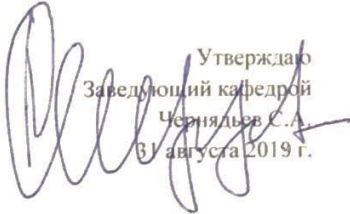


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


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

Методические указания к практическим занятиям

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

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. – 29с.

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

Введение-----	6
Классификация осложнений острого аппендицита-----	6
Аппендикулярный инфильтрат-----	6
Интраабдоминальные абсцессы-----	12
Периаппендикулярный абсцесс-----	13
Тазовый абсцесс-----	15
Межкишечный абсцесс-----	16
Поддиафрагмальный абсцесс-----	17
Аппендикулярный перитонит-----	19
Пилефлебит-----	28
Список литературы-----	22

Методическое указание.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: ознакомить студентов с основными осложнениями острого аппендицита, сформировать представление об особенностях клинической и инструментальной диагностики осложненного аппендицита, тактических подходах в отношении аппендикулярного инфильтрата, интраабдоминальных абсцессов и перитонита, продемонстрировать пациентов с осложненным течением острого аппендицита.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Основные виды осложнений острого аппендицита.

Клинические проявления, классификацию и тактику при аппендикулярном инфильтрате.

Особенности клинических проявлений, хирургическую тактику при

различных локализациях интраабдоминальных абсцессов (периаппендикулярный, тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный)

Основные тактические подходы к лечению аппендикулярного перитонита.

Основные методы лабораторной и инструментальной диагностики осложнений острого аппендицита.

Студент должен уметь:

Самостоятельно проводить расспрос пациентов, акцентируя внимание на особенности клинических проявлений различных осложнений острого аппендицита.

Выполнять объективное исследование пациентов с осложнениями острого аппендицита.

Проводить дифференциальный диагноз осложнений острого аппендицита.

Интерпретировать основные клинические показатели и данные инструментальных исследований, применяющихся для диагностики осложнений острого аппендицита.

Определить адекватную хирургическую тактику при аппендикулярном инфильтрате, интраабдоминальных абсцессах, перитоните.

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

шифр	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:	На основании проведения	-

		- история болезни (амбулаторная карта);	исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	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 в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи

ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

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

Введение.

Осложненное течение острого аппендицита является причиной неблагоприятных исходов данного заболевания. Осложненное течение острого аппендицита наблюдается в 10-12 % случаев. Причины развития осложненного аппендицита можно разделить на управляемые и неуправляемые. К **управляемым причинам** относят:

1. Ошибки до- и госпитального диагностического этапа, как правило, связанные с атипичным клиническим течением заболевания.
2. Нерациональная хирургическая тактика.

Примером **неуправляемой причины** является позднее обращение пациента за медицинской помощью.

Классификация осложнений острого аппендицита:

По локализации:

1) Со стороны операционной раны:

- гематомы - инфекция области операционной раны (инфильтрат, абсцесс и т.д.)
- лигатурные свищи

2) Интраабдоминальные осложнения:

- аппендикулярный инфильтрат
- локальные абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный)
- неотграниченный перитонит
- пилефлебит

3) Экстраабдоминальные осложнения:

- нозокомиальная пневмония
- тромбоэмболия легочной артерии и др.

Далее будут обсуждены вопросы, связанные с интраабдоминальными осложнениями острого аппендицита:

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

Под аппендикулярным инфильтратом понимают формирование вокруг воспаленного червеобразного отростка конгломерата из большого сальника, тонкой и слепой кишки, париетальной брюшины. В целом, формирование инфильтрата носит целесообразный для организма характер, так как только в случае полного отграничения отростка от свободной брюшной полости может наступить самопроизвольное выздоровление при деструктивном аппендиците. Аппендикулярный инфильтрат осложняет течение острого аппендицита в 3-5 % случаев. Тактика при этом осложнении зависит от следующих особенностей, представленных в классификации.

Аппендикулярный инфильтрат классифицируют по следующим критериям:

1. По отграничению отростка от свободной брюшной полости:

А. Полный – в этом случае отросток полностью отграничен от свободной брюшной полости, риск развития распространенного перитонита минимален.
Б. Неполный – в этой ситуации часть деструктивно измененного отростка находится в свободной брюшной полости. Эта форма инфильтрата потенциально опасна перфорацией отростка в свободную брюшную полость и развитием распространенного перитонита.

2. По клиническому течению.

Этот классификационный признак применим в случае динамического наблюдения за пациентом с полным аппендикулярным инфильтратом, госпитализированным для медикаментозного лечения. Эффект от медикаментозного лечения оценивается в динамике. При этом возможны два варианта развития инфильтрата:

А. Прогрессирующий - воспалительный процесс распространяется на окружающие органы и ткани, либо наступает абсцедирование инфильтрата. Это свидетельствует о неэффективности медикаментозной терапии и требует применения хирургических технологий.

