



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Осложнения острого аппендицита

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

 С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин создать целостное представление об этиологии и патогенезе, клинической картине, методах исследования и основных направлениях как консервативной терапии, так и оперативного лечения острого аппендицита и его осложнений.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

1. научиться правильно собрать жалобы, анамнез острого аппендицита и его осложнений;
2. овладеть принципами обследования больного с данной патологией;
3. научиться строить, формулировать, обосновывать клинический диагноз и проводить дифференциальный диагноз;
4. овладеть знаниями основных принципов консервативной терапии, хирургическими методами лечения данного заболевания и его осложнений;
5. детально ознакомиться и научиться оценивать результаты специальных методик исследования;
6. научиться проводить беседу с больным и его близким окружением;
7. ознакомиться с принципами профилактики острого аппендицита и его осложнений и элементами санитарно-просветительской и организационно-тактической работы.

МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Острый аппендицит – распространенная причина «острого живота», частая патология органов брюшной полости (89,1 % - 1-е место). Болеют острым аппендицитом в любом возрасте, но в основном во втором и третьем десятилетии жизни, женщины в 2-3 раза чаще. Летальность от острого аппендицита во многих странах определяется в пределах 0,2 – 1,2 %, что вызвано как тяжелыми сопутствующими заболеваниями и различными осложнениями, так и поздним поступлением больных на стационарное лечение. В старческом возрасте летальность колеблется в пределах 4-9 %.

Существует множество классификаций в т.ч. и послеоперационных осложнений. Например, клинко-анатомическая классификация и др. (Иоссетт Г.Я., 1959 г.; Матяшин И.М., 1974 г.; Датхаева Ю.И., 1987 г. и т.д.).

Классификация послеоперационных осложнений острого аппендицита (Матяшин И.М. и др., 1974 г.):

Ранние:

1. Возникающие в операционной ране (в пределах передней брюшной стенки);
2. Возникающие в брюшной полости:
 - Нагноение (воспалительные).
 - Кровотечение.
1. Общие:
 - Со стороны органов брюшной полости;
 - Со стороны передней брюшной стенки;
 - Функциональные (без грубой патологии).

Частота послеоперационных осложнений колеблется от 3,4 до 16 %.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ имеет место в 1 – 12,5 % случаев и является осложнением острого аппендицита 2-6-дневной давности.

Это – результат действий защитных сил организма, реакция, направленная не только на изоляцию воспаленного органа (червеобразного отростка) и предупреждение перфорации его в свободную полость, но и купирование воспаления. По мнению большинства авторов в его развитии следует различать следующие стадии: рыхлый, плотный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс.

В диагностике основную роль играет анамнез. Если появлению опухолевидного образования в правой подвздошной области предшествовал приступ болей с характерными для острого аппендицита проявлениями (перемещение болей, однократная рвота, повышение температуры), то можно достаточно достоверно установить диагноз аппендикулярного инфильтрата.

Обычно, при аппендикулярном инфильтрате противовоспалительное и антибактериальное лечение уже через 1-2 месяца приводит к полному рассасыванию инфильтрата.

В случае абсцедирования аппендикулярного инфильтрата тактика едина – вскрытие гнояника чаще из доступа Волковича-Дьяконова. При этом ни в коем случае не следует стремиться к одновременной аппендэктомии. Поиски измененного отростка в гнойной ране среди инфильтрированных и легкоранимых петель не только разрушают сращения, но могут привести к грозным осложнениям: кровотечению, ранению стенки кишки с образованием кишечного свища и т.д.

После выписки больному рекомендуется повторная госпитализация через 6 месяцев для выполнения плановой аппендэктомии. Когда инфильтрат рассасывается без нагноения аппендэктомия может проводиться раньше – через 3-4 месяца.

Отграничение гноя может происходить не только вокруг червеобразного отростка, но и в других местах брюшной полости, тогда формируются абсцессы: межкишечный, поддиафрагмальный, (справа или слева), подпеченочный, в правой подвздошной области, тазовый.

Пути распространения инфекции в брюшной полости:

I. Гнойники, непосредственно находящиеся у отростка.

A. Внутрибрюшинные пристеночные:

1. Подвздошные.
2. Передние пристеночные.
3. Подвздошно-поясничные.
4. Подпеченочные.

Б. Внутрибрюшинные пристеночные.

В. Внутрибрыжеечный абсцесс.

Г. Забрюшинный абсцесс.

II. Отдаленные гнойники.

A. Абсцесс Дугласова пространства.

Б. Поддиафрагмальный абсцесс.

В. Межкишечные абсцессы.

Особенностью операций при тазовом абсцессе является доступ через задний свод влагалища или прямую кишку; при поддиафрагмальном предпочитают внеплевральный доступ.

ПИЛЕФЛЕБИТ (септический тромбофлебит брыжеечных вен) чрезвычайно редкое (0,04 %) осложнение. Однако при перфоративном аппендиците пилефлебит встречается уже у 3 % больных. Оно состоит в восходящем тромбофлебите воротной вены с множественными абсцессами печени и пиемией.

Диагноз устанавливается на основании гектической температуры, общего тяжелого состояния пациента за счет выраженного синдрома эндогенной интоксикации, иктеричности склер, увеличения печени, тахикардии, артериальной гипотензии, высокого лейкоцитоза с выраженным сдвигом формулы влево.

Лечение заключается в дезинтоксикационной и детоксикационной терапии: инфузионные растворы, большие дозы антимикробных препаратов с учетом чувствительности микроорганизмов, антикоагулянты. Для введения антибиотиков можно использовать пупочную вену. Абсцессы печени по возможности должны быть вскрыты и дренированы.

