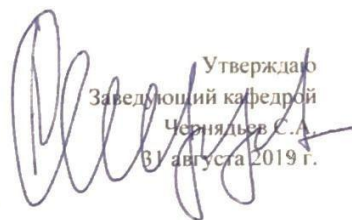


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


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

Методические указания к практическим занятиям

НЕОПУХОЛЕВЫЕ 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. – 34с.

В настоящем издании предлагаем образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены неопухолевые заболевания толстой кишки, консервативная терапия, хирургическое лечение.

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

Язвенный колит-----	6
Болезнь Крона-----	10
Лечение язвенных колитов-----	17
Ишемический колит-----	18
Дивертикулярная болезнь толстой кишки-----	19
Доброкачественные опухоли толстой кишки-----	23
Диффузный полипоз толстой кишки-----	25
Список литературы-----	31

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
<i>ОК-1,</i>	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
<i>ОК-4</i>	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
<i>ОПК-4</i>	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
<i>ОПК-6</i>	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
<i>ОПК-8</i>	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	Фармакологическими группами препаратов, их совместимость, показания к назначению

ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
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 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.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ КОЛИТЫ

Главное место в этой группе занимают неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Они очень сходны по клинической картине и течению, но отличаются морфологическими проявлениями, методами лечения и имеют различный прогноз.

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Язвенный колит (ЯК) — хроническое воспалительное заболевание неясного происхождения, которое клинически характеризуется рецидивирующим течением с периодами кровавой диареи и патоморфологически диффузным воспалительным процессом стенки ободочной кишки. Воспаление распространяется проксимально от прямой кишки и ограничивается слизистым и подслизистым слоями. Заболевание характеризуется тяжелым течением с местными и общими системными осложнениями.

Заболеваемость НЯК неравномерна в разных странах. Наиболее высокая она в Швеции, Англии, Израиле (до 234 на 100 000 населения). НЯК может начинаться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют почти одинаково часто.

Этиология и патогенез. Причина НЯК не ясна. К вероятным факторам относят инфекционные (в том числе хламидиоз), генетические факторы, дисбиоз, лекарственную, пищевую аллергии, стресс, иммунологические нарушения, а также факторы окружающей среды, связанные с ее загрязнением, курение (курящие болеют на 40 % чаще, чем некурящие).

В патогенезе НЯК придают значение дисфункции гипоталамо-адреналовой системы, влиянию продуктов метаболизма кишечной флоры, аутоантител на эпителий толстой кишки. Определенную роль играет энергетическая недостаточность кишечного эпителия, а также наследственный фактор. Отмечается 2 возрастных пика заболевания: 1-й в возрасте 20–30 лет и 2-й после 40 лет.

Патоморфология. Поражается прямая кишка, хотя НЯК может встречаться на любом участке ободочной кишки, начиная от зубчатой линии. Заболевание распространяется в проксимальном направлении. В патологический процесс вовлекается только слизистая оболочка и подслизистый слой. Язвы имеют различные размеры, края их ровные, подрытые, они могут быть покрыты фибрином. Сочетание язв с отеком слизистой оболочки создает впечатление псевдополипоза.

Клиническая картина. Клиническая картина НЯК включает триаду главных признаков: диарею, выделение крови с калом и боли в животе. Однако в большинстве случаев заболевание сопровождается и появлением других симптомов, хотя трудно установить, обусловлены они самим заболеванием или его осложнениями. Тяжесть проявления НЯК увеличивается при смещении процесса от проксимальных отделов к дистальным.

Частый стул в виде диареи (поноса) обычно является первым признаком болезни, что связано с ускоренным продвижением кишечного содержимого, усилением поступления в просвет кишки экссудата и трансудата, выделяемого воспаленной слизистой оболочкой. Частота его зависит от тяжести болезни и может колебаться от 2–3 до 20–30 раз в сутки. Наибольшей частоты стул достигает в первой половине дня и в ночное время. Часто при императивном позыве на стул может выделяться только кровянистая слизь и гной (ложные позывы). При этом развиваются различные осложнения со стороны заднего прохода и перианальной области, вплоть до недержания кала вследствие слабости анального сфинктера.

Диарея является характерным, но не обязательным симптомом НЯК. При дистальных формах заболевания (проктитах и проктосигмоидитах) у 30–50 % пациентов в период обострения встречается запор в сочетании с частыми ложными позывами и ректальными кровотечениями. Иногда к ним могут присоединяться тенезмы — императивные позывы с небольшим выделением каловых масс и болевыми ощущениями в прямой кишке.

Выделение с жидким стулом крови со слизью или с примесью тканевого детрита является причиной типичных диагностических ошибок: пациентов часто госпитализируют в инфекционные стационары с подозрением на дизен-терию. Кровь чаще всего бывает перемешана с калом, т. е. имеет темный цвет. Количество крови бывает различным: от прожилок при ограниченных и лег-ких формах колита до 250–300 мл, когда этот симптом начинает приобретать характер осложнения. Большие кровопотери связаны с активным некротиче-ским процессом и крупными язвенными дефектами в слизистой оболочке тол-стой кишки, распространением процесса на большую часть органа.

Боли в животе наблюдаются у 65–70 % пациентов, носят ноющий характер. Локализуются они, главным образом, в левой подвздошной области и усиливаются при позывах к дефекации. После дефекации боли уменьшаются или исчезают. При острой форме болезни или тяжелом тече-нии процесса боли распространяются по всему животу.

Прочие симптомы. Довольно частым симптомом, встречающимся у 30 % и более пациентов , с ограниченным ректосигмоидным поражением является похудение : при тяжелом течении болезни потеря массы тела мо-жет достигать 40 % и более. Отмечаются также лихорадка, снижение аппе-тита, эмоциональная лабильность , патологические сдвиги лабораторных показателей. Реже НЯК протекает совсем бессимптомно или осложняется токсическим мезоколоном.

Классификация. Различают следующие формы НЯК:

1. По локализации:

– дистальные формы: язвенный проктит и проктосигмоидит (27–44 %);

– язвенный левосторонний колит (примерно 44 %);

– язвенный тотальный колит (20 %);

– язвенный регионарный колит.

2. По течению:

– острый язвенный колит;

– хронический непрерывный;

– рецидивирующий.

Острый язвенный колит. Частота его встречаемости — 5,3–16 % слу-чаев. Эта форма болезни является самой тяжелой, в связи с чем прогноз часто бывает неблагоприятным. Острый язвенный колит почти всегда характеризу-ется тотальным поражением кишки и в 80–100 % случаев требует хирургиче-ского лечения. Заболевание начинается бурно, и в течение 1–2 дней формиру-ется развернутая клиническая картина. На фоне изнуряющего поноса с обильной примесью крови и гноя развивается глубокая интоксикация, тош-нота, рвота, заторможенность вплоть до сумеречного сознания. В связи с обезвоживанием отмечается значительная потеря массы тела. Нарастающая интоксикация сопровождается повышением температуры тела до 39–40 °С, одышкой, акроцианозом, тахикардией. Наблюдаются своеобразные измене-ния лабораторных показателей. Гиповолемия, обусловленная дегидратацией, уменьшением осмотического и онкотического давления, сопровождается па-дением

артериального давления, что приводит к ухудшению микроциркуляции, снижению суточного диуреза и осложнениями со стороны почек. На этом фоне очень быстро развиваются и другие осложнения местного и общего характера, такие как анальные и перианальные расстройства (отек стенок заднепроходного канала, обострение геморроя, образование трещин и свищей), развитие острой токсической дилатации и перфорации толстой кишки. Отмечаются различные поражения кожи и слизистых оболочек (пиодермия, стоматиты, увеиты), суставов и др.

Хронический непрерывный язвенный колит. При подобном варианте течения заболевания на фоне постоянных признаков, характеризующихся в основном учащенным жидким стулом с небольшой примесью крови до 6–10 раз в сутки, отмечаются периоды ухудшения.

Рецидивирующий язвенный колит. Заболевание характеризуется периодами обострений и ремиссий, длительность которых составляет от 4 до 16 недель. В ряде случаев рецидив заболевания протекает как острая форма болезни с аналогичной клинической картиной. У большинства пациентов с тотальным поражением толстой кишки наблюдается тяжелое течение болезни (70 %), с левосторонним — среднетяжелое (56,2 %), а у пациентов с проктитом преобладает легкая форма (87,9 %).

