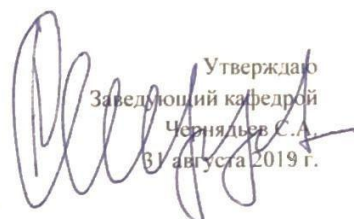


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии

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

Методические указания к практическим занятиям

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

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. – 23с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и лечения острого аппендицита.

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов 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.

Определение понятия-----	6
Анатомия и физиология червеобразного отростка-----	6
Этиопатогенез острого аппендицита-----	6
Классификация острого аппендицита-----	7
Клиническая картина острого аппендицита-----	8
Хирургическая тактика при подозрении на острый аппендицит-----	14
Осложнения аппендэктомии-----	17
Список литературы-----	22

Методические указания.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ изучить клиническую, лабораторную и инструментальную диагностику острого аппендицита, в том числе при атипичном расположении червеобразного отростка. Уяснить тактику и принципы хирургического лечения острого аппендицита, а также принципы ведения послеоперационного периода. Продемонстрировать пациентов с различными вариантами клинического течения острого аппендицита.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

Студент должен знать

Этиологию и патогенез острого аппендицита.

Классификацию острого аппендицита.

Клинические проявления острого аппендицита в зависимости от вариантов расположения червеобразного отростка.

Основные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики.

Особенности клинической картины острого аппендицита у пожилых людей, беременных женщин и детей.

Основные этапы хирургического лечения аппендицита, принципы ведения послеоперационного периода.

Студент должен уметь

проводить расспрос пациентов с острым аппендицитом, выявлять клинические особенности в зависимости от расположения червеобразного отростка.

выполнять объективное исследование пациентов с определением специфических симптомов, характерных как для аппендицита с типичным расположением отростка, так и для атипичной локализации аппендикса.

интерпретировать основные клинические показатели и данные рентгенологических исследований, применяющихся для диагностики острого аппендицита.

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 и 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 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 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.

Определение понятия.

Острый аппендицит - неспецифическое бактериальное воспаление червеобразного отростка. Ежегодная заболеваемость острым аппендицитом составляет 3 человека на 1000 жителей. Цифры летальности остаются стабильными на протяжении последних десятилетий и составляют в Свердловской области 0.1 – 0.3%. Как правило, летальные исходы обусловлены развитием осложненных форм заболевания вследствие позднего обращения пациентов за медицинской помощью и трудностями диагностики вследствие атипичного течения заболевания.

Анатомия и физиология червеобразного отростка

Червеобразный отросток является частью ободочной кишки и имеет типичное четырехслойное строение. Как правило, он отходит от купола слепой кишки у места слияния мышечных лент. Длина его варьирует от 1-1,5 см до 20-25 см (в среднем 7-8 см). Толщина червеобразного отростка- 5-8 мм. Кровоснабжение червеобразного отростка осуществляется аппендикулярной артерией, отходящей от подвздошно-ободочной артерии (система верхней брыжеечной артерии). Венозный отток осуществляется в систему воротной вены. Лимфоотток происходит в лимфоузлы илеоцекального угла и лимфоузлы корня брыжейки тонкой кишки. Червеобразный отросток имеет общие коллекторы лимфооттока с органами малого таза. Иннервация отростка осуществляется ветвями верхнего брыжеечного сплетения.

Важно различать особенности расположения отростка, обуславливающего особенности клинической картины аппендицита. Типичным является передне-медиальное расположение отростка кнутри от купола слепой кишки. К атипичным локализациям отростка, связанными с онтогенетическими особенностями развития, конституциональными и половыми различиями, относятся:

- тазовое
- ретроцекальное
- левостороннее
- подпеченочное.

Этиопатогенез острого аппендицита

В развитии острого аппендицита принципиальное значение имеют три группы факторов:

1. Обтурация просвета отростка

В связи с тем, что отросток представляет собой слепое ответвление ободочной кишки, любое нарушение эвакуации из него (мышечный спазм, обтурация содержимым) приводит к повышению давления в просвете отростка вследствие деятельности нормальной микрофлоры кишки. В результате повышения давления страдает слизистая отростка, не имеющая собственных кровеносных сосудов. Вследствие утраты слизистой барьерной функции происходит миграция микроорганизмов в стенку отростка, что обуславливает развитие неспецифического воспаления.

