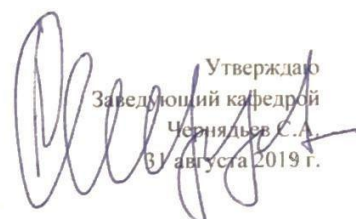


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии

  
Утверждаю  
Заведующий кафедрой  
Чернышев С.А.  
31 августа 2019 г.

**Методические указания к практическим занятиям**

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург  
2019**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.  
– Екатеринбург, 2019. –19с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы консервативной терапии и хирургического лечения колоректального рака.

Рекомендации предназначены для студентов 4 курса медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

Н.Ю.Коробова – доцент кафедры

К.А.Кубасов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

РФ, 2019г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ

ISBN

Содержание

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Введение -----                    | 6  |
| Этиология-----                    | 6  |
| Классификация-----                | 7  |
| Симптомы-----                     | 8  |
| Диагностика-----                  | 10 |
| Дифференциальная диагностика----- | 11 |
| Лечение-----                      | 12 |
| Список литературы-----            | 17 |

**Методическое указание.**

**ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ:** Ознакомиться с заболеваниями ободочной кишки. Изучить этиологию, патогенез, классификацию. Изучить клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, тактику и основные методы консервативного и хирургического лечения

### **ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:**

#### ***Студент должен знать:***

Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами

Изучить анатомию, основные методы оперативного лечения.

Изучить клинику и основные методы лечения

#### ***Студент должен уметь:***

оценить результаты клинического обследования пациента  
обосновать и сформулировать полный клинический  
диагноз разработать рекомендации пациенту,

обосновать выбор способа хирургического лечения у  
пациента дать рекомендации пациенту

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

| <i>шифр</i> | Содержание компетенции                                                                                                           | знать                                                                         | уметь                                                                                      | владеть                                                                                 |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1           | 2                                                                                                                                | 3                                                                             | 4                                                                                          | 5                                                                                       |
| ОК-1,       | Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.                                                                           | -                                                                             | -                                                                                          | -                                                                                       |
| ОК-4        | Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения              | -                                                                             | -                                                                                          | -                                                                                       |
| ОПК-4       | способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,                      | Особенности этики и деонтологии                                               | Установить контакт с пациентом и его родственниками                                        | Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками |
| ОПК-6       | готовности к ведению медицинской документации,                                                                                   | Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);             | На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни | -                                                                                       |
| ОПК-8       | готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач, | Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению | Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям                       | Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению       |
| ОПК-9       | способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения  | Анатомо-физиологические особенности органов организма человека                | Провести исследование организма человека в целом по системам                               | Методикой исследования организма человека по системам                                   |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |                                                                                     |                                                                                       |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|        | профессиональных задач,                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                              |                                                                                     |                                                                                       |
| ОПК-11 | готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи                                                                                                                                                           | Назначение и правила использования хирургического инструментария             | Использовать хирургический инструментарий на практике                               | Техникой использования инструментов в хирургии                                        |
| ПК-5   | готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания, | Методику исследования                                                        | Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения                       | Методикой исследования организма человека                                             |
| ПК-6   | способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,         | Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)                | Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10 | Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10 |
| ПК-7   | готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,                                                                                               | Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти    | Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит              | Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти           |
| ПК-8   | способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,                                                                                                                                                                    | тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями                     | Определить тактику при заболеваниях                                                 | Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями                                 |
| ПК-10  | готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,                                         | Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях | Применять на практике оказание медицинской помощи                                   | Оказанием первой медицинской помощи                                                   |
| ПК-11  | готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,                                                                                                                                     | Правила оказания скорой медицинской помощи                                   | Оказывать скорую медицинскую помощь                                                 | Правилами оказания скорой медицинской помощи                                          |
| ПК-20  | готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины                                                                                                                                                      | Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.            | Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.                  | -                                                                                     |

# **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.**

## **Введение**

Коло-ректальный рак развивается из слизистой оболочки толстой кишки. Заболеваемость коло-ректальным раком во всем мире неуклонно возрастает. Болеют чаще всего люди старше 50 лет, преимущественно женщины, хотя описаны случаи заболевания коло-ректальным раком в 25-30 лет. Болеют преимущественно люди, употребляющие мясные продукты. Вегетарианцы болеют значительно реже. Заболеваемость в РФ составляет около 20 человек на 100 000 населения в год. Очень высока заболеваемость в США: около 60 человек на 100 000 населения в год.