Каждая атака НЯК должна быть оценена по **степени тяжести** — критериям Truelove и Witts (1955), дополненным профессором М. Х. Левитаном. Различают тяжелую, среднетяжелую и легкую формы обострения.

К **тяжелой форме НЯК** относят заболевание, которое характеризуется диареей более 6 раз в сутки, значительной примесью крови в кале, повышением температуры тела до 38 °С и выше, уменьшением массы тела на 20 % и более от исходной, тахикардией более 90 ударов в минуту, анемией (Hb < 110 г/л), повышением СОЭ более 30 мм в час, гипоальбуминемией.

При **легкой форме** частота стула составляет 4 и менее раз в сутки с небольшой примесью крови в испражнениях, отсутствуют лихорадка, тахикардия, анемия, гипоальбуминемия, не наблюдается уменьшение массы тела, незначительно повышена СОЭ.

Среднетяжелая форма заболевания занимает промежуточное место между легкой и тяжелой.

В настоящее время наиболее распространенной оценкой степени тяжести и активности ЯК является ее определение по Schroeder (табл.) или клинике Mayo.

Таблица

Критерии активности и степени тяжести ЯК (Schroeder)

Степень тяжести	Частота стула	Ректальное кровотечение	Эндоскопическая картина при ректороманоскопии	Клиническая характеристика
0	Нормальное количество дефекаций для конкретного пациента	Нет	Нормальная слизистая оболочка (ремиссия)	Норма, ремиссия
1	На 1–2 дефекации в день больше, чем обычно	Прожилки крови менее чем в половине дефекаций	Легкая степень (гиперемия, смазанный сосудистый рисунок, легкая зернистость)	Легкая форма

2	На 3–4 дефекации в день	Видимая кровь	Средняя степень (выраженная гиперемия, отсут-	Среднетяжелая форма
---	-------------------------	---------------	---	---------------------

	больше, чем обычно	большинстве дефекаций	ствие сосудистого рисунка, зернистость, эрозии)	
--	--------------------	-----------------------	---	--

Степень тяжести	Частота стула	Ректальное кровотечение	Эндоскопическая картина при ректороманоскопии	Клиническая характеристика
3	На 5 и более дефекаций в день больше, чем обычно	Выделение одной крови	Тяжелая степень (спонтанная кровоточивость, язвления)	Тяжелая форма

Все эти признаки характеризуют формы ЯК (табл.).

Формы ЯК

Признаки	Неактивная	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Симптомы	0–2	1–3	3–6	≥ 6
Эндоскопия	0	1	1–2	≥ 2
Клиника	0	1	2	3
Общая сумма	0–2	3–5	6–10	≥ 10

Диагностика. Лишь у четверти пациентов диагноз устанавливается

в течение первого года заболевания, в остальных случаях диагноз ставится на протяжении 3–12 лет от появления клинических симптомов. Несвоевременная диагностика приводит к преобладанию тяжелых форм болезни и высокой летальности.

Программа обследования следующая:

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, глюкоза, натрий, калий, кальций, хлориды, мочевины, остаточный азот, креатинин.
3. Копрологический анализ: копрограмма, бактериологический анализ, исследование кала на дизентерию, амебиаз, балантидиоз.
4. Пальцевое ректальное исследование, ректоскопия.
5. Фиброколоноскопия.
4. Ирригоскопия.
5. УЗИ органов брюшной полости, в том числе ободочной кишки, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.
6. Патоморфологические методы с исследованием биопсийного материала и мазков-отпечатков.
7. Определение в крови перинуклеарных цитоплазматических антител.

Для диагностики болезни проводят **пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию** или **сигмоскопию** (т. к. прямая кишка поражается в 100 % случаев). Первичную ректоскопию можно выполнить без подготовки кишечника. Ввиду инвазивности метода в острый период фиброколоно-

скопию следует проводить опытному специалисту с большой осторожностью из-за опасности разрыва кишки.

По эндоскопическим данным выделяют несколько степеней признаков НЯК:

- 1) минимальную степень активности: отек, гиперемия слизистой, ее контактная кровоточивость;
- 2) умеренную: множественные эрозии, язвы, слизь, фибрин на слизистой, отсутствие сосудистого рисунка;
- 3) резко выраженную: фибринозно-гнойные наложения на слизистой, ригидность стенки, сужение.

Ирригоскопия. Отмечается характерная рентгенологическая картина: зазубренность контуров кишки, исчезновение гаустрации, утолщение складок, укорочение кишки, ее неравномерное сужение, псевдополипы — дефекты наполнения.

Для среднетяжелых и тяжелых форм болезни определенное значение имеет **УЗ-исследование кишечника.**

Важным для диагностики НЯК является **патоморфологическое исследование биоптата слизистой оболочки.** Характерными микроскопическими признаками заболевания являются: воспалительные инфильтраты, уменьшение количества бокаловидных клеток, повреждение желез и образование микроабсцессов (крипт-абсцессов). У 67 % пациентов выявляются в крови перинуклеарные цитоплазматические антитела, которые считаются специфическими маркерами.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

Болезнь Крона (БК) — хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки от ротовой полости до ануса. Особенностью поражения является локальность, пораженные сегменты чередуются неизменными. В процесс вовлекаются все слои кишечной стенки, и типичной характеристикой является наличие лимфоидных гранул.

БК получила свое название по имени автора, впервые опубликовавшего в 1932 г. в сотрудничестве с Ginsburg и Oppenheimer подробное сообщение о гранулематозном изменении в терминальном отделе подвздошной кишки (терминальном илеите). Позднее было показано, что БК может поражать любой отдел ЖКТ.

Частота возникновения БК (первичная заболеваемость) составляет 2–4 случая на 100 000 населения в год, распространенность — от 30 до 50 больных на 100 000 человек. Заболевание имеет 2 возрастных пика своего начала: 20–29 и 60–79 лет. Отмечается тенденция к увеличению заболеваемости в подростковом возрасте (13–20 лет). БК чаще болеют женщины, чем мужчины. У курящих людей это заболевание встречается в 4 раза чаще, чем у некурящих, а также в 4–6 раз чаще у определенных национальных представителей (в частности, у ашкеназов).

Этиология и патогенез. Причина БК не ясна. Предполагается инфекционная природа заболевания со связью с вирусами, хламидиями, нарушениями микробиоценоза кишечника. Определенную роль играют генетические факторы (в т. ч. существует и семейная предрасположенность), лекарственная, пищевая аллергии, иммунологические нарушения, факторы окружающей среды, в частности ее загрязнение.

Ведущая роль в патогенезе БК отводится аутоиммунным механизмам (в т. ч. не исключается связь заболевания с определенными HLA-антигенами) с выработкой антител (т. н. противотканевых) к ЖКТ и появлением лимфоцитов,

сенсibilизированных к антигенам слизистой оболочки кишечника. Все это приводит к нарушению иммунного ответа с образованием ЦИК в очаге воспаления, появлению язв, некрозов в кишечнике, а также к внекишечным проявлениям. Большую роль в патогенезе играют дефицит иммуноглобулина А.

Патоморфология. Она зависит от стадии болезни. Первыми макроскопическими признаками являются очаговые линейные изъязвления слизистой оболочки. По мере прогрессирования процесса изъязвления становятся множественными, щелевидными, глубокими (трансмуральными), идущими параллельными рядами в продольном направлении (т. н. следы граблей). Их наличие с отеком слизистой между ними создает характерную картину булыжной мостовой. Со временем гаустры исчезают и появляются распространенные грануляции, дающие со стороны слизистой т. н. матовые стекла. Трансмуральное поражение кишки, глубокие язвы обуславливают местные осложнения болезни.

Клиническая картина. Характерными симптомами являются боли в животе и диарея, значительно реже наблюдаются ректальные кровотечения.

Боли в животе наблюдаются у 74,5 % пациентов и носят характер колик. Чаще они локализуются в правой подвздошной области или в нижних отделах живота. Интенсивность болей нарастает при явлениях непроходимости.

Диарея имеет место у 76–90 % пациентов, чаще консистенция испражнений бывает полуоформленной, чем жидкой.