2. Инфекция

Аппендицит представляет собой неспецифическое воспаление, возбудители, повреждающие отросток, представляют собой аутохтонную нормальную микрофлору толстой кишки, с преобладанием Грамотрицательных и анаэробных микроорганизмов. Этот факт необходимо учитывать при планировании антибактериальной профилактики и терапии.

3. Нарушение кровообращения отростка

Как правило, нарушения микроциркуляции имеют вторичный характер и развиваются в ответ на внутрипросветную гипертензию, а также в результате воспаления. Однако описаны случаи первично гангренозного аппендицита, развивающегося в результате тромбоза или эмболии аппендикулярной артерии. В этом случае сосудистый фактор приобретает главное и основное значение, а деструкция отростка происходит стремительно, что обуславливает особенности клинической картины этой формы заболевания.

Принципиальным является распространение деструкции отростка изнутри наружу с формированием абсцесса Ашоффа в виде конуса, вершиной направленного к серозной оболочке отростка.

Классификация острого аппендицита

Клинико-морфологическая:

В соответствии со стадией воспаления выделяют следующие формы аппендицита:

■ Катаральный аппендицит.

■ Флегмонозный аппендицит (в том числе эмпиема червеобразного отростка).

■ Гангренозный (в том числе первично гангренозный). Перфоративный

Катаральный аппендицит макроскопически характеризуется отеком стенки, гиперемией, инъекцией сосудов серозной оболочки, слизистая отечна с участками кровоизлияний.

При флегмонозном аппендиците отросток напряжен, багровый, его сероза покрыта фибринозным налетом. К флегмонозной форме воспаления относят эмпиему червеобразного отростка. В этом случае отросток представляет собой гнойную полость, ограниченную стенками отростка.

При гангренозном аппендиците отросток некротизирован, черно-зеленого цвета.

При перфорации червеобразного отростка имеется прободное отверстие, сообщающее просвет органа со свободной брюшной полостью.

Клиническая картина острого аппендицита

Клиническая картина острого аппендицита находится в тесной связи с анатомическим вариантом его расположения, а также имеет определенные особенности, связанные с возрастом и полом. Как правило, нет специфических, патогномоничных жалоб, характерных для аппендицита. В целом, клинические проявления острого аппендицита можно сгруппировать в следующие синдромы:

1. Болевой синдром

Характерна постоянная малоинтенсивная боль, исходно локализуемая в эпигастрии, которая впоследствии перемещается в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича). Боль не имеет иррадиации, возникает без видимой причины и не купируется спазмолитиками.

2. Диспепсический синдром:

Проявления желудочной диспепсии:

- тошнота;
- однократная рвота желудочным содержимым, не приносящая облегчения. Проявления кишечной диспепсии:
- однократный кашицеобразный стул.

3. Интоксикационный синдром:

- слабость, общее недомогание
- субфебрилитет (37,2 – 37,4 °C)
- сухость во рту -
- познабливание.

При сборе **анамнеза** необходимо обращать внимание на проявление симптома Кохера-Волковича. У большинства пациентов перемещение боли в правую подвздошную область происходит в течение первых 4-6 часов заболевания, однако в ряде случаев этот симптом может отсутствовать или затягиваться до 24 часов.

При **объективном обследовании** состояние больного средней тяжести.

Как правило, пациенты активны, могут обратиться на прием к врачу самостоятельно. Кожные покровы обычной окраски, отмечается субфебрилитет.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы характеризуются умеренной тахикардией при нормальном напряжении и наполнении пульса. Артериальное давление находится в нормальных пределах.

При исследовании системы пищеварения обращают внимание на сухость языка и слизистой ротовой полости. Язык, как правило, обложен налетом. К признакам острого аппендицита, определяемым при осмотре живота, относится ограничение участия правой подвздошной области в дыхании. Живот при этом не вздут, симметричен. При поверхностной пальпации живота выявляется болезненность и напряжение передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Характерны **симптомы раздражения брюшины**, выявляемые в правой подвздошной области:

Симптом Менделя - боль в правой подвздошной области при лёгком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке.