## **Этиология. Факторы риска возникновения коло-ректального рака**

Этиология коло-ректального рака, как и рака других локализаций, неизвестна, но имеется целый ряд факторов, способствующих возникновению этого грозного заболевания. Высокое содержание в рационе мяса и животного жира ускоряет рост кишечных бактерий, вырабатывающих канцерогены. Отмечено резкое снижение случаев заболеваемости среди вегетарианцев. Высока частота коло-ректального рака среди работников асбестных производств, лесопилок.

Возможность наследственной передачи доказывает наличие семейных полипозных синдромов и возрастание (в 3-5 раз) риска развития коло-ректального рака среди родственников 1 ст. родства больных карциномами или полипами.

## **Предраковые заболевания**

- Язвенный колит, особенно с давностью заболевания более 10 лет.
- Болезнь Крона.
- Синдром полипоза: диффузный семейный полипоз, одиночные и множественные полипы, ворсинчатые опухоли.
- Рак женских гениталий или молочной железы в анамнезе.
- Иммунодефициты.

Согласно международной анатомической номенклатуре, толстая кишка включает в себя слепую, ободочную и прямую кишку. В состав ободочной кишки входят восходящая ободочная, печеночный изгиб, поперечная ободочная, селезеночный изгиб, нисходящая ободочная и сигмовидная кишка. Граница между сигмовидной кишкой и прямой является ректосигмоидный переход. В этом месте на сигмовидной кишке находится самая нижняя жировая подвеска. Длина толстой кишки у взрослого человека составляет около 2 м. из них 5-6 см приходится на слепую кишку, 176-178 см - на ободочную и 16-18 см на прямую кишку. Для удобства при рассмотрении отдельных заболеваний толстой кишки, в частности рака, слепую относят к ободочной.

Кровоснабжение толстой кишки осуществляется по системе верхней брыжеечной и нижней брыжеечной артерий. 12-15 см дистальной части подвздошной кишки, слепая кишка и начальная часть восходящей - кровоснабжаются из подвздошно-ободочной артерии, восходящая кишка и печеночный изгиб - из правой ободочной артерии, поперечно-ободочная кишка получает кровь из средней ободочной артерии. Это все относится к системе верхней брыжеечной артерии. От нижней брыжеечной артерии отходит левая толстокишечная артерия, которая питает селезеночный изгиб ободочной

кишки, 2-3 сигмовидных артерии, кровоснабжающих сигму и верхняя ректальная артерия, питающая верхние отделы прямой кишки. Остальные отделы прямой кишки кровоснабжаются от веточек, отходящих от внутренних подвздошных артерий. Отток крови происходит по одноименным венам, которые впадают в воротную вену. Иннервация осуществляется симпатической и парасимпатической нервной системой. В ободочной кишке происходит формирование каловых масс, а прямая кишка предназначена для удержания (континенции) и эвакуация кала.

## **Классификация коло-ректального рака**

Макроскопические формы коло-ректального рака.

- Экзофитная – опухоли, растущие в просвет кишки.
- Эндофитная – опухоли, инфильтрирующие стенку кишки, не имеющие четких границ, быстро суживающие ее просвет и приводящее к кишечной непроходимости.
- Смешанные формы, при которых имеются признаки как эндофитного, так и экзофитного роста.

Гистологическая классификация.

- Аденокарцинома различной степени дифференцировки – 90-95%.
- Солидный рак – 2-3%.
- Слизистый рак – 1-2%
- Неклассифицируемая карцинома – менее 1%.

Классификация по TNMPG.

Имеется целый ряд классификаций коло-ректального рака – отечественная (выделяют 4 стадии рака), классификация по Дюксу (которая широко используется в США). Самой оптимальной является международная классификация TNM, которую применяют при всех локализациях рака.

T0 – опухоль не определяется.

T1 – опухоль занимает менее половины окружности кишки и поражает слизистый и подслизистый слой.

T2 – опухоль занимает более половины окружности кишки, прорастает в мышечный слой.

T3 – опухоль поражает все слои, значительно суживает просвет кишки.

T4 – опухоль полностью стенозирует просвет кишки, прорастает в соседние органы.

N0 – нет метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Nx – недостаточно информации о поражении лимфатического аппарата.

N1 – поражение лимфоузлов 1 порядка (параколические).

N2 – поражение лимфоузлов 2 порядка (расположенные между кишкой и дугой Риолана).

N3 – поражение лимфоузлов 3 порядка (узлы, находящиеся у начала главных стволов брыжеечных артерий).

N4 – поражение лимфоузлов 4 порядка (парааортальные).

M0 – нет отдаленных гематогенных метастазов.