Б. Регрессирующий – на фоне медикаментозного воспаления купируются проявления воспалительного синдрома, инфильтрат уменьшается в размерах. В этом случае медикаментозное лечение эффективно, неотложное оперативное лечение не требуется. В исходе регрессирующего инфильтрата формируется хронический резидуальный аппендицит.

3. По характеру инфильтрата:

Этот критерий оценивается интраоперационно. При ревизии инфильтрата, выявленного при лапаротомии важно оценить возможность его разделения без травматизации органов, входящих в его состав. При интраоперационной ревизии инфильтрат подразделяют на:

А. Рыхлый - разделение инфильтрата тупым путем без травматизации органов, входящих в его состав, возможно, аппендэктомия технически выполнима.

Б. Плотный – в этом случае воспалительный инфильтрат невозможно разделить тупым путем. В случае «острого» разделения инфильтрата имеется риск перфорации входящей в инфильтрат тонкой или слепой кишки. В этом случае разделение инфильтрата категорически

противопоказано.

Клиническая картина аппендикулярного инфильтрата.

Клинике аппендикулярного инфильтрата всегда предшествуют проявления деструктивного аппендицита, которые могут укладываться как в типичный, так и атипичные варианты проявления этого заболевания. Как правило, клиническая картина аппендикулярного инфильтрата развивается, на 3-5 сутки заболевания.

1. Болевой синдром:

Для аппендикулярного инфильтрата характерно снижение интенсивности болевого синдрома на 3-5 сутки. При этом полного купирования боли не наступает.

2. Диспепсический синдром:

Проявления желудочной диспепсии для аппендикулярного инфильтрата нехарактерны. Возможны симптомы кишечной диспепсии в виде умеренного пареза ободочной кишки (умеренное вздутие живота, метеоризм, задержка стула)

3. Интоксикационный синдром:

Этот синдром в случае развития аппендикулярного инфильтрата, как правило, выходит на первый план. У больного сохраняются:

- слабость, общее недомогание
- субфебрилитет ($37,2 - 37,4^{\circ}\text{C}$)
- сухость во рту
- познабливание.

Отличительной особенностью аппендикулярного инфильтрата является субфебрилитет. Фебрильной лихорадки гектического типа, характерной для интраабдоминальных абсцессов, при инфильтрате не бывает.

При сборе **анамнеза** необходимо акцентировать внимание на первичном симптомокомплексе (симптом Кохера-Волковича, другие характеристики, характерные для острого аппендицита), предшествовавшем клиническим проявлениям инфильтрата за 3-5 суток.

Задачей первичного **объективного обследования** является дифференциация полного и неполного инфильтрата.

При **полном** аппендикулярном инфильтрате самочувствие больных улучшается. Общее состояние больных расценивается как удовлетворительное. Как правило, имеется субфебрильная температура, умеренная тахикардия. При осмотре полости рта фиксируют внимание на обложенном суховатым языке. При осмотре живота можно отметить его незначительное симметричное вздутие, при этом обе половины брюшной стенки симметрично участвуют в дыхании. При поверхностной пальпации для **полного** аппендикулярного инфильтрата характерно отсутствие мышечного напряжения, а также специфических аппендикулярных и перитонеальных симптомов. При глубокой пальпации в правой

подвздошной области определяется плотное, малоболезненное и малоподвижное опухолевидное образование.

При ректальном исследовании в ряде случаев возможно достичь нижний полюс инфильтрата, представляющего собой плотное образование без признаков флюктуации.

Для **неполного** аппендикулярного инфильтрата характерны проявления неотграниченного перитонита. Как правило, в большей степени страдает общее состояние пациента, расцениваемое как средне тяжелое. При осмотре живота, помимо признаков пареза кишечника, выявляется ограничение в дыхании правой подвздошной области. При пальпации отмечают наличие мышечного напряжения и болезненности, не совпадающих с локализацией собственно инфильтрата. При этом фиксируются положительные симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга и Менделя), а также положительные аппендикулярные симптомы (Воскресенского, Ровзинга, Ситковского).

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.

Инструментальные методы диагностики:

1. Ультразвуковое исследование.

Позволяет определить наличие объемного образования в правой подвздошной области, в состав которого входят петли тонкой и слепая кишки. УЗИ, выполненное в динамике, позволяет контролировать течение процесса во время проведения медикаментозной терапии, своевременно диагностировать абсцедирование инфильтрата.

2. Диагностическая лапароскопия.

В случае уверенности в диагнозе **полного** инфильтрата не показана, так как несет потенциальный риск разрушения инфильтрата. Как правило, применяется при сомнениях в диагнозе: для исключения неполного инфильтрата, в случае проведения дифференциальной диагностики с другой острой патологией брюшной полости.

Хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате.

1. Все пациенты с аппендикулярным инфильтратом экстренно госпитализируются в хирургический стационар.
2. Задачей первичного диагностического комплекса является установление формы аппендикулярного инфильтрата (полный или неполный).