Симптом Блюмберга (Щёткина- Блюмберга) - после мягкого надавливания на брюшную стенку в правой подвздошной области резко отрывают пальцы. При положительном симптоме максимальная болезненность возникает при отрывании исследующей руки, чем при надавливании.

Объективное исследование больного с острым аппендицитом обязательно должно завершаться ректальным осмотром. Характерен симптом **Ленандера** - разность между подмышечной и ректальной температурой превышает 1 градус С.

Специфические **симптомы, характерные для острого аппендицита с типичной локализацией** червеобразного отростка:

Симптом Ровзинга - левой рукой в левой подвздошной области сдавливают сигмовидную кишку. Не отнимая придавливающей руки, правой рукой производят короткий толчок через переднюю брюшную стенку на вышележащий отрезок кишки. При аппендиците боль возникает в правой подвздошной области.

Симптом Воскресенского (рубашки) - левой рукой натягивают рубаху за нижний край. Кончиками 2, 3 и 4 пальцев правой руки проводят скользящее движение из эпигастрия сверху вниз сначала к левой, а затем к правой подвздошной области. В момент окончания такого «скольжения» справа больной отмечает резкое усиление боли.

Симптом Ситковского - усиление боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку.

Симптом Бартомье-Михельсона - усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

Методы дополнительной диагностики.

Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
2. Общий анализ мочи и биохимические показатели крови не имеют специфических проявлений, характерных для острого аппендицита. Эти анализы выполняются для проведения дифференциальной диагностики с другой патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Инструментальные методы диагностики:

1. Ультразвуковое исследование.

В настоящее время метод находится в стадии разработки, однако результаты его применения показывают высокую информативность для диагностики острого аппендицита.

Признаками острого аппендицита при УЗИ является:

- визуализация червеобразного отростка
- симптом кокарды

2. Диагностическая лапароскопия.

Заключается в непосредственном осмотре органов брюшной полости при помощи специальной оптической системы. Позволяет оценить состояние червеобразного отростка при его расположении в брюшной полости. Признаки острого аппендицита соответствуют макроскопическим признакам заболевания, описанным выше.

Кроме этого, у больных острым аппендицитом для оценки состояния других органов и систем и предоперационного обследования необходимо выполнение ЭКГ, рентгенографии грудной клетки и других исследований, показания к которым определяются индивидуально.

Особенности клинических проявлений острого аппендицита в зависимости от локализации отростка

1. Ретроцекальный аппендицит.

В этом случае червеобразный отросток расположен забрюшинно, в правом паракольном клетчаточном пространстве. В связи с этим, такое расположение отростка вызывает минимальные проявления при исследовании передней брюшной стенки, при этом максимальная симптоматика выявляется при исследовании правой поясничной области.

Болевой синдром при ретроцекальной локализации отростка укладывается в проявления симптома Кохера-Волковича, однако, в конце концов, боль локализуется в правой поясничной области. Возможна иррадиация боли в паховую область.

Для **диспепсического синдрома** характерна более частая дефекация кашицеобразным калом.

Интоксикационный синдром неспецифичен и не имеет отличий от типичных проявлений острого аппендицита.

Возможно появление дизурического синдрома в виде учащенного мочеиспускания с макрогематурией вследствие раздражения правого мочеточника.

При **объективном исследовании** проявления со стороны передней брюшной стенки минимальны, типичные симптомы острого аппендицита и перитонеального раздражения не характерны. Определяется болезненность в правом мезогастрii и правой поясничной области. Специфическим симптомом является **симптом Габая** – болезненность в треугольнике Пти (треугольник в правой поясничной области над подвздошной костью, ограниченный медиально широчайшей мышцей спины, а латерально – косыми мышцами живота).

Методы дополнительной диагностики:

1. Общий анализ крови – проявления неспецифического воспаления.
2. Общий анализ мочи – появление лейкоцитов, макрогематурия
3. Диагностическая лапароскопия неинформативна, так как отросток расположен вне брюшной полости. Единственным косвенным признаком может являться гиперемия брюшины правого бокового канала.
4. УЗИ, внутривенная урография используются для дифференциальной диагностики с урологической патологией.

2. Тазовый острый аппендицит.

