кишки. Начальная стадия малигнизации.
2. Если после клинически полного удаления полипа патоморфолог определяет раковые клетки и комплексы в его основании, то эндоскопического удаления недостаточно и следует ставить вопрос о резекции кишки. Также необходима консультация химиотерапевта для решения вопроса о необходимости и схеме химиотерапии.
3. Ректороманоскопия, ирригоскопия и фиброколоноскопия необходимы для исключения синхронных образований в ободочной кишке, УЗИ или КТ печени, парааортальных узлов и рентгенография органов грудной клетки для исключения отдаленных метастазов рака. Паховые области тщательно пальпируются при наличии увеличенных узлов показана пункция и цитология.
4. Радикальные операции. (брюшно-промежностная экстирпация, брюшно-анальная резекция с низведением вышележащих отделов ободочной кишки, передняя резекция, операция Гартмана).
5. Своевременное обращение и лечение выявляемых опухолей прямой кишки на ранних этапах. Профилактические осмотры. Обязательное исследование per rectum.

Задача 5. Больной Н, 63 лет. Беспокоят боли в области ануса, усиливающиеся при акте дефекации, задержка стула, постоянное выделение крови и слизи. Болен 3 месяца. При ректальном исследовании выявлено резкое сужение анального отверстия плотной бугристой опухолью. В паховой области слева имеется узел плотной консистенции размерами 2 x 2 см.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Стадия процесса? Классифицируйте опухоль по TNM.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Профилактика

Ответы к задаче:

1. Рак промежностного отдела прямой кишки.

2. Для классифицирования данной опухоли необходимы дополнительные исследования, чтобы заключиться о наличии или отсутствии отдалённых метастазов. Предположительно, опираясь на размер опухоли и наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов - T3N2M0

3. Пальцевое исследование прямой кишки выявляет опухолевидное образование, биопсии подтверждают диагноз. Ректороманоскопия, ирригоскопия и фиброколоноскопия необходимы для исключения синхронных образований в ободочной кишке, УЗИ или КТ печени, парааортальных узлов и рентгенография органов грудной клетки для исключения отдаленных метастазов рака. Паховые области тщательно пальпируются при наличии увеличенных узлов показана пункция и цитология.

4. Радикальные операции. (брюшно-промежностная экстирпация, брюшно-анальная резекция с низведением выпячивающихся отделов ободочной кишки, передняя резекция, операция Гартмана).

5. Своевременное обращение и лечение выявляемых опухолей прямой кишки на ранних этапах. Профилактические осмотры. Обязательное исследование per rectum.

### **Перечень контрольных вопросов для собеседования**

- 1.Эндоскопические методы диагностики заболеваний тонкой и толстой кишки.
- 2.Методы подготовки толстой кишки к обследованию
- 3.Метод эндоскопического удаления полипов
- 4.Метод эндоскопического удаления доброкачественных неэпителиальных опухолей толстой кишки
- 5.Метод лечебной эндоскопии в колопроктологии
- 6.Техника выполнения колоноскопии
- 7.Диагностическая видеоскопия злокачественного рака кишечника
- 8.Методы анестезиологии при диагностических исследованиях в колопроктологии