Mx – недостаточно данных о наличии отдаленных метастазов.

M1 – имеются отдаленные метастазы (обычно в печени).

P показывает глубину прорастания опухоли.

P1 – инвазия слизистой.

P2 – инвазия слизистой, подслизистой и начала мышечного слоя.

P3 – опухоль прорастает до серозной оболочки.

P4 – опухоль выходит за пределы кишки.

G показывает степень зрелости раковой опухоли.

G1 – высокодифференцированная аденокарцинома.

G2 - умереннодифференцированная аденокарцинома.

G3 - низкодифференцированная аденокарцинома.

Характерные клинические черты патологических процессов в течении коло-ректального рака.

### **Симптоматика ректального рака**

- кровотечения – 65-90%. Кровотечения проявляются примесью крови и слизи в стуле.

При геморрое кровотечения, как правило, в конце акта дефекации, струйные.

- боль – 10-25% случаев.

- кишечный дискомфорт – 45-80% и нарушение функции кишки – запор. Характерным признаком рака прямой кишки является чувство неполного опорожнения прямой кишки после акта дефекации, особенно если опухоль находится в нижеампулярном отделе.

- изменение стула и тенезмы.

Симптоматика рака ободочной кишки

Клиническая картина зависит от локализации, размера опухоли и наличия метастазов.

### **Рак правых отделов ободочной кишки**

- анемия вследствие медленной кровопотери, а также действие токсических продуктов опухоли, которые всасываются в кровеносное русло в этих отделах.
- нередко в брюшной полости определяется опухолевидный инфильтрат, и возникают боли в животе, но из-за большого диаметра проксимальных отделов ободочной кишки и жидкого содержимого острая кишечная непроходимость развивается редко и на поздних стадиях заболевания.

### **Рак левых отделов ободочной кишки**

- нарушение функциональной и моторной деятельности приводят к кишечной непроходимости, что обусловлено небольшим диаметром дистальных отделов ободочной кишки, плотными каловыми массами и часто циркулярным сужением кишки опухолью.
- патогномичным признакам рака толстой кишки является наличие патологических примесей в стуле (темной крови, слизи)

Для рака левых отделов ободочной кишки характерен эндофитный рост, что быстро приводит к сужению просвета кишки и к развитию хронической толстокишечной непроходимости. Поэтому пациенты с раком нисходящей и сигмовидной кишок поступают в хирургический стационар с выраженной картиной хронической толстокишечной непроходимостью.

Выделяют 6 клинических форм рака ободочной кишки:

1. Энтероколитическая форма (46% случаев) - характерен болевой синдром в животе без четкой локализации, чередование запоров и поносов
2. Диспепсическая форма (24%) – больные жалуются на боли в эпигастриальной области, изжогу, отрыжку. Подобная симптоматика характерна для патологии гастро-дуоденальной зоны.
3. Токсикоанемическая форма (15%) – характерно снижение аппетита, быстрая утомляемость, болевой синдром не выражен. В крови выявляют хроническую анемию. Данная форма характерна при поражении опухолью правых отделов ободочной кишки. Такие больные госпитализируются в гематологическое отделение и только целенаправленное обследование позволяет поставить правильный диагноз.

4. Обтурационная форма (7%) – характерна для поражения левых отделов ободочной кишки – на первый план у больных выходят симптомы хронической толстокишечной непроходимости.
5. Псевдовоспалительная форма (5%) – больные жалуются на боли в животе, высокую температуру тела. Опухоль растет по брыжеечному краю, возникает микроперфорация в брыжейку кишки и формируется параколический абсцесс. Перитонеальных симптомов не возникает так как гной в свободную брюшную полость не поступает.
6. Опухолевая или атипичная форма встречается в 3% случаев. Она характерна для рака слепой кишки. При этой форме сам больной или врач при профилактическом осмотре обнаруживают малоблезненную опухоль в правой подвздошной области. Пока по мере роста опухоль не будет сдавливать илео-цекальный переход особых клинических проявлений не возникает.

Диагностика заболевания.

Важнейшим условием для улучшения отдаленных результатов лечения больных с коло-ректальным раком является выявление его на ранних стадиях в условиях поликлиники.

А) среди всего населения: ректальное исследование, кал на скрытую кровь,

ректороманоскопия после 40 лет каждые 3-5 лет.

Б) среди населения с коло-ректальным раком у кровных родственников: ректо-романоскопия после 35 лет каждые 3-5 лет, ирригоскопия каждые 3-5 лет.