При этой локализации отросток имеет нисходящее направление и локализуется в малом тазу на диафрагме таза у мужчин в пузырно-прямокишечном, а у женщин – в маточно-прямокишечном пространстве. Такое расположение чаще всего встречается у лиц астенической конституции. Своеобразие клинических проявлений тазового аппендицита обусловлено развитием реактивного проктита и цистита. **Болевой синдром** начинается с эпигастрия, затем смещаясь в надлобковую область. Характерна иррадиация боли в промежность, правое бедро.

Для **диспепсического синдрома** характерны проявления реактивного проктита в виде частой дефекации жидким калом с примесью крови и слизи, а также тенезмы. Наличие диарейного синдрома требует дифференциальной диагностики с инфекционным энтероколитом.

Интоксикационный синдром неспецифичен и не имеет отличий от типичных проявлений острого аппендицита.

Вследствие реактивного цистита, как правило, появляется **дизурический синдром** (учащенное болезненное мочеиспускание, макрогематурия).

При **объективном исследовании** отмечается болезненность и мышечная резистентность над лоном, там же возможны перитонеальные симптомы.

При ректальном исследовании определяется болезненность и инфильтрация дугласового пространства. Специфические симптомы **тазового** аппендицита:

Симптом Образцова - усиление боли в правой подвздошной области при опускании выпрямленной правой нижней конечности.

Симптом Коупа – боль при отведении правой нижней конечности, согнутой в тазобедренном и коленном суставах.

Методы дополнительной диагностики аналогичны стандартным.

3. Подпеченочный острый аппендицит.

Подпечёночное расположение червеобразного отростка является следствием незавершенного поворота ободочной кишки. В этом случае купол слепой кишки с червеобразным отростком локализуется в правом подреберье. Как правило, необходим дифференциальный диагноз с острым холециститом. Характерна локализация болевого синдрома в правом подреберье, при этом отсутствует характерная для острого холецистита иррадиация боли в правый плечевой пояс. Диспепсический и интоксикационный синдром не отличаются от таковых при типичной локализации отростка. При объективном исследовании выявляют отставание в дыхании правого подреберья, наличие в этой области мышечного напряжения и болезненности. Положительны симптомы раздражения брюшины. Окончательным методом диагностики является лапароскопия.

4. Левосторонний острый аппендицит.

Левостороннее расположение червеобразного отростка является проявлением situs viscerum inversus, «зеркального расположения» внутренних органов. У больного наблюдается декстрапозиция сердца, печень обнаруживается преимущественно в левом подреберье. При развитии у такого пациента острого аппендицита клинические проявления и специфические симптомы наблюдаются в левой подвздошной области.

Особенности клинического течения острого аппендицита у детей.

Острый аппендицит у новорожденных – достаточно редкое явление, чаще всего болеют младшие школьники. Клиническая картина у детей дошкольного и школьного возраста схожа с таковой у взрослых.

У детей до 3 лет частота его возникновения не превышает 8%, однако диагностика в этом возрасте представляет наибольшие трудности. Это связано как с объективными особенностями течения болезни, так и с трудностями установления контакта с больным ребенком.

Анатомические и физиологические особенности детского организма, обуславливающие клиническую картину острого аппендицита следующие:

1. Подвижность слепой кишки.
2. Низкие пластические свойства брюшины, не позволяющие организму

отграничить очаг воспаления.

3. Неполноценность большого сальника.
4. Высокая всасывающая способность брюшины.
5. Быстрое развитие системного ответа на воспаление.
6. Недоразвитие фолликулярного и нервного аппарата отростка.

У детей ясельного возраста клиника возникает бурно, среди полного здоровья. В первую очередь страдает общее состояние больного ребенка – он становится беспокойным, капризничает, отказывается от приема пищи, привычных игр. Характерна фебрильная лихорадка до 39-40 °С, многократная рвота, дизурические расстройства и диарея. При осмотре живота обращает характерный симптом «подтягивания ножки» - приведение правой нижней конечности к туловищу, ограничение участия правой половины живота в дыхании, умеренное вздутие живота. При пальпации ребенок негативно реагирует на пальпацию правой подвздошной области, отталкивая руку исследующего (симптом отталкивания руки). Интерпретация специфических симптомов аппендицита, как и симптомов раздражения брюшины, у детей до 3-х лет сомнительна.

Особенности клинического течения острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте.