Клинический диагноз с указанием клинико-морфологической формы острого аппендицита и формы инфильтрата должен быть установлен в первые 2 часа пребывания пациента в стационаре.

3. Установленный диагноз **полного** аппендикулярного инфильтрата является показанием для динамического наблюдения и проведения медикаментозной терапии. Экстренная операция в случае полного аппендикулярного инфильтрата не показана.

4. Установленный диагноз **неполного** аппендикулярного инфильтрата является абсолютным показанием к экстренному хирургическому вмешательству. В случае тяжелого состояния пациента 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).

5. В ходе динамического наблюдения и медикаментозного лечения пациента с полным аппендикулярным инфильтратом оценивается клиническая, лабораторная и УЗИ-динамика течения заболевания. В случае **прогрессирующего** инфильтрата (абсцедирование) больному показано неотложное хирургическое вмешательство. В случае **регресса** инфильтрата больной выписывается из стационара под наблюдение терапевта поликлиники.

Особенности оперативного лечения при аппендикулярном инфильтрате

Главной задачей хирургического вмешательства при аппендикулярном инфильтрате – адекватный контроль очага инфекции, которым является воспалительный конгломерат. Вопрос об аппендэктомии решается индивидуально и зависит от характера инфильтрата (полный или неполный).

Возможными методами обезболивания – спинальная анестезия, многокомпонентная сбалансированная анестезия с применением мышечных релаксантов и ИВЛ.

Этапы оперативного вмешательства: 1. Доступ.

Вмешательство при инфильтрате без распространенного перитонита выполняется из локального лапаротомного доступа в правой подвздошной области (лапаротомия по Волковичу-Дьяконову).

2. Ревизия брюшной полости.

При ревизии оценивается возможность разделения инфильтрата тупым путем. При рыхлом инфильтрате разделение возможно, при плотном – невозможно.

3. Оперативный прием

-При рыхлом инфильтрате показана аппендэктомия.

-При плотном инфильтрате аппендэктомия не производится. Операция заканчивается подведением к инфильтрату сигарного тампона (дренажа Пенроза). Смысл тампонирования брюшной полости при аппендикулярном инфильтрате состоит в дополнительном отграничении воспалительного очага от свободной брюшной полости. Являясь инородным телом для организма, сигарный тампон вызывает формирование канала из брюшной полости на переднюю брюшную стенку, в дне которого находится аппендикулярный инфильтрат. В случае абсцедирования инфильтрата или перфорации отростка инфицированное содержимое будет оттекать по этому каналу наружу, не вызывая развития распространенного перитонита. Формирование канала вокруг сигарного тампона занимает не менее 6-7 дней, поэтому удаление тампона из брюшной полости ранее 7-8 суток недопустимо.

4. Завершение операции.

В случае выполнения аппендэктомии вмешательство завершают послойным ушиванием операционной раны. В случае высокого риска инфекционных осложнений со стороны раны (длительная, травматичная операция, интраоперационная контаминация раны) выполняют дренирование предбрюшинной клетчатки.

Принципы медикаментозной терапии при полном аппендикулярном инфильтрате имеют цель обеспечить максимальный охранительный режим, препятствующий прогрессированию инфильтрата:

4. Постельный режим.
5. Холод на правую подвздошную область.
6. Полное исключение тепловых процедур (УВЧ и др.)
7. Легкоусвояемая диета с исключением растительной клетчатки
8. Нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индометацин, ксефокам)
9. Антибактериальная терапия

Препаратами выбора являются амоксициллин/ клавуланат в режиме монотерапии или цефалоспорины II и III поколения в сочетании с метронидазолом. Продолжительность антибактериальной терапии определяется сроком регресса инфильтрата.

Тактика при хроническом резидуальном аппендиците

Исходом консервативного лечения деструктивного аппендицита (в случае полного регрессирующего аппендикулярного инфильтрата, технически невозможной аппендэктомии при плотном инфильтрате или периаппендикулярном абсцессе) является формирование хронического резидуального (оставленного) аппендицита.

Существование хронического очага инфекции неизбежно приводит к повторной атаке острого воспаления. В связи с этим пациентам, перенесшим деструктивный аппендицит без выполнения аппендэктомии, показано плановое оперативное лечение. Этой категории пациентов по поводу хронического резидуального аппендицита должна быть выполнена плановая аппендэктомия через 3 месяца после перенесенного острого аппендицита.

Выбор этих сроков обусловлен купированием острого воспаления в отростке и окружающих тканях, что позволяет выполнить аппендэктомию в «холодном» периоде, минимизировав риск осложнений. Таким образом, единственным показанием к плановой аппендэктомии при неопухолевых заболеваниях червеобразного отростка является диагноз хронического резидуального аппендицита.

ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ

Абсцессы брюшной полости развиваются в результате осумкования инфицированного выпота и могут быть следствием как прогрессирования деструктивного аппендицита, так и следствием послеоперационных осложнений (гематомы, неполноценная санация брюшной полости, несостоятельность культи червеобразного отростка). Общими в клинической картине интраабдоминальных абсцессов являются следующие особенности:

- Развитие симптомов на 5-7 сутки от начала заболевания (послеоперационного периода). Малоинтенсивная боль.
- Преобладание проявлений системного ответа на

- воспаление: -лихорадка более 38°C ;
- тахикардия (более 90 в мин.);
 - тахипноэ (частота дыхания свыше 20 в мин.);
 - изменения лейкоцитарной формулы (лейкоцитоз более 12х10⁹/л или наличие более 10 % незрелых форм)
- метеоризм;
- умеренное симметричное вздутие живота;
- задержка стула и газов.

1. ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС

Как правило, является следствием абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Клинические проявления развиваются на 5-7 сутки от начала заболевания. Характерной клиникой является появление в эти сроки проявлений системной реакции на воспаление (гипертермия, ознобы), усугубление проявлений интоксикационного синдрома. При этом сохраняется малоинтенсивная боль в правой подвздошной области, которая может приобретать пульсирующий характер и усиливаться при движении. Характерны симптомы умеренного пареза кишечника.

При сборе **анамнеза** у не оперированных больных необходимо акцентировать внимание на выявление клиники деструктивного аппендицита в предшествующие 5-7 суток.

При объективном исследовании состояние средней тяжести. Имеются проявления интоксикационного синдрома (гипертермия, одышка, тахикардия). При осмотре полости рта язык сухой, обложен. При осмотре живота можно отметить его незначительное симметричное вздутие, при этом ограничения в дыхании нет. При поверхностной пальпации характерно отсутствие мышечного напряжения и четкой локальной болезненности, а также специфических аппендикулярных и перитонеальных симптомов. При глубокой пальпации в правой подвздошной области можно определить наличие инфильтрата без четкой флюктуации. Ректальное исследование, как правило, малоинформативно.

Методы дополнительной

диагностики. Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
2. Общий анализ мочи
3. Биохимия крови

Инструментальные методы диагностики:

1. **Ультразвуковое исследование:** позволяет определить наличие объемного

жидкостного образования в правой подвздошной области. В полости, имеющей четкую капсулу, определяется уровень жидкости с газом над ней.

2. Обзорная рентгенография брюшной полости.

3. Компьютерная томография брюшной полости.

Рентгенологическими признаками интраабдоминальных абсцессов является наличие осумкованного жидкостного образования с уровнем газа или пузырьками воздуха.

Хирургическая тактика при периаппендикулярном абсцессе.

1. Наличие периаппендикулярного абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию.
2. При развитии абсцесса в результате прогрессирования деструктивного аппендицита показано вскрытие и дренирование абсцесса.
3. При появлении клиники периаппендикулярного абсцесса в послеоперационном периоде возможно использование малоинвазивной технологии – пункции и дренирования гнойника под контролем УЗИ или КТ.

Особенности оперативного вмешательства при периаппендикулярном абсцессе:

1. Доступ.

Вскрытие периаппендикулярного абсцесса выполняют под общей анестезией разрезом Волковича-Дьяконова. Необходимо стремиться вскрыть гнойник внебрюшинно, не допуская контаминации свободной брюшной полости.

2. Ревизия брюшной полости и полости абсцесса.

После обнаружения и вскрытия гнойной полости эвакуируют гной, saniруют полость антисептиками, после чего оценивают технические возможности выполнения аппендэктомии.

3. Оперативный прием

Аппендэктомию выполняют лишь при четкой визуализации отростка. При наличии технических трудностей от аппендэктомии следует воздержаться. Вмешательство заканчивают установкой сигарного тампона (дренажа Пенроза).

4. Завершение операции.

Операционную рану послойно ушивают до тампонов

Принципы ведения послеоперационного периода:

В послеоперационном периоде назначают адекватное обезболивание, антибактериальную терапию, показания к инфузионной терапии оценивают индивидуально. Тампоны удаляют на 7-8 сутки послеоперационного периода, а образовавшуюся гнойную рану лечат в соответствии с фазой раневого процесса.

При оставленном червеобразном отростке при выписке пациенту

рекомендуют плановую аппендэктомию через 3 месяца.

2.ТАЗОВЫЙ АБСЦЕСС

Как правило, является послеоперационным осложнением и развивается вследствие отграничения инфицированного выпота в пузырно-прямокишечном (у мужчин) или маточно-прямокишечном (у женщин) пространстве при неполноценной санации брюшной полости. Характерно развитие клинических проявлений на 5-7 сутки послеоперационного периода.

Особенности клинической картины тазового абсцесса:

1. Неопределенные боли внизу живота, иррадиирующие в промежность. 2. Симптомы реактивного проктита

- учащенная болезненная дефекация;
- тенезмы;
- патологические примеси (слизь, кровь) в кале.

3. Дизурические расстройства.