В) пациентам с язвенным колитом более десяти лет необходимо ежегодная колоноскопия с биопсией.

Г) пациентам с полипами толстой кишки, а также оперированным по поводу диффузного семейного полипоза необходимо проводить фиброколоноскопию с биопсией каждые полгода. Это также относится к больным, оперированным по поводу коло-ректального рака.

### **Сбор анамнеза**

А) Сбор жалоб, тщательно собранный анамнез позволяет заподозрить наличие опухоли, особенно внимательно в условиях поликлиники следует оценивать семейный анамнез: наличие злокачественных опухолей у кровных родственников.

Б) При физикальном обследовании ведущее значение имеет пальпация живота, при которой в некоторых случаях удается пропальпировать опухоль. При наличии признаков острой или хронической толстокишечной непроходимости можно выявить

такие симптомы как вздутие живота, «шум плеска», «усиленную резонирующую перистальтику».

В) Ректальное исследование позволяет выявить опухоль прямой кишки на глубине до 7-8 см от перианальной кожи, кроме того, на перчатке могут быть патологические примеси – кровь, слизь.

Г) Эндоскопия с биопсией.

- ректороманоскопия с биопсией опухоли обязательна для верификации диагноза
- колоноскопия позволяет осмотреть всю толстую кишку вплоть до слепой и выполнить биопсию.

Д) Ирригоскопия (тугое контрастное заполнение толстой кишки бариевой взвесью) проводится только после ректороманоскопии. При этом устанавливают локализацию опухоли, протяженность и размеры.

Е) Эндоректальное УЗИ (при раке прямой кишки) позволяет определить прорастание опухоли в смежные органы (влагалище, предстательную железу).

Ё) КТ и УЗИ печени обязательны, т.к. позволяют определить там наличие метастазов.

Ж) При подозрении на кишечную непроходимость необходима обзорная рентгенография органов брюшной полости.

З) Проба на скрытую кровь. В поликлинических условиях у больных с высоким риском следует часто проводить пробу на скрытую кровь кале и тщательно обследовать их при необъяснимой кровопотере.

### **Дифференциальная диагностика**

Рак ободочной кишки необходимо дифференцировать с воспалительными заболеваниями (язвенный колит, болезнь Крона), дивертикулярной болезнью, аппендикулярным инфильтратом (при локализации опухоли в слепой кишке), полипами и полипозом ободочной кишки.

Исключить неопухолевые заболевания позволит комплексное обследование и прежде всего ирригоскопия и фиброколоноскопия с биопсией.

Рак прямой кишки необходимо дифференцировать с геморроем, хронической анальной трещиной, проктитом, полипами прямой кишки. Анализ жалоб, данных анамнеза,

пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия позволяет четко исключить неопухолевые заболевания прямой кишки.

### **Лечение больных раком прямой и ободочной кишок**

Коло-ректальный рак является абсолютным показанием к оперативному лечению. При отсутствии осложнений (перфорация или непроходимость) и отдаленных метастазов выполняют радикальную операцию – удаление пораженных отделов вместе с брыжейкой и регионарным лимфатическим аппаратом.

### **Виды операций при раке ободочной кишки.**

- А) при раке правой половины ободочной кишки – правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза.
- Б) при раке средней трети поперечно-ободочной кишки – резекция поперечно- ободочной кишки с наложением колоколоанастомоза конец-в-конец.
- В) при раке левой половины ободочной кишки – левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмоанастомоза.
- Г) при раке сигмовидной кишки – резекция сигмы с формированием десцендоректоанастомоза.
- Д) при неудалимой опухоли или отдаленных метастазах – паллиативные операции: наложение илеотрансверзоанастомоза, трансверзосигмоанастомоза, выведение двуствольной колостомы.

### **Виды операций при раке прямой кишки**

- А) при расположении опухоли до 7 см от перианальной кожи – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Кеню-Майлса).
- Б) при локализации опухоли на расстоянии 7-10 см от заднего прохода выполняется брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы в анальный канал.
- В) передняя резекция прямой кишки производится при опухолях верхнеампулярного и ректосигмоидного отдела отделов, нижний полюс которых располагается на расстоянии 10-12 см от заднего прохода и выше.
- Г) при неудалимой опухоли прямой кишки накладывают двуствольную сигмостому.

Паллиативные операции:

Показаны при невозможности произвести радикальную операцию по онкологическим соображениям или из-за тяжести общего состояния, при осложнениях / непроходимости, кровотечении и т.д. /Применяется: двустольный противоестественный задний проход, электрокоагуляция опухоли и и т.д.

Результаты радикальных операций: непосредственные - летальность от 4 до 10 %,отдаленные - пятилетняя выживаемость 60 %.

Предоперационная подготовка:

1. Бесшлаковая диета./
2. Слабительное.
3. Очистительные клизмы.
4. Антибактериальные препараты.

Послеоперационный период:

1. Пить можно через сутки после операции, со 2<sup>x</sup> суток стол 0, общий стол с 9 суток.
2. Вазелиновое масло по 30 мл. 3 раза в день на 2-3 сутки.
3. Обезболивание.
4. Если вводилась трубка за анастомоз, то ее извлекают на 2-3 сутки.
5. Тампоны из промежностной раны начинают подтягивать со 2 суток, удаляют на 4-5 сутки.

Комбинированное лечение

Дооперационная лучевая терапия рака прямой кишки снижает биологическую активность опухоли, уменьшает ее метастазирование и количество послеоперационных рецидивов в зоне оперативного вмешательства.

Лучевая терапия.

Как самостоятельный метод у неоперабельных больных или в комбинации с оперативным лечением до и после операции. Проводят наружное и .внутриполостное облучение. Наружное - с помощью телегаммаустановок или рентгенотерапевтических аппаратов. Внутриполостное с помощью специальном трубки на близкофокусном аппарате, которую вводят в прямую кишку, или путем внутриполостного введения аппликации радиоактивного кобальта

Роль химиотерапии в лечении рака толстой кишки до конца не изучена.

### **Послеоперационные осложнения, диагностика, лечение и исходы**

Самым тяжелым осложнением после хирургических вмешательств на толстой кишке является несостоятельность межкишечного анастомоза и развитие калового перитонита. Профилактикой этих осложнений является тщательная предоперационная подготовка, хорошая механическая очистка толстой кишки. В случае плохой подготовки кишечника необходимо выполнять Обструктивные резекции по типу Гартмана.

Лечение несостоятельности межкишечного анастомоза только оперативное: ранняя Релапаротомия и разобщение анастомоза

Грозным осложнением также является послеоперационное внутрибрюшное кровотечение. Предупреждающим его является тщательный гемостаз. Распознается подобное осложнение по выделению крови по дренажам из брюшной полости. При массивном кровотечении необходима Релапаротомия с целью остановки кровотечения.

### **Прогноз у больных оперированных по поводу коло-ректального рака**

Пятилетняя выживаемость больных, радикально оперированных по поводу коло-ректального рака, составляет при аденокарциноме, солидном раке и слизистом раке соответственно 68,7%, 45,6%, 40%.

После резекции печени по поводу изолированных метастазов пятилетняя выживаемость составляет 20-25%, после резекции легких – 15-20%.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

Классификация заболеваний ободочной кишки

Этиологические факторы

Выбор метода и техника выполнения операции в зависимости от вида Хирургическая тактика

## **ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:**

**На занятии студенту необходимо выполнить:**

Сформулировать диагноз и его обосновать.

При осмотре пациента описать местный статус

При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику

По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

## **ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:**

**Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):**

Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:

- а) рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот;
- б) ирригоскопия;
- в) колоноскопия;
- г) исследование кала на скрытую кровь;
- д) пневмоколоноскопия

К облигатным предракам ободочной кишки

относят: а) ювенильные полипы; б) одиночный полип ободочной кишки; в) регионарный энтерит; г) терминальный илеит;

д) диффузный семейный полипоз.

Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность к малигнизации:

- а) гиперпластические;
- б) ворсинчатые;
- в) аденоматозные;
- г) множественные аденоматозные;
- д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях.

## **ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ**

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала.  
Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

## **ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)**

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается:  
Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

### Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
3. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
4. Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
5. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
6. Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
7. Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

### Электронная база «Консультант студента»

1. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
5. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
6. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
8. Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

### **Электронные базы данных**

[www.общество-хирургов.рф](http://www.общество-хирургов.рф)

[www.bmj.com](http://www.bmj.com)

[www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com)

[www.medscape.com](http://www.medscape.com)

[www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)

[www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)

### **Электронные учебные издания.**

1.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.

2.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.

3.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. -

(Абдоминальная эндохирургия)

4.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис

В Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)

5.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2

эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)

6.Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.

7.Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.

8.Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Коробова Наталья Юрьевна

Кубасов Кирилл Александрович

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава  
России

**Технический редактор**

**Корректор**

*И сведения : дата сдачи в набор,*

*в печать (когда подписано),*

*Формат (60х90),*

*Бумага*

*Условных печатных листов*

*Тираж.заказ*

*Адрес редакции*