Как правило, у лиц преклонного возраста развивается первично-гангренозный аппендицит. Его причиной является острая ишемия отростка в результате тромбоза или эмболии аппендикулярной артерии. В результате некротические изменения отростка развиваются стремительно, буквально за часы, переходя в стадию гангрены и осложнений. В связи с этим к особенностям клиники острого аппендицита у пожилых людей относят следующие:

1. Развитие на фоне сопутствующей, в первую очередь сердечно-сосудистой (нарушения ритма, гипертоническая болезнь), патологии.
2. Интенсивная боль в первые часы заболевания, соответствующая ишемии отростка.
3. С развитием гангрены и гибелью нервных окончаний боль ослабевает и становится малоинтенсивной.
4. Стремительное развитие гангрены отростка приводит к выраженному интоксикационному синдрому.
5. Малая выраженность специфических симптомов, наряду с этим быстрое развитие осложнений, в первую очередь, распространенных форм перитонита.

Особенности клинического течения острого аппендицита у беременных женщин.

Начиная со второго триместра беременности, матка оттесняет отросток кзади и вверх. Изменившиеся топографо-анатомические отношения в

значительной мере меняют клинические проявления острого аппендицита.

Болевой синдром имеет нетипичную локализацию в правом мезогастррии. Помимо этого, возникает необходимость в проведении дифференциальной диагностики с угрозой прерывания беременности. Диспепсический синдром (тошнота, рвота), характерный для аппендицита, может терять свою значимость ввиду наличия жалоб, характерных для гестоза. Как правило, для беременных не характерен жидкий стул. Сохраняет свою значимость интоксикационный синдром.

Значительные трудности возникают при объективном исследовании беременной с подозрением на аппендицит. Увеличенная матка нивелирует ценность таких симптомов, как ограничение живота в дыхании, наличие мышечного напряжения. Болезненность локализуется в правой боковой области живота. Как правило, невозможна и интерпретация специфических симптомов острого аппендицита. При диагностике острого аппендицита рекомендуется использовать **симптом Михельсона** - усиление боли в правой половине живота в положении беременной на правом боку.

При использовании методов дополнительной диагностики следует учитывать низкую информативность общего анализа крови, так как для беременных характерен физиологический лейкоцитоз. Кроме того, наличие беременности со второго триместра является противопоказанием к выполнению диагностической лапароскопии. В связи с этим **тактика при подозрении на острый аппендицит у беременных имеет свои особенности:**

Все беременные с подозрением на острый аппендицит подлежат обязательной госпитализации в хирургическое отделение многопрофильного стационара. Все тактические решения принимаются коллегиально с привлечением наиболее опытных специалистов.

Должно быть обеспечено круглосуточное динамическое наблюдение хирурга и акушера-гинеколога.

В стационаре должны иметься условия, как для выполнения хирургического вмешательства, так и для экстренного родоразрешения. Динамическое наблюдение не может продолжаться более 24 часов.

При невозможности исключить острый аппендицит необходимо выполнение диагностической лапаротомии по Волковичу-Дьяконову.

Диагноз.

Формулировка диагноза должна включать следующие разделы:

1. Клинико-морфологическую форму острого аппендицита
2. Характеристика осложнения (как правило, наличие перитонита (его характер, распространённость, стадия)).

Хирургическая тактика при подозрении на острый аппендицит.

1. Все пациенты с подозрением на острый аппендицит экстренно госпитализируются в хирургический стационар.
2. Клинический диагноз с указанием клинико-морфологической формы и возможных осложнений должен быть установлен в первые 2 часа пребывания пациента в стационаре.
3. Установленный диагноз деструктивного аппендицита является абсолютным показанием к экстренному хирургическому вмешательству. Исключением является тяжелое состояние пациента. В этом случае проводится кратковременная (не более 2 часов) предоперационная подготовка, объем которой должен быть согласован с реаниматологом. Всем больным, идущим на операцию, проводится антибактериальная профилактика (парентеральное введение суточной дозировки цефалоспоринов 2 или 3 поколения до выполнения доступа).
4. Пациенты, нуждающиеся в динамическом наблюдении для исключения острого аппендицита, госпитализируются в хирургический стационар. На время динамического наблюдения могут быть назначены лишь спазмолитики. Динамика состояния пациента оценивается в ближайшие 3 часа.
5. При формировании клинической картины деструктивного аппендицита больные оперируются. При купировании болевого синдрома и исключении острой хирургической патологии оперативное лечение не показано. При сохранении болевого синдрома в течение 3-х часов динамического наблюдения и отсутствии убедительной клиники деструктивного аппендицита больному показана диагностическая лапароскопия.
6. При наличии противопоказаний к лапароскопии (беременность, спаечный процесс в брюшной полости, острые гнойные заболевания передней брюшной стенки, кишечные свищи, ПОВГ больших размеров, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем) или ее неинформативности (невозможность осмотреть отросток) для установления диагноза показана диагностическая лапаротомия по Волковичу-Дьяконову.