Объективное исследование, как правило, малоинформативно. Возможно выявление неспецифических проявлений интоксикационного синдрома. Специфическая симптоматика при рутинном обследовании системы пищеварения, как правило, отсутствует. Возможно выявление умеренного пареза кишечника, болезненности и инфильтрата над лобком без выраженных симптомов раздражения брюшины.

Наибольшую ценность в диагностике тазового абсцесса представляет ректальное исследование, у женщин дополняемое вагинальным. В заднем своде влагалища или по передней стенке прямой кишки обнаруживают малоподвижный болезненный инфильтрат с очагом флюктуации.

Методы дополнительной диагностики

Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови.

- Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Инструментальные методы диагностики:

1. **Ультразвуковое исследование:** особенностями исследования является использование ректального и (или) вагинального (у женщин) датчиков.

2. **Компьютерная томография брюшной полости.**

Обзорная рентгенография брюшной полости для диагностики тазового абсцесса не используется, так как тазовые кости не позволяют оценить состояние малого таза.

Хирургическая тактика при тазовом абсцессе

1. Наличие тазового абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию.
2. Вскрытие тазового абсцесса необходимо выполнять внебрюшинно, как правило, у женщин - через задний свод влагалища, а у мужчин - через переднюю стенку прямой кишки.

3. МЕЖКИШЕЧНЫЙ АБСЦЕСС

Развивается в послеоперационном периоде в результате скопления инфицированного перитонеального экссудата в складках брыжейки и между петлями тонкой кишки. Так же как и при других гнойниках в брюшной полости, для межкишечного абсцесса характерно развитие на 5-7 сутки после аппендэктомии. При этом данная локализация абсцесса практически не имеет специфической клиники.

Помимо симптомов, характерных для всех интраабдоминальных абсцессов, при объективном исследовании возможно выявление плотного малоподвижного инфильтрата в гипо- или мезогастрии. Как правило, имеются проявления пареза кишечника.

Методы дополнительной

диагностики Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови.
 - Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Инструментальные методы диагностики:

1. Ультразвуковое исследование.
2. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.
3. Компьютерная томография брюшной полости.

Хирургическая тактика при межкишечном абсцессе

1. Наличие межкишечного абсцесса является абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

Особенности оперативного вмешательства при межкишечном абсцессе:

1. Доступ.

Для вскрытия межкишечного абсцесса используют лапаротомию над предполагаемым очагом.

2. Ревизия брюшной полости и полости абсцесса

Выполнив лапаротомию, тупым путем вскрывают гнойник и эвакуируют содержимое.

3. Завершение операции.

В полость абсцесса устанавливают сигарные тампоны (дренажи Пенроза). Операционную рану послойно ушивают до тампонов. Ведение

послеоперационного периода аналогично лечению других локализаций абсцессов.

4. ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Причиной образования считается скопление инфицированного выпота в поддиафрагмальном пространстве справа в результате распространения его по правому боковому каналу. Для аппендикулярного поддиафрагмального абсцесса типичная локализация в правом заднем поддиафрагмальном пространстве.

Особенности клинической картины:

1. Болевой синдром. Характерны тупые боли в правом подреберье и нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе.
2. Диспепсия, как правило, отсутствует.
3. Плевропульмональный синдром:
 - наличие сухого малопродуктивного кашля
 - клинические проявления экссудативного плеврита справа
 - развитие пневмонии в нижней доле справа.

При объективном исследовании состояние средней тяжести. Имеются проявления интоксикационного синдрома (гипертермия, одышка, тахикардия). При осмотре грудной клетки имеется отставание правой ее половины при дыхании, больной старается щадить ее при глубоком дыхании, ограничивая ее подвижность. При перкуссии выявляется типичная картина экссудативного плеврита в виде характерного притупления легочного звука в виде линии Дамуазо. Аускультативно обнаруживают ослабление дыхания. Возможно выявление симптоматики правосторонней базальной пневмонии. При исследовании живота обращают внимание на ограничение подвижности правого подреберья при дыхании. Характерным для поддиафрагмального абсцесса является **симптом Крюкова** – наличие болезненного выбухания в области расширенных 6-8 межреберий между задней и средней подмышечными линиями справа.

Методы дополнительной диагностики.

Лабораторные методы диагностики:

1. Общий анализ крови.
 - Лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Инструментальные методы диагностики:

1. Ультразвуковое исследование: позволяет определить наличие уровня жидкости с газом над ним в поддиафрагмальном пространстве справа.
2. Обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки.
3. Компьютерная томография брюшной полости и грудной клетки.

Прямым признаком поддиафрагмального абсцесса является наличие

осумкованного жидкостного образования с уровнем газа или пузырьками воздуха. К **косвенным** признакам относят:

- ограничение подвижности правого купола диафрагмы
- высокое стояние правого купола диафрагмы
- экссудативный плеврит справа
- пневмония в нижней доле справа.

Хирургическая тактика при поддиафрагмальном абсцессе.

- 1.Наличие поддиафрагмального абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию.
- 2.Оптимальным вариантом является пункция и дренирование гнойника под контролем УЗИ или КТ.
- 3.При отсутствии эффекта от пункционного способа лечения показано вскрытие и дренирование гнойника.

Варианты доступов, применяемые для вскрытия поддиафрагмального абсцесса:

Принципиальной задачей является вскрытие гнойника внеплеврально и внебрюшинно, чтобы предотвратить развитие гнойного плеврита и перитонита.. С этой целью используют следующие **варианты доступов:**

А. Торакальные доступы.

1.Трансплевральный:

- одномоментный – разрез выполняют по ходу 8 или 9 ребер между лопаточной и задней подмышечной линиями. Ребро резецируют, через ложе ребра получают доступ к реберно-диафрагмальному синусу. При облитерации синуса, что исключает контаминацию плевральной области, производят сначала пункцию, а затем и вскрытие гнойника, в полость которого после санации антисептиками устанавливают сигарный тампон и трубчатый дренаж.

- двухмоментный доступ используется в случае отсутствия облитерации реберно-диафрагмального синуса. В этом случае после резекции ребра к синусу подводят тампоны, которые вызывают асептическое воспаление и облитерацию синуса. Через 2-3 дня, убедившись в облитерации реберно-диафрагмального синуса, завершают вскрытие и дренирование абсцесса.

2. Внеплевральный доступ по Мельникову. Принцип метода состоит в отслаивании плеврального синуса кверху после резекции ребер. Через освободившуюся площадку дна диафрагмы производят вскрытие гнойника.

Б. Абдоминальные доступы:

1.Внебрюшинный доступ Клермона - параллельно и ниже реберной дуги рассекают ткани до брюшины, затем брюшинный мешок тупо отслаивают вниз, попадая в полость абсцесса.

2.Чрезбрюшинные доступы:

- одномоментный – наиболее неблагоприятный вариант, как правило,

вынужденный. Выполняют лапаротомию над гнойником, вскрывают его, в полость устанавливают сигарные тампоны.

- двухмоментный - на первом этапе отграничивают проекцию гнойника от свободной брюшной полости посредством экстраперитонизации с подведением тампонов. Через 5-6 дней, убедившись в отграничении зоны вмешательства от свободной брюшной полости, выполняют вскрытие гнойника.

Принципы ведения послеоперационного периода:

Ведение послеоперационного периода аналогично лечению других локализаций абсцессов.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Вопросам перитонита посвящено отдельное занятие в весеннем семестре 4 курса. Остановимся лишь на вопросах тактики в зависимости от распространенности аппендикулярного перитонита.

Классификация перитонита по распространенности процесса (В. Д. Федоров и соавт., 1974, 2000).

(Классификация рекомендована объединенным пленумом проблемных комиссий "Неотложная хирургия" и "Гнойная хирургия" Межведомственного научного совета по хирургии РАМН и Минздрава РФ (Ростов-на-Дону, 1999))

I. Местный:

А. Ограниченный (воспалительный инфильтрат, абсцесс);
Б. Неограниченный (ограничивающих сращений нет, но процесс локализуется только в одном из карманов брюшины).

II. Распространенный:

А. Диффузный (брюшина поражена на значительном протяжении, но процесс охватывает менее двух этажей брюшной полости); Б. Разлитой (поражена целиком брюшина - более двух этажей брюшной полости, т. е. почти вся);

В. Общий (тотальное воспаление всего серозного покрова органов и стенок брюшной полости).

Тактика.

Установленный диагноз перитонита является абсолютным показанием к операции. В случае тяжелого состояния пациента возможно проведение предоперационной подготовки, ее длительность не должна превышать двух часов.

Этапы оперативного вмешательства:

1. Доступ.

При местном перитоните адекватным доступом является разрез над источником перитонита (лапаротомия при Волковичу-Дьяконову при местном перитоните аппендикулярного генеза). При вскрытии

внутрибрюшных гнойников следует стремиться к внебрюшинному доступу, чтобы предотвратить контаминацию брюшной полости содержимым абсцесса.

Распространенные формы перитонита для обеспечения адекватной ревизии и санации брюшной полости требуют выполнения широкой, как правило, срединной лапаротомии.

2. Ревизия брюшной полости.

Определяется источник перитонита, оценивается распространенность поражения брюшины и характер выпота, устанавливается адекватность выбранного доступа.

3. Ликвидация источника перитонита.

Цель операции - устранение источника перитонита (аппендэктомия) или отграничение очага от свободной брюшной полости (периаппендикулярный абсцесс).

4. Интраоперационная санация брюшной полости.

Цель этого этапа – добиться максимального удаления выпота, микрофлоры, свободно лежащего фибрина.

При местном и диффузном перитоните инфицированный выпот и свободно лежащий фибрин удаляются путем аспирации или с помощью влажных салфеток и шариками. Насильственное удаление наложений фибрина нецелесообразно, так как ведет к травматизации брюшины и стенки кишечника, что чревато развитием кровотечения и перфорацией кишки. Применение промывания брюшной полости при местном и диффузном перитоните недопустимо, так как приводит к распространению инфицированного экссудата на интактные отделы брюшной полости.

При разлитом и тотальном перитоните для эвакуации токсичного выпота используется перитонеальный лаваж. Для этой цели используют не менее 10 л. растворов. Принципиального значения качественный состав растворов не имеет, так как задача перитонеального лаважа состоит в механическом удалении экссудата и фибрина. Рекомендуют применять препараты, которые можно вводить внутривенно, так как это позволяет избежать интоксикации, вызванной всасыванием антисептиков в кровь. С этой же целью рекомендуемая температура растворов должна быть близка к температуре тела. Добавление к растворам антибактериальных средств нецелесообразно. Критерием завершения перитонеального лаважа служит появление чистой оттекающей жидкости.

После эвакуации промывных вод возможно применение для санации брюшной полости различных методик физического воздействия:

- расфокусированное низкоинтенсивное лазерное излучение;
- ультразвук низкой частоты;
- внутрибрюшинный электролиз на активированных углях и др.

5. Завершение операции.

1. Ушивание брюшной полости наглухо без установки дренажа.

Показано при местном серозном и серозно-фибринозном перитоните при условии полноценной интраоперационной санации.

2. Установка тампона в брюшную полость.

Показания:

- Местный отграниченный перитонит (абсцесс, аппендикулярный инфильтрат);
- Невозможность или неуверенность в полном внутрибрюшном гемостазе;
- Невозможность удаления источника перитонита;

Тампон устанавливается с целью отграничения очага воспаления от свободной брюшной полости, в связи с чем удаление тампона производят не ранее 7-8 суток после операции.

3. Дренирование брюшной полости применяется для удаления оставшегося выпота, контроля за состоятельностью анастомозов и для выполнения перитонеального лаважа в послеоперационном периоде. Область первичного очага, а также отлогие места брюшной полости (малый таз, поддиафрагмальные и подпеченочные пространства) дренируют хлорвиниловыми или резиновыми трубками, которые выводят наружу кратчайшим путем. Для предотвращения пролежня кишки дренаж располагается в удалении от нее. Виды дренирования:

- Пассивное. Экссудат оттекает из брюшной полости под действием силы тяжести.
- Активное. Дренажная трубка соединена с устройством, создающим в системе отрицательное давление.
- Дренирование с целью проведения перитонеального лаважа в послеоперационном периоде.

Использование с дренажной целью резиново-марлевых тампонов нецелесообразно, так как тампон способен впитывать в себя экссудат не более 2-3 часов, в последующем становясь дополнительным источником инфекции.

Установлено, что дренаж всей брюшной полости ни физически, ни физиологически невозможен, так как вследствие быстро развивающегося слипчивого процесса, дренаж оказывается расположенным "экстратерриториально" по отношению к брюшной полости. В связи с этим пребывание дренажной трубки в брюшной полости более 3 суток нецелесообразно.

Методы послеоперационной санации брюшной полости.

При разлитом и общем перитоните купировать гнойный процесс однократным вмешательством, как правило, не удается. Невозможность

одномоментной санации очага, особенно при абдоминальном сепсисе, диктует необходимость неоднократных оперативных вмешательств.

Классификация методов послеоперационной санации брюшной полости (Савельев и соавт., 1986):

1. Закрытый метод

К закрытым методам относится перитонеальный или ретроперитонеальный лаваж физиологическим раствором и антисептиками через дренажные системы, функционирующие в проточном или фракционном режиме. Недостатком способа является ограничение зоны действия антисептиков развивающимся спаечным процессом.

2. Полуоткрытый метод.

Позволяет проводить этапные ревизии и санации брюшной полости и забрюшинного пространства в программируемом режиме с интервалом 12 – 48 ч. В межоперационный возможно проведение перитонеального диализа через дренажи, установленные во время операции в латеральные каналы и полость малого таза. Для сведения лапаротомной раны используются специальные фиксирующие устройства (крючки, застёжки-молнии, вентрофилы и т.д.).

3. Открытый метод.

Заключается в открытом ведении брюшной полости, при этом петли кишечника укрываются сальником и марлевыми тампонами, пропитанными антисептиками (Макоха Н.С.). Отрицательными сторонами такой методики является образование абсцессов, поздние раневые осложнения и формирование кишечных свищей. К открытому методу дренирования брюшной полости (лапаростомии) при распространенном перитоните прибегают в вынужденных ситуациях – только тогда, когда имеется обширный дефект передней брюшной стенки при значительном нагноении лапаротомной раны.

ПИЛЕФЛЕБИТ

Пилефлебит – инфицированный тромбоз воротной вены в результате гематогенного распространения инфекции из вен червеобразного отростка.

Несмотря на свою редкость – это наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита, цифры летальности при котором достигают 95%.