Прогноз неблагоприятный (летальность составляет 90 –98 %). Больные, как правило, погибают от печеночно-почечной недостаточности.

ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ – одно из опасных среди редких, но все же имеющих место осложнений после операции аппендэктомия. Причины кровотечения в брюшную полость могут быть:

- Тучный больной, у которого во время операции имелись сложности при мобилизации отростка или при перевязке его брыжейки. Кровотечение происходит из культи брыжеечной артерии червеобразного отростка в результате слабо перевязанной лигатуры, соскальзывания или расслабления ее, если из-под шва исчезает жировая ткань.
- Наличие спаек в правой подвздошной области (уилеоцекальном углу), которые при их мобилизации сперва не кровоточат, а в последующем при лизисе тромбов в мелких сосудах, становятся источником кровотечения.
- Травматическая мобилизация червеобразного отростка из воспалительного инфильтрата у больного, имеющего склонность к кровоточивости (гемофилия, проводимое антикоагулянтное лечение, цирроз печени с явлениями портальной гипертензии, менструальный цикл, лучевая болезнь и др.).
- Самопроизвольное кровотечение в брюшную полость вследствие операционной травмы как неспецифического агрессивного фактора (возникает не сразу, а спустя несколько часов или даже суток после операции)..

I. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, компьютерная презентация.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /участие в обходах заведующего кафедрой, профессора, доцента и ассистента кафедры, клинический разбор больного/.
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете, приемном покое.

ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при остром аппендиците и его осложнениях.
- Клинические формы и симптоматология острого аппендицита и его осложнений.
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.

- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Какие осложнения острого аппендицита Вы знаете?
2. Перечислите классификации осложнений острого аппендицита?
3. Тактика ведения больного с внутрибрюшным кровотечением?
4. На основании каких данных Вы поставите диагноз «Аппендикулярный инфильтрат»?
5. Дайте определение «горячий» и «холодный» аппендикулярный инфильтрат?
6. Что такое операция Мельникова? В чем ее суть? И при каких заболеваниях она применяется?
7. Расскажите о лечении аппендикулярного перитонита.
8. Какие осложнения Вы знаете во время аппендэктомии?
9. Какие осложнения Вы знаете после операции аппендэктомия?
10. Какие осложнения Вы знаете в позднем послеоперационном периоде после аппендэктомии?
11. Назовите основные направления в лечении пилефлебита?
12. В чем принципы оперативного лечения больных с пилефлебитом?

УЧЕБНО-НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:

- таблицы;
- набор Ro- грамм по разбираемой теме;
- патолого-анатомические препараты;
- схемы операций;
- макеты, муляжи;
- слайды, видеофильмы, хирургические инструменты.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Алиев С.А. Дискуссионные вопросы хирургической тактики при аппендикулярном инфильтрате и периаппендикулярном абсцессе //Хирургия. – 1997. - № 4. – С. 48 – 54
2. Баскаков В.Л. Пилефлебит как осложнение острого деструктивного аппендицита //Вестник хирургии, 1987. – Т. 138. - № 3. – С. 130
3. Георгадзе А.К. (ред.). Острый аппендицит (клиника, диагностика, лечение): сбор.науч.трудов. – М: ММСИ, 1990. – 132 с.
4. Гринберг А.А., Михайлулов С.В., Тронин Р.Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. – Москва: «Триада – Х», 1998. – 128 с.
5. Дехтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин. – Москва: Медицина, 1965.
6. Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Арапова А.В. Осложненный аппендицит у детей. – Ленинград: Медицина, 1982. – 192 с.

7. Исхаков Х., Рузиев А., Отобаев Я. Профилактика нагноения раны после аппендэктомии //Вестник хирургии. – 1989. - № 7. – С. 63 - 65
8. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Ленинград: Медицина, 1972. – 176 с.
9. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2002. – 244 с.
10. Мамчич В.И., Улитовский И.В., Савич Е.И. и другие. Анаэробно-аэробная инфекция при остром аппендиците. //Хирургия. – 1998. - № 1. – С. 26 - 29
11. Матяшин И.М. Осложненный аппендицит. – М.: Медицина, 1974.
12. Нифантьев О.Е. Острый аппендицит. – Красноярск: Изд-во Красноярского университета, 1986. – 168 с.
13. Пономарев А.А. Острый пилефлебит (Обзор). – Хирургия, 1992. - № 2. – С. 156 – 160
14. Постолов М.П., Юнусов М.Ю. Аппендикулярный инфильтрат. – Хирургия, 1988. - № 9. – С. 119 – 123
15. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М.: Медицина, 1988. – 208 с
16. Русаков В.И. Аппендицит. – В кн.: Русаков В.И. Основы частной хирургии. – Ростов н/Д, 1975, Т. 1, С. 205 - 210
17. Русанов А.А. Аппендицит. Ленинград, 1979
18. Сараев В.В. Профилактика осложнений со стороны брюшной стенки у больных острым аппендицитом. //Хирургия, 1988. - № 3. – С. 104 - 107
19. Седов В.М. Аппендицит. – С.-Пб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство ООО «ЭЛБИ-СПб», 2002. – 232 с.
20. Тошевский В. Аппендицит у детей. – М.: Медицина, 1988. – 208 с.
21. Фенгин К.М. Острый аппендицит у пожилых и старых людей. Минск, 1984
22. Шевхужев З.А., Канаматов М.Х. Эндолимфатическое введение препаратов при лечении осложнений острого аппендицита. //Хирургия. – 1993. - № 4. – С. 36 - 38