Ректальные кровотечения наблюдаются у половины пациентов с поражением толстой кишки и примерно у 25 % — с илеоколитом.

Достаточно часто у пациентов отмечаются лихорадка, потеря массы тела, обменные нарушения.

Более важными, опорными признаками в клинической диагностике являются **аноректальные поражения**. Они встречаются у 80 % пациентов.

К ним относятся периаанальные абсцессы, параректальные свищи, анальные трещины и изъязвления перианальной области.

Особенностями, отличающими **анальные трещины** от обычных, являются различная локализация, часто множественный характер, значительно меньшая болезненность, вялость грануляций, отсутствие ригидных рубцовых краев и сфинктероспазма.

Анальные трещины прямой кишки даже при длительном существовании редко сопровождаются рубцеванием и бывают окружены инфильтрированными тканями. Слизистая оболочка в области внутреннего отверстия полиповидно изменена, вокруг наружного отверстия имеются вялые, губовидные, выступающие наружу грануляции.

Другим проявлением заболевания выступает образование в брюшной полости **инфильтратов** различной локализации и **свищей** (внутренних и наружных). Причиной их образования служит трансмуральный воспалительный процесс с вовлечением серозного покрова, обуславливающий адгезивность и спаивание близлежащих органов.

Трансмуральное поражение стенки кишки, значительная ее инфильтрация, а также образующиеся на этом месте воспалительные полипы могут приводить к сужению просвета кишки, которое клинически проявляется нарушением кишечной проходимости. Одновременно могут встречаться **рубцовые стриктуры**, которые не являются признаком заканчивающегося воспаления, т. к. они могут существовать одновременно со всеми другими морфологическими изменениями.

Классификация. Различают следующие формы БК:

1. По локализации:

а) изолированные:

- илеоколит (40–45 %);
- колит (30 %);
- анальную форму (20 %);

б) сочетанное поражение других отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка — 3–5 %, тонкая кишка — 25–30 %).

2. По течению:

- острую форму (встречается значительно реже);
- хроническую непрерывную рецидивирующую форму.

3. По клиническим проявлениям:

- токсическую форму;
- свищевую форму;
- стриктурирующую форму.

4. **По степени тяжести.** Определение активности БК на основании клинических проявлений в течение 7 дней, данных объективного осмотра и показателей гематокрита в настоящее время в большинстве случаев базируется на подсчете индекса активности по Бесту (табл.).

Схема подсчета баллов для определения тяжести БК (индекс Беста)

Критерии	Оценка в баллах	Коэффициент
Количество дефекаций жидким или мягким калом на протяжении недели (сумма за 7 дней)	—	× 2
Интенсивность болей в животе на протяжении недели (сумма за 7 дней)	От 0 до 3	× 5
Самочувствие в течение недели (сумма за 7 дней)	От 0 до 4	× 7
Число осложнений из перечисленных: артралгии или артриты; увеит; узловатая эритема или гангренозная пиодермия, или афтозный стоматит; анальная трещина, свищи или абсцессы; другие свищи; лихорадка в течение последней недели	—	× 20
Прием опиатов	0 — нет, 1 — да	× 30
Инфильтрат в брюшной полости	0 — отсутствует; 2 — сомнительный; 5 — определяется	× 10
47 минус показатель гематокрита для мужчин; 42 минус показатель гематокрита для женщин	—	× 6

Количество баллов суммируется. Сумма колеблется от 0 до 700. Число баллов ниже 150 свидетельствует о ремиссии БК, 150–300 характерно для легкой формы, 301–450 — среднетяжелой формы, а свыше 450 говорит о тяжелой форме заболевания.

5. По внекишечным проявлениям:

- связанные с илеоколитом;
- связанные с нарушением кишечного пищеварения (холелитиаз,

уролитиаз, остеопороз и др.);

– неспецифические (дистрофия печени, холангит, гепатит, амило-идоз).

Диагностика. Программа обследования пациентов с БК следующая: 1. Общий анализ крови, мочи.

2. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок, х-2-мак-роглобулин, общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, железо, натрий, калий, кальций, мочевины, креатинин.

3. Копрологический анализ: копрограмма, бактериологический анализ, исследование кала на дизентерию, амебиаз, балантидиоз.

4. Пальцевое ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия.

5. Фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов.

6. Ирригоскопия.

7. УЗИ органов брюшной полости, в том числе ободочной кишки, со-гласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.

8. Иммунологический анализ крови с определением иммуноглобулинов, иммунных комплексов, количества В- и Т-лимфоцитов, ревматоидного фактора, волчаночных клеток.

Лабораторные исследования выявляют анемию, повышение СОЭ, сдвиг формулы лейкоцитов влево, диспротеинемию, гипопроотеинемию, дефицит витаминов, микроэлементов.

Ирригография. Основными рентгенологическими признаками БК является сегментарность поражения с вовлечением в процесс отдельных сегментов ЖКТ, наличие неизменных участков кишки между пораженными сегментами. Контур кишки волнистый или неровный, язвы продольные, могут быть псевдодивертикулы, представляющие собой глубокие язвы. При сужении кишки наблюдается симптом шнура.

УЗ-диагностика может определить ранние стадии БК: видна утолщенная стенка кишки (симптом пораженного полого органа). Однако этот метод является ориентировочным и требует уточнения другими методами, т. к. утолщение стенки кишки может быть и при других болезнях кишечника (рак, язвенный колит).

Основным методом диагностики БК является **эндоскопия**. ФЭГДС позволяет выявить поражение верхних отделов ЖКТ. Жесткая ректоскопия при БК выявляет заболевание только при поражении прямой кишки, что бывает у 50 % пациентов. Фиброколоноскопия позволяет определить локализацию процесса, размеры поражения, наличие стриктур, взять биопсию, провести лечебные мероприятия. Чувствительность метода составляет 96 %. В настоящее время используются фиброколоноскопы с ультразвуковыми датчиками, что улучшает диагностику. Следует отметить необходимость осторожного проведения фиброколоноскопии в острой стадии заболевания ввиду опасности перфорации кишки. Слизистая при осмотре имеет вид булыжной мостовой. Это объясняется тем, что в результате прогрессирования воспалительного процесса в подслизистом слое интактные островки слизистой оболочки приподнимаются в виде бугорков. Среди выступающих бугорков в стенке кишки обнаруживаются множественные язвы и трещины щелевидной линейной формы. Одной из характерных особенностей БК является прерывистость, регионарность поражения, а также более редкое выявление форм, когда поражается вся толстая кишка. Язвы не являются обширными, сливными, как при неспецифическом язвенном колите. Характерно наличие сегментарных сужений кишки, а также перианальных колитов и свищей.

Гистологическое исследование биоптата является важным в диагно-стике. Выявляется микроскопическая картина неспецифического воспа-ления с распространением на всю стенку кишки. На фоне воспалительно-клеточного инфильтрата (лимфоциты, плазматические клетки, гистиоциты, эозинофилы) характерными являются саркоидоподобные клетки.

Иногда для диагностики воспалительных заболеваний толстой киш-ки применяют селективную ангиографию брыжеечных артерий. При БК выявляются изменения не только интрамуральной части сосудов, как при НЯК, но и брыжеечной их части.

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ КОЛИТОВ

При неспецифических воспалительных поражениях ободочной киш-ки часто возникают различные осложнения, которые принято делить на общие и местные.

Общие осложнения

Внекишечные проявления могут возникать при обострении НЯК или БК, предшествовать им или развиваться в период ремиссии заболевания.

Поражения кожи. Наиболее частыми кожными проявлениями явля-ются узловатая эритема, гангренозная пиодермия, пустулезный дерматоз, гиперкератоз. Поражения полости рта чаще наблюдаются при БК (афтоз-ный стоматит, язвы и трещины в области губ, на слизистой оболочке поло-сти рта). Эти изменения часто предшествуют возникновению кишечных симптомов БК. Поражения кожи при анальной локализации БК проявля-ются экземой и изъязвлениями.