Как правило, причиной пилефлебита является гангренозный аппендицит, при котором инфекция из тромбированных вен брыжейки отростка распространяется проксимально по подвздошно-ободочным, брыжеечным венам, в исходе обуславливая развитие тромбоза ствола воротной вены и формирование пилефлебитических абсцессов печени.

Особенности клинической картины:

1. Наличие проявлений ангиогенного сепсиса с первых суток послеоперационного периода:

- гипертермия;
- тахикардия;

- органная дисфункция.

2. Остро возникшая портальная гипертензия с подпеченочным уровнем блока:

- асцит; -

спленомегалия;

- подчеркнутость венозного рисунка передней брюшной стенки.

3. Клиника не разрешающегося пареза кишечника.

При объективном исследовании состояние пациентов тяжелое за счет септического синдрома. Может наблюдаться желтуха, признаки органной дисфункции (одышка, тахикардия, гипотония). При осмотре живота обращает внимание его симметричное вздутие, наличие асцита. При пальпации определяется болезненность в правой половине без выраженных симптомов раздражения брюшины. Обращает внимание наличие спленомегалии. При распространении процесса на печеночные вены присоединяется и гепатомегалия.

Как правило, развитие пилефлебита является фатальным осложнением. Причиной смерти является прогрессирующий сепсис с развитием полиорганной, в первую очередь печеночной, недостаточности в результате формирования пилефлебитических абсцессов печени.

В связи с ограниченными возможностями современной хирургии в лечении этого заболевания основное значение имеет хирургическая профилактика пилефлебита.

В связи с этим, при выявлении признаков тромбоза вен брыжейки отростка при аппендэктомии, следует удалять всю брыжейку, опережая распространение процесса на подвздошно-ободочную вену

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Классификация осложнений острого аппендицита.

Клиническая картина аппендикулярного инфильтрата.

Тактика при аппендикулярном инфильтрате

Диагностический алгоритм обследования больных с подозрением на интраабдоминальные абсцессы;

Принципы лечения пациентов с интраабдоминальными абсцессами.

Классификация перитонита по распространенности.

Особенности хирургической тактики в зависимости от распространенности перитонита.

Основные принципы медикаментозной терапии при осложнениях острого аппендицита.

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Уметь классифицировать осложнения острого аппендицита.

Сформировать план диагностических мероприятий у больного с осложненным течением острого аппендицита.

Воспроизвести симптомы осложненного течения острого аппендицита. Описать рентгенологические и УЗИ-признаки осложнений острого аппендицита.

Выбрать оптимальную тактику при лечении пациента с аппендикулярным инфильтратом.

Оформить лист назначений пациенту, оперированному по поводу распространенного аппендикулярного перитонита.

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

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

Абсцесс дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

- гектической температуры
- более в глубине таза и тенезмов
- + ограничения подвижности диафрагмы
- нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки Противопоказанием к аппендэктомии является:
- инфаркт миокарда
- беременность 30-40 недель -
- непереносимость новокаина
- +полный плотный аппендикулярный инфильтрат -нарушения свертываемости крови

Меньше всего поддиафрагмальному абсцессу соответствует:

- боль в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, связанная с дыханием
- болезненность при надавливании в области нижних ребер
- гектическая температура
- + чаши Клойбера при рентгенографии брюшной полости - расширение границ печеночной тупости

Лучшим вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:

- консервативное лечение
- внебрюшинное вскрытие и дренирование
- лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости
- + пункция гнойника толстой иглой под контролем УЗИ - все перечисленное верно

Развитие пилефлебита наиболее вероятно при одной из следующих форм острого аппендицита:

- катаральном .
- флегмонозном
- флегмонозно-язвенном
- + гангренозном с переходом некротического процесса на брыжейку отростка
- аппендикулярном инфильтрате

Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

- перфорации дивертикула Меккеля
- деструктивного аппендицита
- + стеноза большого дуоденального соска -

Рихтеровского ущемления грыжи - острой кишечной непроходимости

Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, часто

применяемый в послеоперационном периоде:

- дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
- гемосорбция + санационная релапаротомия
- эндолимфатическое введение антибиотиков
- локальная внутрижелудочная гипотермия

Пилефлебит - это тромбофлебит

- селезеночной вены
- нижней брыжеечной вены
- вен брыжейки червеобразного отростка
- + воротной вены -
- печеночной вены

Признаком поддиафрагмального абсцесса по данным рентгенографии легких является:

- пневмоторакс
- шаровидная тень в корне правого легкого
- + экссудативный плеврит справа
- расширение тени сердца
- свободный газ под правым куполом диафрагмы 7.1.10.

Периаппендикулярный абсцесс, как правило развивается в следующие сроки от начала заболевания:

- 1 –е
- 3-5 –е
- 12-15-е
- + 5-7 –е
- 21 и позднее.

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.
- 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»

- 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>
- 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>
- 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
5. Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
5. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2
эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
6. Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
7. Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
8. Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Коробова Наталья Юрьевна

Кубасов Кирилл Александрович

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава
России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60х90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции