

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ**  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
**« ИНГУШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ »**

«УТВЕРЖДАЮ»  
Заведующий кафедрой госпитальной хирургии

к.м.н., \_\_\_\_\_ Арсомаков А.З.  
«01» \_\_ июня \_\_ 2023

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ**  
к клиническим практическим занятиям по дисциплине  
**«31.08.67 Хирургия»**

**Составитель:**  
Старший преподаватель кафедры  
«Госпитальная хирургия» к.м.н М.К. Аушев

**Разработал** \_\_\_\_\_ / к.м.н М.К. Аушев /

Методические рекомендации утверждены  
на кафедральном совещании,  
8 июня 2023 года, протокол №17.

## **Методические указания к занятию по теме: «Острый аппендицит»**

**Цель:**закрепить знания, полученные ранее по теме

**Клинический ординатор должен знать:** Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при остром аппендиците

Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и при атипичном расположении отростка

Техника операций при остром аппендиците

Показания к дренированию и техника дренирования брюшной полости

Тактика хирурга при лечении осложненных форм аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного

Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците

Уметь: поставить диагноз острого аппендицита

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Определить тактику обследования лечения на дооперационном этапе

Острый аппендицит занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом по сводным статистическим данным составляет в среднем 4-5 человек на 1000 населения, поражая лиц наиболее трудоспособного возраста (20-40 лет). За год в стране выполняется до 1 млн. аппендэктомий. Несмотря на достижения хирургии в этой области, летальность на протяжении последних 40 лет не уменьшается, составляет от 0,1–0,2 до 0,5 %.

Диагностические ошибки при этом заболевании встречаются в 12-31% случаев. Больные, перенесшие, так называемые, «напрасные аппендэктомии» - основные поставщики спаечной болезни (до 70%).

### **Цель занятия:**

Научить студентов диагностике клинических проявлений острого и хронического аппендицита при типичном и атипичном течении, методам физикального обследования, основным лабораторным и инструментальным приемам исследования, дифференциальной диагностике с другими заболеваниями, выбору лечебной тактики и методам оперативного лечения при неосложненном и осложненном остром аппендиците.

**Задачи:** Что должен знать, уметь и представлять ординатор:

1. Знать хирургическую анатомию правой подвздошной области и илеоцекального отдела кишечника. Атипичные положения червеобразного отростка.
2. Знать этиологию и патогенез острого и хронического аппендицита:

- а) теория застоя
- б) ангионевротическая теория
- в) инфекционная теория
- г) связь с ангиной
- д) связь со спазмом баугиниевой заслонки
- е) роль глистной инвазии
- ж) роль инородных тел

3. Знать классификацию острого аппендицита.

4. Знать классификацию хронического аппендицита.

5. Знать клинику и течение острого и хронического аппендицита.

6. Знать тактику хирурга при остром и хроническом аппендиците (показания к оперативному вмешательству, относительные противопоказания).

7. Знать технику операции аппендэктомии.

8. Уметь различать макроскопически формы острого аппендицита (простой, флегмонозный, гангренозный, перфоративный).

9. Уметь определять основные симптомы острого аппендицита: Ровзинга, Ситковского, Образцова. Знать на что указывает напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга при остром аппендиците.

10. Уметь дифференцировать острый и хронический аппендицит.

11. Уметь провести дифференциальный диагноз острого аппендицита с другими заболеваниями органов брюшной полости: заболевания желудка (острый гастрит, пищевые токсикоинфекции, язва желудка и 12-ти перстной кишки с перфорацией и без нее); желчевыводящих путей (желчнокаменная болезнь, острый холецистит); с острым панкреатитом, с некоторыми другими заболеваниями кишечника (энтероколит, острая кишечная непроходимость, рак слепой кишки); мочекаменной болезнью; патологией гениталий (острый аднексит, апоплексия яичника, внематочная беременность).

12. Уметь провести дифференциальный диагноз хронического аппендицита с другими заболеваниями органов брюшной полости: хроническим гастритом, язвенной болезнью, хроническим холециститом, желчнокаменной болезнью, хроническим колитом, глистной инвазией, хроническим аднекситом, мочекаменной болезнью.

13. Уметь определять признаки периаппендикулярного и тазового абсцессов и знать методы их лечения.

14. Иметь представление об особенностях клинической картины острого аппендицита и хирургической тактики: • при ретроцекальном положении отростка • при тазовом

расположении отростка • при медиальном расположении отростка • в пожилом возрасте • в детском возрасте • у беременных

15. Иметь представление об осложнениях острого аппендицита: прободение отростка, абсцессы (тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный), распространенный перитонит и пилефлебит.

16. Иметь представление о патогенезе, морфологическом субстрате, клинической картине и тактике лечения аппендикулярного инфильтрата.

17. Иметь представление о тактике хирурга при осложнении острого аппендицита.

18. Иметь представление о послеоперационном ведении больного после аппендэктомии, послеоперационных осложнениях и мерах борьбы с ними.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

### **План лекции:**

1. Актуальность проблемы
2. Современные воззрения на этиологию и патогенез острого аппендицита
3. Современная классификация
4. Лечение с показом фильма с этапами операции

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с их историями болезни
4. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации

### **Перечень вопросов**

1. Понятие о хроническом аппендиците
2. Основные ошибки амбулаторного этапа
3. Этиология и патогенез острого аппендицита
4. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците

## Хронокарта клинического практического занятия на тему: «Острый аппендицит»

	На 4 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	8 мин
Тестирование	18 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	36 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	18 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

### Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. острый аппендицит у детей
2. Острый аппендицит у лиц пожилого возраста
3. Интраоперационные и послеоперационные осложнения при остром аппендиците
4. Клинические симптомы острого аппендицита (по Авторам)

Фонд оценочных средств:

### Тесты

1. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:
  - а) Ровзинга
  - б) Воскресенского
  - в) Мерфи
  - г) Образцова
  - д) Бартомье - Михельсона
2. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМЫ:
  - а) Кохера - Волковича
  - б) Ровзинга
  - в) Ситковского
  - г) все три симптома

д) ни один из них

3. К ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОТНОСЯТ СИМПТОМЫ:

а) Воскресенского (синдром "рубашки")

б) Щеткина - Блюмберга

в) Раздольского

г) все названные симптомы

д) ни один из них

4. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

а) гломерулонефрита

б) острого панкреатита

в) острого аднексита

г) острого гастроэнтерита

д) правосторонней почечной коликой

5. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ ЗА:

а) сальпингит

б) острый холецистит

в) дивертикулит Меккеля

г) внематочную беременность

д) любую из этих видов патологии

6. НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО:

а) ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка

б) ригидности может не быть при тазовом расположении

в) рвота всегда предшествует боли

- г) боль может начинаться в области пупка
- д) боль чаще начинается в эпигастральной области

7. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО У ВЗРОСЛЫХ ВСЕМ, КРОМЕ:

- а) схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
- б) быстрого развития разлитого перитонита
- в) высокой температуры
- г) выраженной интоксикации
- д) резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

8. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- а) эндотрахеального наркоза
- б) внутривенного наркоза
- в) местной анестезии
- г) перидуральной анестезии
- д) спинномозговой анестезии

9. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО:

- а) Симптом Раздольского
- б) нарастание клинической картины перитонита
- в) внезапное усиление болей в животе
- г) напряжение мышц передней брюшной стенки
- д) все перечисленное

10. РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) симптом Кохера - Волковича

- б) симптом Промптова
- в) головокружение и обмороки
- г) симптом Бартонье - Михельсона
- д) пункция заднего свода влагалища

11. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

- а) пальпацию брюшной стенки
- б) клинический анализ крови
- в) пальцевое ректальное исследование
- г) ирригоскопию**
- д) влагалищное исследование

12. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) аппендикулярный инфильтрат
- б) инфаркт миокарда
- в) вторая половина беременности
- г) геморрагический диатез
- д) разлитой перитонит

13. ПРИ РАЗЛИТОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- а) срединная лапаротомия
- б) аппендэктомия
- в) промывание брюшной полости
- г) дренирование брюшной полости
- д) все перечисленное

14. ПРОМЫВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАНО ПРИ:

- а) установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата
- б) периаппендикулярном абсцессе
- в) гангренозном аппендиците и местном отграниченном перитоните
- г) воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки
- д) разлитом перитоните

15. ОСТАВЛЕНИЕ ТАМПОНОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПОКАЗАНО ПРИ:

- а) неостановленном капиллярном кровотечении
- б) гангренозно-перфоративном аппендиците
- в) местном перитоните
- г) разлитом перитоните
- д) всех этих состояниях

16. ТИПИЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) аппендикулярного инфильтрата
- б) парааппендикулярного абсцесса
- в) местного перитонита
- г) разлитого перитонита
- д) воспаления дивертикула Меккеля

17. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МЕТОДЫ:

- а) лапароскопия
- б) клинический анализ крови
- в) ректальное исследование
- г) термография
- д) все перечисленное верно

18. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ НИЖНЕДОЛЕВОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ НУЖНО УЧИТЫВАТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) данных аускультации органов дыхания
- б) данных лапароскопии
- в) данных рентгеноскопии органов грудной клетки
- г) количества лейкоцитов крови
- д) данных термографии

19. ПРИ ОСТРОМ ФЛЕГМОНОЗНОМ АППЕНДИЦИТЕ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ:

- а) Щеткина - Блюмберга
- б) Бартомье - Михельсона
- в) Кохера - Волковича
- г) Георгиевского - Мюсси
- д) Крымова

20. ПРИ ДИФFUЗНОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПОКАЗАНЫ:

- а) аппендэктомия и санация брюшной полости
- б) коррекция водно-электролитных нарушений
- в) антибактериальная терапия
- г) полное парентеральное питание 1-2 суток после операции
- д) все перечисленное верно

Контрольные вопросы

1. Основные симптомы, характерные для аппендицита
2. Особенности клинической картины аппендицита в пожилом возрасте
3. Особенности клинической картины аппендицита в детском возрасте
4. Особенности клинической картины аппендицита у беременных

Ситуационные задачи

Задача 1. У больного, оперированного по поводу острого аппендицита 7 дней назад, поднялась температура, она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов – 18000 В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологически патологии не выявлено. О каком осложнении можно думать?

Задача 2. У больного 36 лет утром появились ноющие боли в эпигастральной области, которые через 4 часа переместились и локализовались в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого - отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^9$  /л. - Каков предположительный диагноз? -Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики? -Лечение?

Задача 3 У больной с 35-недельной, нормально протекающей беременностью, появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура 37,8 градусов. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на 2 поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитов – 16000 В моче – следы белка, 5-6 лейкоцитов в п/зрения. Диагноз? Тактика ведения пациента

Задача 4. Больная с диагнозом аппендикулярный инфильтрат: к 4-ым суткам после поступления аппендикулярный инфильтрат - четко отграничен, температура тела нормализовалась, лейкоцитоз снизился. На 8-е сутки от начала заболевания появились боли в низу живота. Температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре: язык влажный, пульс 92 в минуту; живот мягкий, в правой подвздошной области определяется инфильтрат с нечеткими границами, болезненный при пальпации с размягчением в середине, положительным симптомом Щеткина- Блюмберга в этой зоне. -Какое осложнение наступило у больной? -Ваша тактика при лечении этого больного?

Задача 5. У больного, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегманозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Повысилась температура до 38,7°C. Объективно: пульс учащен, язык влажный, живот мягкий при пальпации, но в правом подреберье слегка болезненный. Симптом Ортенера положителен. В легких везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании изменений со стороны легких не найдено. В плевральном синусе справа имеется небольшое количество выпота. Правый купол диафрагмы уплощен, расположен высоко, ограничен в

подвижности. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^9$  /л. -О каком осложнении Вы подумали? - Какое исследование может помочь уточнить диагноз? -Ваша тактика при лечении этого больного?

Задача 6. 8 На 5 сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания у больного четко ограниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием, внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, ограничен в подвижности при дыхании, резко болезненный во всех отделах. Определяется симптом Щеткина – Блюмберга по всему животу. Лейкоцитоз возрос с 10000 до 18000

Какое осложнение наступило у больного? Что следует предпринять?

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная: 1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>

2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАРМедиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная: 1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

2. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

3. Аппендицит, осложненный инфильтратом. Замонщиков В.И. 2005 г. – 171 с. Красноярск

- 4.В.И.Колесов —Клиника и лечение острого аппендицита, М.,1972
5. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. "Лапароскопическая аппендэктомия", Санкт-Петербург, 1994г.

### **Методическое обеспечение**

таблицы классификаций

наборы лабораторных анализов по теме занятия

набор ситуационных задач

набор заданий программированного контроля

истории болезни лекции кафедры