Оперативное лечение.

Единственным способом хирургического лечения деструктивного аппендицита является хирургический. Объем вмешательства- аппендэктомия.

Возможными методами обезболивания при операциях по поводу острого аппендицита – спинальная анестезия, многокомпонентная сбалансированная анестезия с применением мышечных релаксантов и ИВЛ. Возможно выполнение аппендэктомии под местной анестезией.

Этапы оперативного вмешательства:

1. Доступ.

Аппендэктомия может быть выполнена различными способами:

традиционная аппендэктомия из лапаротомного доступа. Традиционным лапаротомным доступом, применяемым в России, является лапаротомия по Волковичу-Дьяконову. Возможно использование доступов Ленандера, Шпренгеля.

аппендэктомия из минилапаротомного доступа (MAS – доступ, (minimal access surgery))

лапароскопическая аппендэктомия

технологии NOTES - эндоскопическая транслуминальная хирургия через естественные отверстия

технологии SILS, LESS (Единый лапароскопический доступ (см. схему))



Единый лапароскопический доступ (S-port, SILS, LESS, SAPS (Single Access Port Surgery))

2. Ревизия брюшной полости.

При ревизии оценивается форма острого аппендицита, состояние париетальной и висцеральной брюшины, купола слепой кишки. Принимается окончательное решение о необходимости аппендэктомии и варианте ее выполнения.

При не измененном червеобразном отростке аппендэктомия не показана. В этом случае для исключения другой неотложной интраабдоминальной патологии показана ревизия брюшной полости. Из доступа Волковича-Дьяконова обязательно должны быть ревизованы 1,5 терминальной подвздошной кишки (для исключения некроза дивертикула Меккеля), ее брыжейка (для оценки состояния мезентериальных лимфоузлов), у женщин – правые придатки.

3. Аппендэктомия.

Существует два технических варианта аппендэктомии, различающиеся по порядку обработки культи червеобразного отростка.

- **антероградная аппендэктомия** предполагает первым этапом пересечение и лигирование брыжейки отростка с аппендикулярной артерией. Затем основание отростка перевязывается кетгутом (первый ряд швов), отросток пересекается. Культи его после обработки спиртом погружаются кисетным (второй ряд швов) и Z-образным (третий ряд швов) швами. Этот вариант является методикой выбора при аппендэктомии из лапаротомного доступа.

При лапароскопической аппендэктомии используется лигатурный вариант обработки культи червеобразного отростка. После обработки брыжейки отростка его основание лигируется дважды, отросток пересекается без погружения культи.

- **ретроградная аппендэктомия** является вынужденным вариантом, используемым в случаях, когда выведение отростка в рану невозможно (фиксация его спайками, ретроцекальное расположение). В этом случае первым этапом выполняется лигирование основания отростка с погружением культи кисетным и Z-образным швами, а затем выполняется обработка брыжейки отростка с лигированием аппендикулярной артерии.

4. Ушивание операционного доступа.

Перед ушиванием операционной раны производят подсчет салфеток, контролируют надёжность гемостаза в зоне операции, оценивают вероятность (риск) нагноения раны. При высоком риске нагноения раны (гнойный перитонит, большая продолжительность операции, технические трудности, необходимость расширения доступа, выраженное ожирение пациента, иммуносупрессия) выполняют дренирование предбрюшинной клетчатки широкопросветной дренажной трубкой.

Послеоперационный период.

Вставать и пить больному разрешают через 2-3 часа. На следующие сутки назначают энтеральное питание в рамках стола №1(по Певзнеру). Швы снимают на шестые- седьмые сутки.

Принципы медикаментозной терапии в послеоперационном периоде:

1. Адекватное обезболивание - ненаркотические анальгетики;
2. Антибактериальная терапия при неосложненном аппендиците не показана. В этом случае ограничиваются предоперационной антибактериальной профилактикой (парентеральное введение суточной дозировки цефалоспоринов 2 или 3 поколения до выполнения доступа).
3. При высоком риске инфекционных осложнений назначают цефалоспорины 2 и 3 поколения, метронидазол на 5-7 суток.

Осложнения аппендэктомии

1) Осложнения со стороны операционной раны:

- гематомы - инфекция области операционной раны (инфильтрат,

абсцесс и т.д.)

- лигатурные свищи - эвентрация

2) Осложнения со стороны брюшной полости:

- несостоятельность культи червеобразного отростка, перитонит - внутрибрюшные гематомы и кровотечения в свободную брюшную полость - острая кишечная непроходимость (ранняя или поздняя)
- кишечные свищи
- парез кишечника
- пилефлебит
- локальные абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный)
- неотграниченный перитонит

3) Экстраабдоминальные осложнения (осложнения со стороны других органов и систем):

- нозокомиальная пневмония
- тромбоэмболия легочной артерии и другие ТЭО (ТГВ)
- расстройства мочеиспускания, острая задержка мочи, цистит.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Этиопатогенез острого аппендицита.

Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита.

Клиническая картина острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка.

Особенности клинической картины заболевания в зависимости от вариантов расположения червеобразного отростка.

Особенности клинического течения заболевания у детей, беременных и пожилых.

Хирургическая тактика при остром аппендиците.

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Уметь классифицировать острый аппендицит, провести клиническую диагностику его основных клинико-морфологических форм.

Сформировать план диагностических мероприятий у больного с подозрением на острый аппендицит.

Воспроизвести специфические симптомы острого аппендицита. 6.4. Описать особенности клинической картины острого аппендицита у пожилых, беременных, детей.

Описать особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом, ретроцекальном, подпеченочном и левостороннем расположении червеобразного отростка.

оформить лист назначений пациенту, оперированному по поводу неосложненного флегмонозного аппендицита.

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

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

К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы: -

Воскресенского (рубашки)

-Щёткина

- Блюмберга

-Раздольского

+все названные симптомы

-ни один из них

Клинически острый аппендицит может быть принят за:

-сальпингит

-острый холецистит

-дивертикулит Меккеля

-внематочную

беременность

+любую из этих патологий

Неверным для острого аппендицита является утверждение, что: -

ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка -ригидности может не быть при тазовом расположении отростка

- +рвота предшествует боли
- боль может начинаться в области пупка
- боль чаще начинается в эпигастральной области

При остром аппендиците у лиц пожилого возраста целесообразно применение:

- эндотрахеального наркоза
- +внутривенного наркоза
- местной анестезии
- перидуральной анестезии
- спинномозговой анестезии

Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:

- симптом Кохера
- симптом Промптова
- головокружение и обмороки
- симптом Михельсона
- +пункция заднего свода влагалища

Для диагностики острого аппендицита используются методы:

- лапароскопия
- клинический анализ крови
- ректальное исследование
- термография
- + всё перечисленное

Для диагностики острого аппендицита используются методы:

- лапароскопия
- клинический анализ крови
- ректальное исследование
- термография
- +всё перечисленное

Для дифференциальной диагностики между нижнедолевой правосторонней Пневмонией и острым аппендицитом нужно учитывать всё кроме:

- данных аускультации органов дыхания
- данных лапароскопии
- данных рентгеноскопии органов грудной клетки
- количества лейкоцитов крови
- +данных термографии

Оставление тампонов в брюшной полости после аппендектомии показано при:

- +неостановленном капиллярном кровотечении
- гангренозно
- перфоративном аппендиците

- местном перитоните
 - разлитом перитоните -всех этих состояниях
- Меккелев дивертикул является анатомическим элементом:
- + подвздошной кишки
 - тощей кишки
 - он представляет собой выпячивание желчных ходов
 - часто возникает после аппендэктомии - все
- перечисленное верно

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.
- с 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

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
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.

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