Поражения суставов включают артриты, сакроилеит, анкилозирую-щий спондилит. Периферические артриты характеризуются поражением крупных и мелких суставов конечностей, мигрирующим харак-тером боле-вого синдрома, отсутствием деструктивных изменений и деформаций су-ставов, а также отсутствием антинуклеарного и ревматоидного факторов в крови . Как правило, они появляются при активном воспалительном про-цессе в кишечнике. Анкилозирующий спондилоартрит — хроническое прогрессирующее заболевание, имеющее наследственную предрасполо-женность. Оно может возникать задолго до начала кишечных симптомов. Активность воспалительного процесса в кишечнике или стадия ремиссии не влияют на течение заболевания. Часто оно сочетается с сакроилеитом, периферическими артритами, псориазом.

Заболевания глаз встречаются в 4–10 % случаев. К ним относятся иридоциклиты, увеиты, склериты, эписклериты.

Важное значение имеют **поражения печени**, которые можно рассмат-ривать не только как внекишечное проявление, но и как осложнение лекар-ственной терапии основного заболевания. Достаточно часто наблюдается развитие жирового гепатоза, хронического гепатита с исходом в цирроз. При НЯК достаточно часто встречается **первичный склерозирующий холангит**, ха-рактеризующийся воспалением и фиброзом внутри- и внепеченочных желчных протоков, имеющий прогрессирующее течение с исходом в билиарный цирроз, а в ряде случаев (10 % — пациентов) — в холангиокарциному.

Поражение почек включает острый гломерулонефрит, мочекамен-ную болезнь, амилоидоз.

В ряде случаев установлено развитие **острого панкреатита**, что можно рассматривать как проявление основного заболевания или ослож-нение лекарственной терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты.

Местные осложнения

К местным осложнениям относятся кровотечения, острая токсическая дилатация и перфорация толстой кишки, свищи, инфильтраты, абсцессы брюшной полости, стриктуры, рак.

Массивные кишечные кровотечения встречаются у 1–6 % больных НЯК. При БК это осложнение возникает довольно редко. В большинстве случаев с кровотечением удается справиться консервативными мероприятиями. Рецидивирующие профузные кровотечения являются показанием к колэктомии.

Стриктуры и стеноз кишки. Стриктуры кишечника наблюдаются у 30–50 % пациентов с БК и лишь у 7–11 % с НЯК. Трансмуральное воспаление с развитием фиброза является основой для развития стеноза кишки при БК. Стриктуры могут встречаться в любом отделе тонкой и толстой кишки. У пациента появляются острые коликообразные боли в животе, часто после погрешности в диете. Диагностические мероприятия включают рентгенологическое и эндоскопическое исследование кишечника. Тактика лечения обструкции кишечника включает консервативные мероприятия: парентеральное или энтеральное зондовое питание, трансфузионную терапию, направленную на коррекцию электролитных нарушений, применение глюкокортикостероидов. Хирургическое вмешательство проводится при рубцовых стенозах, наличии опухоли или при рецидивах кишечной непроходимости.

Острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон) чаще наблюдается у пациентов с НЯК и значительно реже при БК. Генез развития этого состояния до настоящего времени не выяснен. Важное значение имеет хронический воспалительный процесс в стенке кишки, который ведет к тяжелым деструктивным и дегенеративным изменениям в нервных межмышечных сплетениях, что нарушает регуляцию моторной функции кишечника. Одним из факторов риска является применение следующих лекарственных препаратов: спазмолитиков, антидиарейных, антихолинергических средств.

Как правило, острая токсическая дилатация толстой кишки наблюдается при тяжелом течении НЯК. На фоне урежения или нормализации стула у пациентов отмечается усиление метеоризма, сухость языка, отсутствует кишечная перистальтика. Появление тахикардии более 120 ударов в минуту, повышение температуры тела более 38 °С, лейкоцитоз в общем анализе крови, а также выраженное расширение толстой кишки при обзорной рентгенограмме органов брюшной полости позволяют заподозрить это тяжелое осложнение. Неотложные мероприятия при токсическом мегаколоне включают: желудочную декомпрессию, декомпрессию через колоноскоп, трансфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений, гормональную терапию. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение суток следует прибегать к хирургическому лечению. Раннее оперативное вмешательство, проведенное до перфорации кишки и кровотечения, позволяет снизить уровень летальности.

Перфорация толстой кишки более характерна для НЯК, чем для БК. Частота этого осложнения составляет 2,8–3,2 %, при тяжелом течении болезни и тотальном поражении кишки оно может развиваться у 14 % пациентов. Свободная перфорация при БК чаще возникает при локализации процесса в терминальном отделе тонкой кишки, на стороне, противоположной брыжеечному краю. У пациентов с НЯК в большинстве случаев перфорация наблюдается при развитии токсического мегаколона или при тяжелом течении заболевания, обычно носит множественный характер и возникает в сигмовидной и поперечной ободочной кишке. Клинически перфорация протекает атипично по сравнению с таковой при других ее заболеваниях. Может наблюдаться лишь незначительное усиление имевшихся болей или их отсутствие. Редко отмечается выраженное напряжение брюшной стенки, чаще выявляется ее тестоватость,

отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Характерно изменение общего вида пациента, нарастание тахи-кардии и увеличение сухости языка. Диагноз подтверждается обнаружением свободного воздуха в брюшной полости при рентгенологическом исследовании. Методом хирургического лечения является резекция перфорированного участка при БК и субтотальная резекция толстой кишки при НЯК.

Свищи представляют собой патологическое сообщение между двумя эпителиальными поверхностями. При БК частота их формирования колеблется от 26 до 48 %. При НЯК это осложнение практически не встречается. Среди свищей выделяют два вида: наружные, с выходным отверстием на брюшной стенке, и внутренние, открывающиеся в петли соседних кишок и полые органы. Наружные свищи чаще наблюдаются у пациентов после хирургического лечения (кишечные анастомозы), хотя встречаются они сравнительно редко. Из внутренних отмечаются в основном межкишечные, кишечно-вагинальные, ректовагинальные, кишечно-пузырные свищи. При БК чаще всего они наблюдаются у пациентов с поражением тонкой кишки. Чаще встречаются илеоилеальные свищи, реже — тонко-толстокишечные. Диагностические мероприятия включают ультразвуковое, рентгенологическое исследование, компьютерную томографию.

Большинство пациентов со свищами подвергаются хирургическому лечению. Однако в последние годы появились работы, указывающие на хороший эффект при этом осложнении от препарата инфликсимаб (римикейд). Из методов хирургического лечения применяют резекцию кишки или наложение разгрузочной стомы.

Абсцессы (гнойные сакроилеиты). Перикишечные абсцессы часто являются следствием свищей из прилежащего участка кишки. Терапия кортикостероидами основного заболевания маскирует классические клинические проявления гнойного процесса в брюшной полости, пациенты отмечают ощущение дискомфорта в животе и прогрессирующую потерю массы тела. Диагностические мероприятия включают бариевую клизму, ультрасонографию, компьютерную томографию. В ряде случаев применяют радионуклидный метод исследования или ядерно-магнитный резонанс для обнаружения глубоких абсцессов. Псоас-абсцессы (гнойные сакроилеиты) обычно являются осложнением илеита или возникают после наложения илеотолстокишечного анастомоза. Встречаются абсцессы печени, которые могут быть как единичными, так и множественными, а также поражения глаз и гангренозная пиодермия. Консервативное лечение абсцессов включает антибиотикотерапию и чрескожный дренаж. В ряде случаев проводится хирургическое лечение.

Синдром нарушенного питания и всасывания встречается при воспалительных заболеваниях кишечника: в 75–80 % случаев при БК и в 5–10 % при НЯК. У пациентов отмечается потеря массы тела, гипоальбуминемия, анемия, связанные с дефицитом железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты и потерей белка, нарушение минерального и витаминного обмена. У детей наблюдается отставание в росте и развитии.

Дисплазия и рак. Хронические воспалительные заболевания слизистых оболочек рассматриваются как «стартовая площадка» для опухолевого роста. Это подтверждается высокой частотой развития аденокарциномы при НЯК при продолжительности заболевания более 10 лет и начале болезни в возрасте моложе 18 лет. Факторами риска являются тотальное поражение толстой кишки, связь НЯК с первичным склерозирующим холангитом. При БК развитие рака тонкой и толстой кишок также несколько выше, чем в общей популяции, но значительно ниже, чем при НЯК.

К профилактическим мероприятиям при НЯК и БК относятся поддерживающая терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты, применение преднизолона (per os и в виде клизмы) для профилактики рецидивов заболевания, а также регулярные обследования пациентов (колоноскопия с множественной биопсией слизистой оболочки кишечника).

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТОВ

Лечение воспалительных заболеваний кишечника включает ряд этапов:

- максимально быстрое купирование острых атак болезни;
- предупреждение и устранение осложнений;
- купирование рецидивов и их предупреждение;
- своевременное хирургическое лечение при отсутствии терапевтического эффекта, прогрессировании патологического процесса, а также при развитии опасных для жизни осложнений.

Базисная терапия при НЯК включает препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин) и глюкокортикостероиды (в т. ч. и в виде клизм), при БК к ним прибавляются антибактериальные препараты (метронидазол) и иммунодепрессанты (азатиоприн и 6-меркаптопурин), антицитокиновые препараты (ремикейд). Параллельно проводится коррекция обменных и дисбиотических нарушений, назначается сбалансированное энтеральное и парентеральное питание, иммунокорректирующая терапия (тималин, тактивин, миелопид). К современным методам лечения НЯК относят назначение курсов пробиотиков (до 1 года), а также применение *такролимуса* (макролидный лактон FK 506) — иммуносупрессора, ингибирующего Т-клеточные реакции, и *инфликсимаба* (антитела к ФНО).

Хирургическое лечение язвенных колитов

Все показания к хирургическому лечению можно объединить в две группы:

1) **абсолютные показания:**

- перфорация кишки;
- острая токсическая дилатация толстой кишки, не поддающаяся комплексному консервативному лечению в течение 24 ч;
- профузные кишечные кровотечения;
- инфильтраты и стриктуры толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости;
- рак на фоне хронического воспалительного процесса;
- острые формы болезни и остро протекающие рецидивы, при которых не удается добиться эффекта от применения комплексной интенсивной терапии в течение 7–10 дней;
- тяжелая рецидивирующая форма болезни без положительной динамики в процессе лечения на протяжении 3–4 недель;

2) **относительные показания:**

- неэффективность консервативной терапии при хроническом непрерывном течении заболевания, приводящего к инвалидности пациента;
- дисплазия слизистой оболочки толстой кишки при продолжительности заболевания 20 лет и более;
- нарушение развития и задержка роста в детском и юношеском возрасте.

Все применяемые хирургические операции можно разделить на три группы:

1. **Паллиативные** (операции отключения). Они состоят в наложении колостомы или илеостомы.

2. **Радикальные**. При НЯК применяют 3 вида оперативных вмешательств: субтотальную резекцию ободочной кишки, колпроктэктомия и проксимальную субтотальную резекцию ободочной кишки с наложением илео- и сигмостомы. У пациентов с БК помимо данных операций возможна сегментарная резекция кишки при ограниченном поражении.

3. **Восстановительно-реконструктивные**. Они производятся пациентам молодого возраста (до 35–40 лет) при незначительном хроническом воспалении прямой кишки с целью восстановления непрерывности кишечной трубки. Методом выбора является наложение илеоректального или низкого илеосигмовидного анастомоза с формированием подвздошно-прямокишечного резервуара.

ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ

Ишемический колит — заболевание, в основе которого лежит сегментарное поражение толстой кишки вследствие органического или функционального изменения состояния сосудов.

Этиология и патогенез. Наиболее часто дефицит кровоснабжения в кишечной стенке возникает вследствие атеросклеротического поражения сосудов брыжейки, реже — диабетической ангиопатии, узелкового пери-артериита. Причиной развития ишемического колита может быть также спазм сосудов, недостаточность кровообращения при сердечной слабости, гипотензивном синдроме, интеркуррентных заболеваниях, после пластики аневризмы брюшного отдела аорты. Наиболее часто дефицит кровоснабжения наблюдается в дуге Риолана (анастомоз между ветвями средней и левой ободочных артерий), вследствие чего страдает кровоснабжение левого изгиба и нисходящей ободочной кишки (75 %). Далее следует поперечно-ободочная кишка (15 %) и правый фланг (5 %). Нарушение артериального кровообращения в стенке кишки приводит к частичному или полному некрозу ее стенки (от изъязвлений слизистой оболочки до полного некроза).

Наиболее часто заболевание встречается в возрасте старше 50–60 лет, несколько чаще у женщин.

Клиническая картина. Выделяют три формы ишемического колита:

- 1) транзиторный (спонтанно заканчивается выздоровлением);
- 2) хронический персистирующий (возможно развитие стриктуры и кишечной непроходимости);
- 3) гангренозный (приводящий к гангрене кишки).

У пациентов появляются проходящие, непостоянные боли, чаще в левой половине живота, по типу абдоминальной жабы. В ряде случаев боли могут иметь определенный ритм: покой — прием пищи — боли — покой. Иногда, особенно после приема обильной пищи, может быть понос с кровью. Пальпаторно выявляется болезненность левой половины живота. При развитии стриктуры наблюдается клиническая картина хронической обтурационной кишечной непроходимости.

При тяжелых формах нарушения кровообращения может возникнуть некроз кишки с развитием гнойного перитонита.

Диагностика представляет собой сложную задачу, т. к. заболевание не имеет четких признаков. Большое значение придается рентгенконтрастному исследованию, при котором выявляется пятнистый рисунок слизистой оболочки, при наличии язв —

зазубренность контура слизистой. Па-тогномоничным считается симптом пальцевых вдавлений — волнистый контур стенки кишки за счет овальных дефектов наполнения. Если имеется сужение кишки, то оно выявляется рентгенологически. При фиброколоно-скопии изменения могут напоминать язвенный и псевдомембранозный колит, БК. Фиброколоноскопия противопоказана при гангренозной стадии заболевания. Основным методом постановки диагноза является артерио-графия верхней брыжеечной артерии по Сельдингеру, которая позволяет выявить склеротическое поражение сосудов, стеноз и окклюзию. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с другими видами колитов, прежде всего с НЯК и БК.

Лечение. В начальных стадиях болезни применяют сосудорасширяющие и антисклеротические средства, ингибиторы протеаз, а также препараты, улучшающие реологию крови. При прогрессировании процесса с развитием стеноза или гангрены кишки производится оперативное лечение — резекция пораженного участка кишечника.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки представляет собой заболевание, которое заключается в образовании единичных или множественных грыжеподобных выпячиваний слизистой оболочки наружу за пределы кишечной стенки.

Частота встречаемости дивертикулярной болезни составляет до 24 %. При этом около 30 % пациентов находятся в возрасте 50 лет и 70 % — 75–80 лет. Отмечается рост заболеваемости в экономически развитых странах, что связано с уменьшением потребления растительной пищи, увеличением продолжительности жизни и высокими психоэмоциональными нагрузками.

Этиология и патогенез. Наиболее распространенной теорией возникновения дивертикулеза является *грыжевая*. Образование дивертикулов объясняется слабостью соединительнотканного аппарата стенки кишки.

Эта теория подтверждается тем, что дивертикулы чаще (примерно в половине случаев) бывают у лиц старше 50 лет, а также возможностью сочетания дивертикулеза толстой кишки с грыжами, варикозным расширением вен, плоскостопием, синдромом Марфана и Элерса–Данлоса. Однако этой теорией нельзя объяснить появление дивертикулов у молодых людей без признаков слабости соединительнотканного аппарата.

В настоящее время появление дивертикулов толстой кишки связывают с *нарушением ее пропульсивной функции*, что ведет к повышению внутрикишечного давления и, как следствие, к выпячиванию слизистой оболочки в местах наименьшего сопротивления. Такое развитие дивертикулеза характерно для клинически выраженной формы заболевания. Бессимптомное течение в большей степени связано с развитием дегенеративных изменений в мышечных слоях стенки толстой кишки.

Возникновение осложнений дивертикулеза обусловлено рядом причин, ведущими из которых являются повышение внутрикишечного давления, спазм мышечной стенки с нарушением кровоснабжения дивертикулов, застой в них каловых масс, иногда с образованием фекалитов. Последнее обстоятельство может стать причиной образования пролежня в дивертикуле с развитием воспалительного перипроцесса. В некоторых случаях воспалительный процесс в органе переходит на окружающие ткани и органы с образованием внутренних или наружных свищей. Источником слизистой оболочки дивертикулов, обнажение сосуда, перфорирующе-

кишечную стенку, создает условия для его травматизации и возникновения кишечного кровотечения.

Наиболее часто (90,7 % пациентов) дивертикулы локализуются в левой половине ободочной кишки, причем только в сигмовидной кишке (у 80–85 %). У 6 % пациентов дивертикулы отмечаются по всей толстой кишке, а у 3,3 % — по всему ЖКТ.

Классификация. Наиболее удобной является классификация, принятая на Всесоюзном симпозиуме по проблеме дивертикулеза толстой кишки (Саратов, 1979):

1. Дивертикулез толстой кишки без клинических проявлений. Заболевание этой формы встречается у $\frac{1}{3}$ обследованных и расценивается как случайная находка.

2. Дивертикулез с клиническими проявлениями. Эта форма характеризуется симптомокомплексом, включающим боли в животе и различные нарушения функции кишечника.

3. Дивертикулез с осложненным течением. Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза являются:

- дивертикулит;
- перфорация;
- кровотечение;
- кишечная непроходимость;
- внутренние или наружные кишечные свищи.

Клиническая картина. Дивертикулез ободочной кишки может длительное время не проявляться. Основными симптомами клинически выраженного неосложненного дивертикулеза толстой кишки являются боли в животе и нарушения функции кишечника.

Боли в животе носят разнообразный характер: от легкого покалывания до сильных коликообразных приступов. Большинство пациентов ощущают легкие или умеренные, но постоянные боли. Чаще всего они локализируются в левой половине живота, особенно в левой подвздошной области или над лобком, т. е. в зоне расположения сигмовидной кишки. У части пациентов эти боли разнообразны не только по своему характеру, но и по локализации. Боли могут вызываться приемом пищи, что объясняется влиянием гастроколического рефлекса. У большинства пациентов боли уменьшаются после стула, хотя у некоторых акт дефекации усиливает боль. Субъективное ощущение боли на всегда подтверждается при объективном исследовании (пальпации живота). Несоответствие между ощущением боли и отсутствием болезненности при пальпации живота характерно для неосложненного дивертикулеза толстой кишки. Это объясняется отсутствием постоянной органической причины болей. Боли в животе могут быть связаны со спазмом кишечника, повышением внутрикишечного давления.

Нарушение функции кишечника проявляется чаще в виде запоров, причем длительное отсутствие стула значительно усиливает болевой синдром. У 15 % пациентов отмечается диарея, не имеющая постоянного характера.

Наиболее ярко обычно проявляются **осложнения дивертикулеза**. Примерно у $\frac{1}{3}$ пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки наблюдается **дивертикулит**. Основные его признаки — боли в животе, повышение температуры и лейкоцитоз. Появление двух последних признаков на фоне существовавшего клинически выраженного или бессимптомного дивертикулеза позволяет отличить начавшееся воспаление от функциональных болей. У всех пациентов отмечается повышение температуры тела. Если воспалительный процесс с дивертикула распространяется на окружающие ткани, то могут наблюдаться

симптомы раздражения брюшины, напряжение мышц передней брюшной стенки. При распространении воспалительного процесса в виде параколита наряду с перечисленными симптомами отмечается образование инфильтрата. Прогрессирование воспалительного процесса может привести к абсцедированию с угрозой прорыва гнойника в брюшную полость. Стихание воспаления не всегда приводит к полному рассасыванию инфильтрата, и тогда индукция брыжейки или окружающих тканей симулирует опухоль брюшной полости.

Сигмовидная кишка и другие отделы ободочной кишки в результате повторных атак дивертикулита, параколита или формирования абсцесса могут оказаться спаянными с соседними органами. При этом абсцесс может вскрыться в мочевой пузырь, уретру, влагалище или тонкую кишку с образованием свищей. Чаще встречаются колевезикальные свищи, причем, главным образом, у мужчин, т. к. у женщин матка является дополнительным препятствием для проникновения процесса в мочевой пузырь. Ведущими симптомами этого осложнения являются упорная дизурия и пневматурия, сопровождающиеся выделением кала через уретру или без него. Иногда к указанным симптомам присоединяется пиурия и гематурия.

Перфорация дивертикула ведет к развитию быстро прогрессирующего перитонита, клинические проявления которого не отличаются от таковых при других формах острого воспаления брюшины.

Кишечная непроходимость при дивертикулезе толстой кишки носит характер обтурационной. Одной из частых причин непроходимости при дивертикулезе является образование псевдоопухоли, в основе чего лежит перфорация дивертикула в брыжейку либо жировой привесок толстой кишки.

Кишечное кровотечение, как правило, не имеет профузного характера. Кровь у большинства пациентов алая, т. к. источник кровотечения чаще располагается в дистальных отделах толстой кишки. При расположении дивертикула в правых отделах может быть дегтеобразный стул.

Диагностика. В диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки, наряду с анамнезом и данными общеклинического обследования, используются ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия, многоканальная баллонная манометрия; при свищах — фистулография. При ирригоскопии, фиброколоноскопии, многоканальной баллонной манометрии следует также оценивать дискоординацию двигательной активности кишки, что очень важно для определения границ резекции в случае оперативного лечения. Фиброколоноскопия должна проводиться опытным врачом-эндоскопистом с учетом риска перфорации пораженной дивертикулами кишки.

Лечение. Следует помнить, что существующие дивертикулы не регрессируют. При лечении назначается диета, включающая в себя клетчатку и пищевые волокна для уменьшения запоров; применяются спазмолитики и прокинетики в зависимости от типа моторных расстройств (гиперкинетических или гипокинетических); возможно использование осмотических слабительных средств (лактолоза). Не рекомендуются стимулирующие слабительные средства, т. к. они повышают давление в кишке.

При лечении **дивертикулита** проводится массивная антибактериальная терапия, назначается метрагил, что в большинстве случаев дает положительный эффект. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное вмешательство.

Для лечения **инфильтрата** назначается внутривенная массивная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, метрагилом в

сочетании с дезинтоксикационной терапией. Назначаются не-стероидные противовоспалительные препараты. Операция проводится по-сле стихания воспалительного процесса либо при абсцедировании инфильтрата.

Лечение **кровотечений** из дивертикулов консервативное. При его не-эффективности показано оперативное вмешательство.

В настоящее время хирургическое лечение пациентов с дивертикуляр-ной болезнью ободочной кишки показано при неосложненном клинически выраженном дивертикулёзе, не поддающемся комплексной консервативной терапии, а также при осложнениях данного заболевания. Выбор метода опе-рации в каждом конкретном случае определяется характером осложнений и распространенностью процесса, изменениями со стороны самих дивертику-лов, кишечной стенки и окружающих тканей, наличием или отсутствием пе-рифокального воспаления или перитонита. Немаловажное значение имеют сопутствующие заболевания, часто наблюдающиеся у пожилых пациентов.

Перфорация дивертикула или прорыв перифокального абсцесса в свободную брюшную полость приводит к развитию быстро прогрессиру-ющего перитонита. В этом случае требуется экстренное хирургическое вмешательство. При этом характер операции может быть различным в за-висимости от сроков перфорации, выраженности перитонита, состояния стенки толстой кишки, локализации перфорированного дивертикула, об-щего состояния пациента. В то же время во всех случаях должно быть со-блюдено одно правило — необходимо отказаться от наложения первично-го внутрибрюшного анастомоза. Наиболее безопасными методами являют-ся резекция кишки с перфорированным дивертикулом, произведенная по методу Микулича, или же выведение зоны перфорации с формированием в этом отделе колостомы. В тех случаях, когда вывести наружу участок кишки с ее перфорацией невозможно (локализация в дистальной части сигмовидной кишки или ректосигмоидном отделе), рекомендуется двух-слойное ушивание перфоративного отверстия с обязательным формирова-нием проксимальной колостомы.

Обширные хронические инфильтраты, особенно с нарушением ки-шечной проходимости, часто имитируют злокачественную опухоль. Адекватным методом лечения в таких ситуациях является резекция кишки

с учетом онкологических принципов и распространенности дивертикулов. Наложение первичного анастомоза целесообразно только в случае, если удастся хорошо очистить толстую кишку, особенно ее проксимальные от-делы, от содержимого.

При наличии **свищей**, оставшихся после пенетрации или перфорации дивертикулов в соседние органы, также показано хирургическое лечение. Выбор метода операции зависит от вида свища, выраженности воспали-тельного процесса и состояния пациента. Возможно иссечение свища с ушиванием отверстий без резекции кишки, однако это удается редко из-за развития грубых рубцово-инфильтративных изменений в кишечной стенке.

Кишечное кровотечение при дивертикулёзе ободочной кишки редко бывает профузным, поэтому практически всегда есть возможность использо-вать консервативные мероприятия: холод на живот, введение гемостатиков, переливание компонентов крови и кровезаменителей и т. д. Определенное лечебное воздействие оказывает бариевая клизма, т. к. заполнение сульфатом бария дивертикулов выполняет роль своеобразной тампонады. При неэффе-ктивности консервативной терапии объем резекции должен быть не менее ле-восторонней гемиколэктомии, в связи с тем, что дивертикулы наиболее часто локализуются именно в этом отделе толстой кишки. Вопрос о наложении в этих случаях первичного анастомоза решается индивидуально в зависимости от степени анемизации пациента и подготовленности толстой кишки.

Неосложненный, но клинически выраженный дивертикулез, не поддающийся консервативному лечению, является показанием к хирургическому лечению. Вид оперативного пособия определяется в зависимости от типа моторики кишечника и может быть выполнен в нескольких вариантах:

– при гипокинетическом типе моторики кишечника выполняются различные виды резекции кишки с первичным анастомозом, чаще резекция сигмы или левосторонняя гемиколэктомия;

– при гиперкинетическом типе моторики кишечника предпочтение отдается малоинвазивным органосохраняющим операциям, направленным на устранение мышечного спазма. К ним относится операция продольной серо-зомиотомии по Reily, а также ее модификации, из которых следует отметить поперечную тениотомию по Ходжсону и комбинированную тениотомию по Kettlelevel. Техника операции заключается в том, что после лапаротомии на выпрямленной дистальной части сигмовидной кишки делают предварительный продольный разрез серозной оболочки, начиная на 4–5 см выше переходной складки тазовой брюшины. Протяженность разреза — 20–25 см. Рассечение серозного и продольного мышечного слоев проводят строго по средней линии противобрыжечного края кишки. Затем края разреза захватывают зажимами и постепенно снизу вверх тщательно рассекают волокна циркулярного мышечного слоя. Выше продольного разреза производят поперечное рассечение двух мышечных лент в шахматном порядке. Расстояние между поперечными разрезами — 5–6 см с обеих сторон, причем рассекают лишь продольные мышечные волокна, не трогая циркулярные. Миотомические разрезы не прикрывают ни сальником, ни брюшиной.

Таким образом, большинство пациентов с клинически выраженным дивертикулезом подлежат консервативной терапии. Хирургическое лечение показано при некоторых осложнениях дивертикулярной болезни ободочной кишки или при неэффективности консервативных мероприятий у пациентов с выраженным болевым синдромом при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний. При хирургическом лечении осложненного дивертикулеза следует отдавать предпочтение многоэтапным операциям.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

К доброкачественным опухолям толстой кишки относятся полипы, липомы, миомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, невриномы и т. д. Большая их часть бессимптомна, выявляются они случайно при ректоро-маноскопии, фиброколоноскопии. Опасны данные опухоли лишь при малигнизации, кровотечении, непроходимости. Наибольшее практическое значение имеют полипы, т. к. они встречаются чаще всего, до 92 % всех доброкачественных опухолей. Частота заболеваемости населения полипа-ми колеблется от 1,7 до 16,8 %. Проблема социально значима, т. к. свое-временное лечение полипов на доброкачественной стадии является профи-лактикой рака толстой кишки.

Классификация. С клинической точки зрения целесообразно разделять все доброкачественные опухоли на две основные группы:

1. Опухоли эпителиальной природы (полипы), встречающиеся чаще всего (92 % наблюдений) и представляющие значительную опасность роста и малигнизации. Полип — термин клинко-анатомический, который обозначает опухоль, растущую на слизистой оболочке. Различают аденома-тозные полипы (растут из железистого эпителия), аденопапиллому (аденома, покрытая нежными ворсинками-сосочками), ворсинчатую, или виллезную, аденому. Выделяют также гиперпластические полипы,

которые предшествуют возникновению железистых, а затем ворсинчатых полипов.

Наиболее склонны

к малигнизации ворсинчатые аденомы (от 5 до 50 % пациентов).

2. Опухоли неэпителиальной природы, частота отдельных форм которых колеблется от 0,2 до 3,5 %. Вероятность малигнизации большинства из них очень мала (кроме лейомиомы и карциноида). К ним относятся:

- лейомиома;
- липома;
- фиброма;
- сосудистые опухоли (гемангиома, лимфангиома);
- нейрофибромы;
- лимфома;
- гамартома (полип Пейтца–Егерса, ювенильные полипы).

В группе эпителиальных опухолей важное клиническое значение имеет их разделение не только по гистологическому строению, но и по величине (чем больше опухоль, тем больше вероятность малигнизации), наличию или отсутствию ножки (опухоли на широком основании, а тем более стелющегося характера, трудно или вовсе невозможно удалить через эндоскоп) и фактору множественности (одиночные полипы имеют более благоприятный прогноз в отношении излечения и в несколько раз реже малигнизируются по сравнению с множественными).

Множественные полипы могут располагаться в одном из отделов толстой кишки вблизи друг от друга (групповые) или обнаруживаться по одному-два и более в каждом отделе.

Клиническая картина. Клинические проявления отмечаются в большинстве случаев при достижении размеров опухолей 1,5–2 см в диаметре, особенно при ворсинчатых опухолях. Отмечаются тянущие боли в животе, при локализации полипа в ректосигмоидном отделе — тенезмы. Могут быть выделения крови и слизи с калом. Иногда потери белка со слизью при крупных ворсинчатых полипах могут приводить к диспротеинемии, даже к безбелковым отекам, нарушению водно-электролитного обмена. При крупных доброкачественных опухолях могут возникнуть явления кишечной непроходимости.

Диагностика. Из специальных методов применяются пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия. При рентгенологическом исследовании полипы диаметром до 0,5 см не выявляются, диаметром от 0,5 до 1 см обнаруживаются в 60–70 % случаев, и лишь надежно определяются полипы диаметром более 1 см. Следует помнить, что почти в 50 % случаев полипы расположены в прямой и сигмовидной кишке, т. е. доступны сигмоидоскопии.

Эндоскопические методы позволяют выявить опухоли, в том числе и менее 0,5 см в диаметре, до 96 % случаев. Обязательной является верификация заболевания, для чего используется биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Лечение. В современных условиях удаление доброкачественных опухолей проводится через эндоскоп или хирургическим путем. Большинство полипов удаляется через ректоскоп или фиброколоноскоп (до 90 % полипов). Различают следующие способы удаления доброкачественных опухолей:

- эктомия через ректоскоп или фиброколоноскоп с электрокоагуляцией;

– трансанальное иссечение опухоли с наложением швов на рану слизистой оболочки. Метод возможен при расположении опухоли в пределах до 10 см от края заднего прохода;

– удаление опухоли путем колотомии или резекции кишки чрезбрюшинным доступом.

При удалении опухолей прямой кишки используются также возможности трансанальной эндохирургии.

При крупных, технически сложных для эндоскопического удаления полипах ободочной кишки возможно использование лапароскопически ассистированной колоноскопической полипэктомии. Методика позволяет при необходимости мобилизовывать сегмент кишки, маркировать место полипа, накладывать серозно-мышечные швы на кишку для профилактики перфорации.

Частота рецидивов возрастает соответственно увеличению размеров опухолей и степени ворсинчатой трансформации полипов, а также при множественных полипах.

ДИФФУЗНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Семейный диффузный полипоз ободочной кишки характеризуется наличием множественных полипов на ее слизистой оболочке, которые могут иметь различную величину и количественно достигать нескольких тысяч. Заболевание рассматривается как облигатный предрак, т. к. почти у всех пациентов через 10–15 лет происходит перерождение полипов в рак. Отличительным признаком этого заболевания является наследственный (семейный) характер. Частота встречаемости заболевания составляет 13 на

1 000 000 населения.

Этиология и патогенез изучены недостаточно. Существуют различные теории возникновения полипоза, начиная от воспалительных процессов слизистой оболочки, нарушений эмбрионального периода развития

и заканчивая вирусной теорией. Установлена наследственная передача заболевания по принципу доминантного гена. Чаще всего полипы при диффузном полипозе являются следствием чрезмерной пролиферации железистого эпителия на всем протяжении толстой кишки с последующим переходом в железисто-ворсинчатые полипы. В большей степени поражаются прямая и сигмовидная кишка.

Клинические формы и течение. Ведущими симптомами заболевания являются боли в животе, кишечные кровотечения и поносы. Вследствие жидкого стула (от 3 до 30 и более раз в сутки с примесью крови и слизи) происходит быстрое истощение пациента, выраженное нарушение обменных процессов, иммунитета. К важным клиническим признакам относятся также желудочный дискомфорт, проявляющийся изжогой, отрыжкой, болями в эпигастриальной области.

Выделяют следующие формы диффузного полипоза:

- пролиферирующую;
- ювенильную;
- гамартomную (синдром Пейтца–Егерса).

Проллиферирующая форма встречается наиболее часто. Она протекает с преобладанием в полипах процессов пролиферации, которые проходят следующие три стадии:

- I стадию — гиперпластический (милиарный) полипоз;
- II стадию — аденоматозный полипоз;

– III стадию — аденопапилломатозный полипоз.

По мере увеличения в размерах полипов от просяного зерна (мили-арный полипоз) до 3–4 см в диаметре (аденопапилломатозный полипоз) происходит трансформация их из простых аденом в железисто-ворсинчатые полипы с возрастанием индекса малигнизации.

Клинические проявления пролиферирующей формы полипоза отмечаются в период полового созревания. У пациентов с гиперпластической стадией болезни полипоз может протекать бессимптомно или со скудной симптоматикой. Выраженная клиническая картина наблюдается у пациентов с аденопапилломатозной стадией заболевания. Нередко у этих больных на первый план выступают симптомы, характерные для рака толстой кишки: анемия, нарушения обменных процессов, истощение, частичная кишечная непроходимость. Следует учитывать, что наибольшее количество больных раком (до 83,3 %) поступают в этой стадии пролиферирующей формы диффузного полипоза.

Ювенильный полипоз клинически проявляется уже в возрасте 10–12 лет. Отмечается частый стул. В ряде случаев полипы могут выпадать из прямой кишки при акте дефекации. Дети становятся бледными, начинают отставать в росте и развитии, задерживается появление вторичных половых признаков. Рак к моменту госпитализации обнаруживается примерно у пятой части детей.

При **гамартмной форме диффузного полипоза** (синдроме Пейтца–Егерса), одновременно с поражением полипами толстой кишки, появляются темные пигментные пятна на коже вокруг рта, на слизистой оболочке щек, губ, кожи ладоней. Данный синдром проявляется уже с рождения ребенка. Малигнизация полипов при синдроме Пейтца–Егерса наблюдается редко.

Диагностика основывается на клинических проявлениях заболевания. Подозревать его необходимо у лиц молодого возраста, предъявляющих жалобы на боли в животе и частые послабления стула. Существенным в диагностике является подтверждение семейного и наследственного характера заболевания, что требует обследования ближайших родственников. Из специальных методов применяются пальцевое ректальное исследование, ректо-романоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и рентгеноконтрастные методы обследования. Важными задачами колоноскопии являются определение морфологической стадии болезни, распространенности поражения, диагностика малигнизированных полипов. При исследовании с сульфатом бария выявляются множественные дефекты наполнения на всем протяжении толстой кишки.

Необходимо также УЗИ-сканирование печени, компьютерная томография органов брюшной полости.

Лечение. Хирургическое лечение диффузного полипоза пока остается единственным методом лечения данной группы пациентов. Целью операции является удаление пораженной толстой кишки, предупреждение развития рака. Применяются следующие виды оперативных пособий:

– колпроктэктомия — удаление ободочной кишки с одновременной экстирпацией прямой кишки. Выполняется в случае тотального поражения всей толстой кишки при сочетании с раковой опухолью нижней трети прямой кишки;

– колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки. Пока-занием к этой операции является поражение полипами всех отделов толстой кишки, в том числе в сочетании с раковой опухолью прямой кишки, расположенной на 6–7 см выше края заднего прохода;

– субтотальная резекция толстой кишки с формированием илеоректального анастомоза. Применяется в тех случаях, когда полипами поражены все отделы ободочной кишки, а в прямой и сигмовидной их нет (или обнаружены и удалены единичные гиперпластические и ювенильные полипы);

– субтотальная резекция толстой кишки с формированием асцендо-ректального анастомоза. Выполняется, когда в правых отделах ободочной кишки полипов нет или они единичные;

– субтотальная резекция ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, низведение правых отделов ободочной кишки в заднепроходный канал. Выполняется, когда в слепой и восходящей кишке полипов нет или они единичные (милиарного или ювенильного строения),

а во всех остальных отделах толстой кишки имеется множество полипов (в прямой кишке при этом может быть опухоль, но расположенная на 7–8 см выше края заднепроходного канала);

– субтотальная резекция толстой кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, низведение поперечной ободочной кишки в заднепроходный канал, правосторонняя гемиколэктомия и наложение илеотранс-верзоанастомоза. Выполняют у пациентов с ювенильным полипозом в тех случаях, когда в поперечной ободочной кишке полипов нет или они единичные, а во всех отделах толстой кишки имеется множественное поражение слизистой оболочки полипами.

Оперированные пациенты нуждаются в медицинской и социальной реабилитации, постоянном диспансерном наблюдении и коррекции возникающих метаболических нарушений.

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):

Что нехарактерно для неспецифического язвенного колита?

- а) чаще поражает правые отделы кишечника;
- б) проявляется поносами со слизью и кровью;
- в) развивается анемия; гипохромная микроцитоз;
- г) часто выявляют иридоциклит;
- д) имеется склонность к малигнизации.

Определите консервативное лечение неспецифического язвенного колита:

- а) диетотерапия (исключение молока и молочных продуктов);
- б) витаминотерапия;
- в) лечение сульфаниламидными препаратами;
- г) десенсибилизирующая терапия;
- д) все названное.

Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз болезни Крона?

- 1) ирригоскопия (гирляндобразное чередование расширенных и суженных участков);
- 2) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости (чаши Клойбера);
- 3) ирригоскопия (дефекты наполнения в подвздошной и слепой кишках);
- 4) колоноскопия с биопсией;
- 5) лапароскопия с биопсией лимфоузлов брыжейки.

Чем обусловлена токсическая дилатация ободочной кишки при язвенном колите? а) дистрофией мышечных волокон; б) повреждением нервного аппарата кишки; в) электролитными нарушениями; г) ничем из названного; д) всем перечисленным.

Назовите осложнения неспецифического язвенного колита:

- а) кровотечение;
- б) перфорация;
- в) стеноз;
- г) малигнизация;
- д) все названное.

Назовите осложнение дивертикулеза ободочной кишки:

- а) кровотечение;
- б) псевдообструкция кишки;
- в) дивертикулит;
- г) перитонит;
- д) все названное.

Назовите осложнение токсической дилатации ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите:

- а) кровотечение;
- б) перфорация;
- в) кишечная непроходимость;
- г) интоксикация;
- д) все названное.

Когда при неспецифическом язвенном колите показано оперативное лечение? а) при профузном кровотечении;

- б) перфорации кишки;
- в) токсической дилатации;
- г) при неэффективности консервативного лечения;
- д) при всем названном.

Что не является осложнением при дивертикулезе ободочной кишки?

- а) кровотечение;
- б) малигнизация;
- в) воспаление дивертикула;
- г) перитонит;
- д) псевдообструкция кишки.

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.
- У Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
- В 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»

- и 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>
- и 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>
- и 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>
- с 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>
- с 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>
- с 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>
- с История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
- с 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

www.bmj.com

www.consilium-medicum.com

www.medscape.com

www.pubmed.org

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
а 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.

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 (60x90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции