

Санкт-Петербургская государственная  
педиатрическая медицинская академия  
Кафедра факультетской хирургии

им. проф. А.А. Русанова

ЗАВ. КАФЕДРОЙ ПРОФЕССОР  
КОХАНЕНКО НИКОЛАЙ ЮРЬЕВИЧ

## **ЛЕКЦИЯ**

- 1. История кафедры**
- 2. Острый аппендицит**

*Лектор проф. Коханенко Н.Ю.*



профессор

**Николай Николаевич Еланский**  
(1894-1964).

Зав. кафедрой – 1935-1939 гг.

1917 - с отличием закончил ВМА;

1921 – врач клиники проф. С.П. Федорова

1924 – диссертация «О взаимоотношении между язвой и раком желудка».

1937-1947 – зав. каф. общей хирургии, а с 1938 г. - ВПХ ВМА

1942 – заслуженный деятель науки РСФСР

1947 – главный хирург СА (до 1956 г.) и зав. каф. фак. хирург. 1 ММИ (до конца жизни)

1952 – лауреат Государствен. премии СССР

1964 – Герой Социалистического труда

Автор 140 научных работ по хирургии

желудка, желчных протоков, переливанию крови, урологии, ВПХ. Редактор 15-16 томов «Опыт Советской медицины в ВОВ».



Профессор **Немилов Александр Александрович**  
(1885-1942). Зав.каф. 1939-1942 гг.

1910 – окончил ВМА

1914 – диссертация «Опыты свободной пересадки поджелудочной железы» (у проф. Н.Н. Петрова)

Работал в ВМА (проф. В.А. Оппель), ГИДУВ (МАПО) (проф. Н.Н. Петров), 1 ЛМИ (проф. И.И. Джанелидзе)

1923-1936 – зав. отделением б-цы Софьи Перовской

Автор 30 научных работ по пересадке органов и тканей, ранениям живота, острой хирургической патологии ОБП и влиянию на это алиментарной дистрофии.



Профессор **Корхов Всеволод Иванович**  
(1894-1968). Зав.каф. 1942-1948 гг.

1924 – окончил ВМА

1932 – защитил кандидатскую диссертацию

1940 - защитил докторскую диссертацию «Почечные и костные формы гиперпаратиреоза»

1948-1952 – зав. каф. госп. и ВПХ Вильнюсского университета, гл. хир. МЗ Литвы

1952-1964 – зав. каф. общей хирургии ЛПМИ

Автор 90 научных работ в т.ч. 4 монографий по гиперпаратиреозидизму и другим эндокринопатиям.





Профессор  
**Гейнац Сергей Владимирович**  
(1897-1958).

Зав.каф. 1948-1958 гг.

В 1921 г. окончил ВМА (адъюнктура у проф. С.П. Федорова)

Работал в Иркутском мед.инст. (проф. К. П. Сапожков)

1935 – «О применении консервированной крови и плазмы для переливания»

1939 – докторская диссертация  
«Изменения СО желудка при язвенной болезни»

В клинике - около 350 операций на пищеводе и КО желудка. Разработал технику формирования эзофагогастроанастомоза «конец в конец», предложил операцию при кардиоспазме.



Профессор **Русанов Александр Андреевич**  
(1909-1983). Зав.каф. 1958-1983 гг.

1933 – закончил Воронежский мед. институт

1940 – защитил кандидатскую диссертацию

с 1946 – работает в Москве под руководством С.С. Юдина

1951 – защитил докторскую диссертацию «Разрывы уретры»

1953 – профессор кафедры фак. хирургии ВМорМА

1956 – зав. каф. госпитальной хирургии ЛПМИ

Автор более 200 научных работ, в т.ч. 8 монографий



Профессор **Мирошников Борис Иванович**  
(род. в 1937 г.). Зав.каф. 1984-2004 гг.

1960 – окончил ЛСГИ

1967 – защитил кандидатскую диссертацию

1980 – защитил докторскую диссертацию

«Хирургическая тактика при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе» (проф. П.Н. Напалков)

Автор более 270 научных работ, в т.ч. 1 монографии и главы в руководстве по торакальной хирургии.



ИМПЕРАТОРСКІЙ  
МОСКОВСКІЙ УНИВЕРСИТЕТЪ.  
МЕДИЦИНСКІЙ ФАКУЛЬТЕТЪ

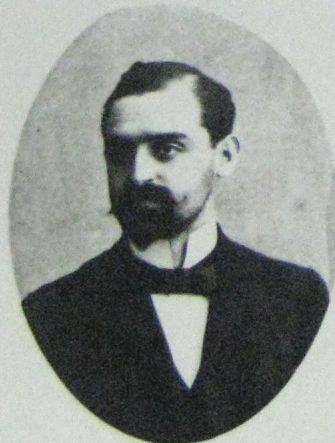
Выпускъ 1898 года.



П. Д. Солововъ.



А. Г. Русановъ.



П. А. Герценъ.



А. П. Крымовъ.





А.А. РУСАНОВ

**а**ппендицит

МЕДИЦИНА 1979

А.А. РУСАНОВ

**РАК  
ПИЩЕВОДА**

*А. А. Русанов*

**Р**  
**ЕЗЕКЦИЯ  
ЧРЕЗБРЮШИННАЯ  
ЭКСТИРПАЦИЯ  
ЖЕЛУДКА**



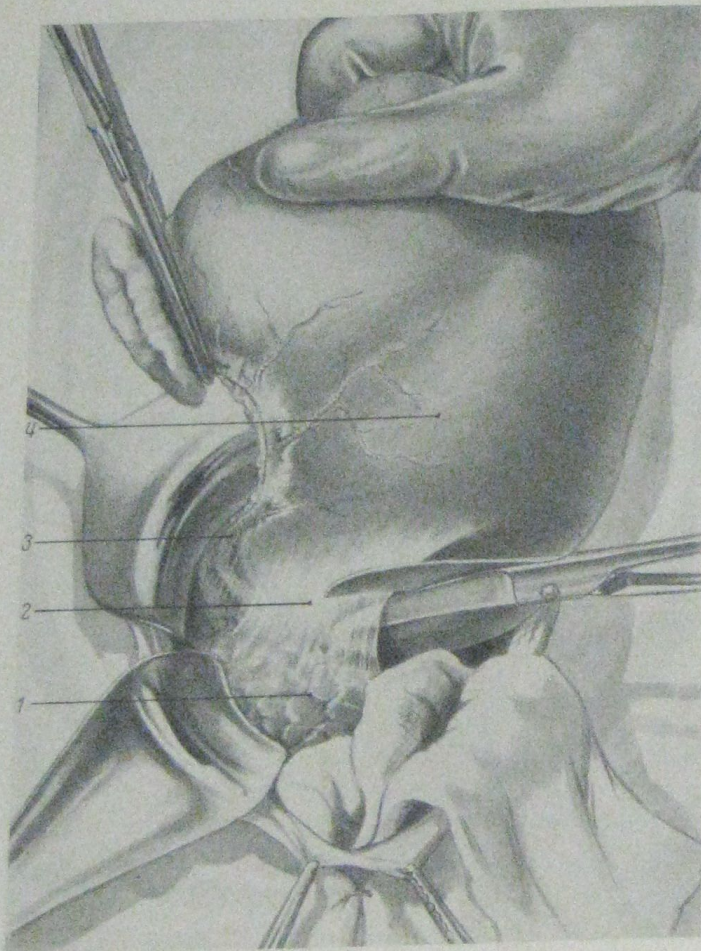


Рис. 76. Рассечение lig. gastropancreatici.

1 — поджелудочная железа; 2 — lig. gastropancreaticum; 3 — основной ствол а. gastricae sin.; 4 — задняя стенка желудка.

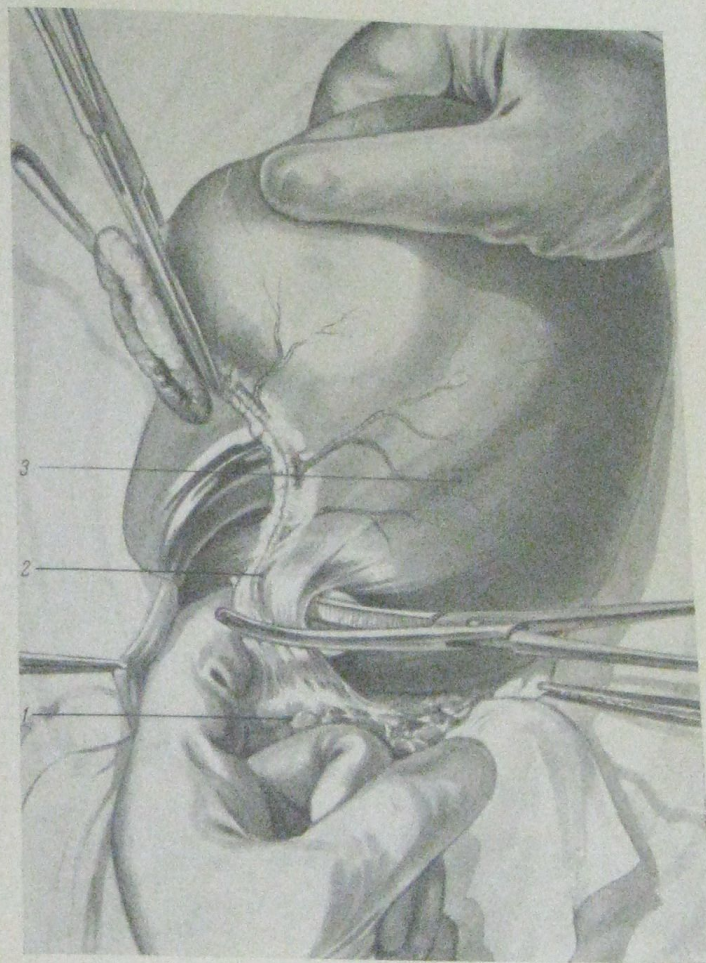


Рис. 77. Наложение первого зажима на основной ствол а. gastricae sin.

1 — поджелудочная железа; 2 — а. gastrica sin.; 3 — задняя стенка желудка.





ПРОФЕССОР

АЛЕКСАНДР  
АНАРЕЕВИЧ  
РУСАНОВ

1909-1983





**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ** – острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

В течение жизни каждому 12-му выполняется аппендэктомия.

Аппендэктомия составляет до 30 % всех хирургических вмешательств.

Диагностические ошибки – 12-30%.

Осложнения – 10%.

Летальность – 0,05-0,11%, в СПб. - 0,2-0,26% (+ 15-20 человек).

В СПб. госпитализируют – 7-8 тыс. б-х/год с ОА (1/3 позже 24 часов).



Признаки ОА обнаружены у асуанской мумии (III в. до н.э.);

1735 г. первая аппендэктомия – Glaudius Amyand;

1812 г. – описание смерти от ОА Паркинсоном;

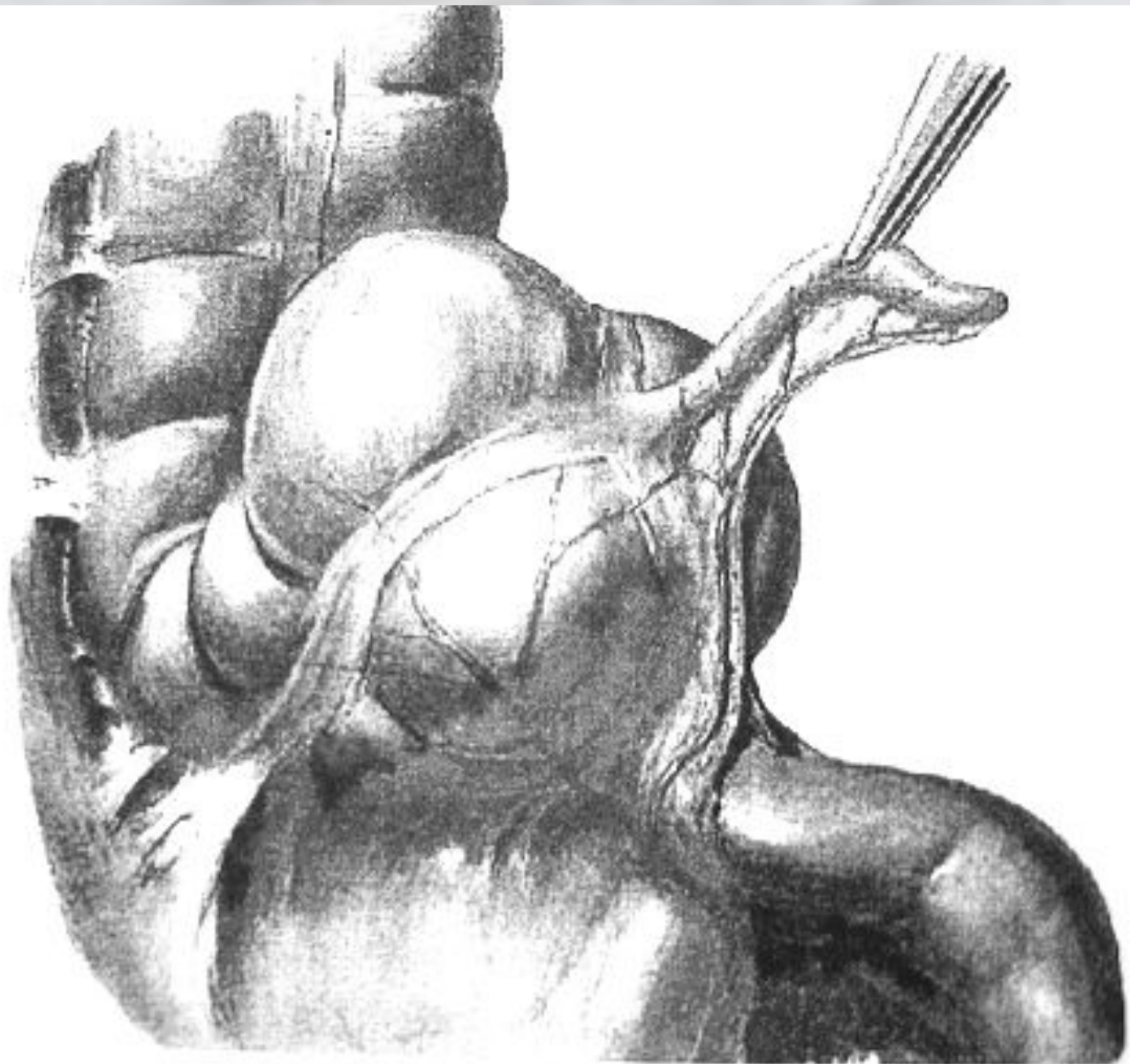
1827 г. – обоснована целесообразность удаления аппендикса при ОА – Francois Melier;

1884 г. – Микулич пропагандирует аппендэктомию;

1889 г. – Мак-Бурнеем написана статья об ОА;

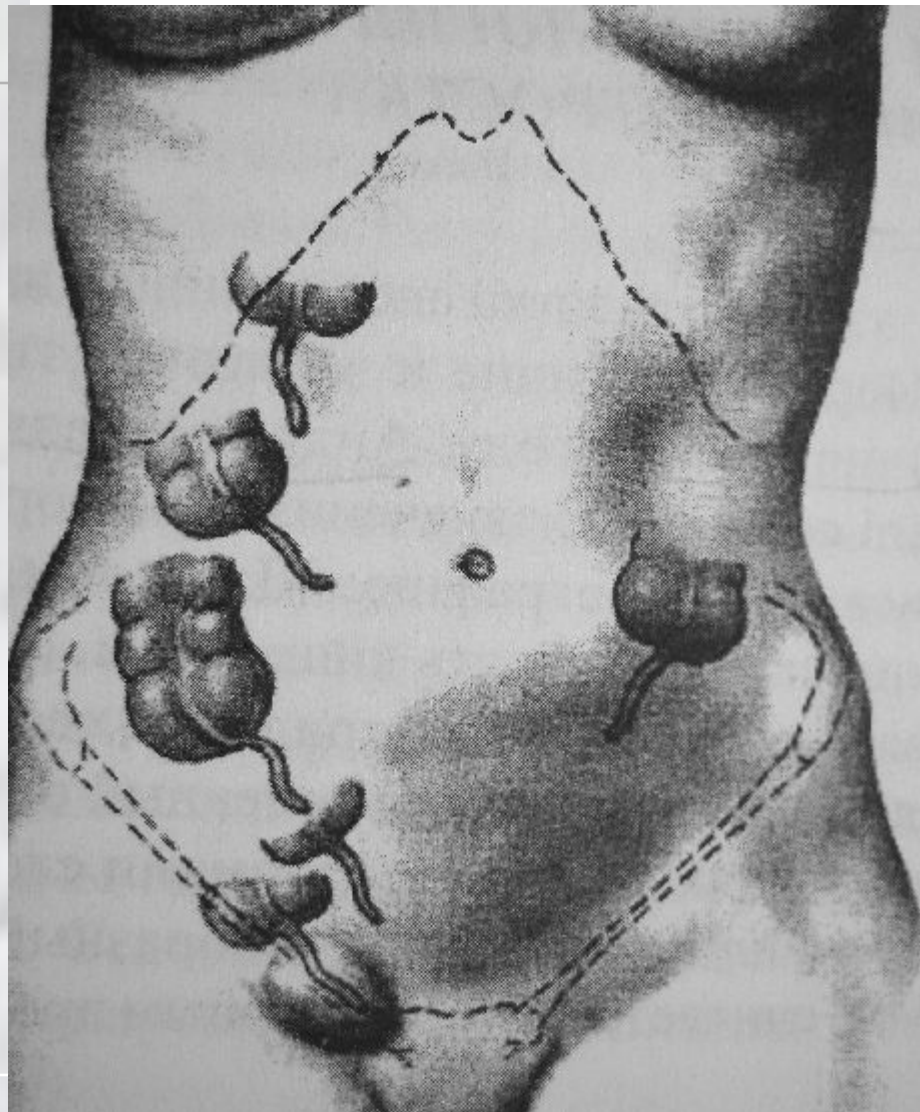
1890 г. – первая успешная аппендэктомия в России профессор А.А. Троянов в Обуховской больнице;

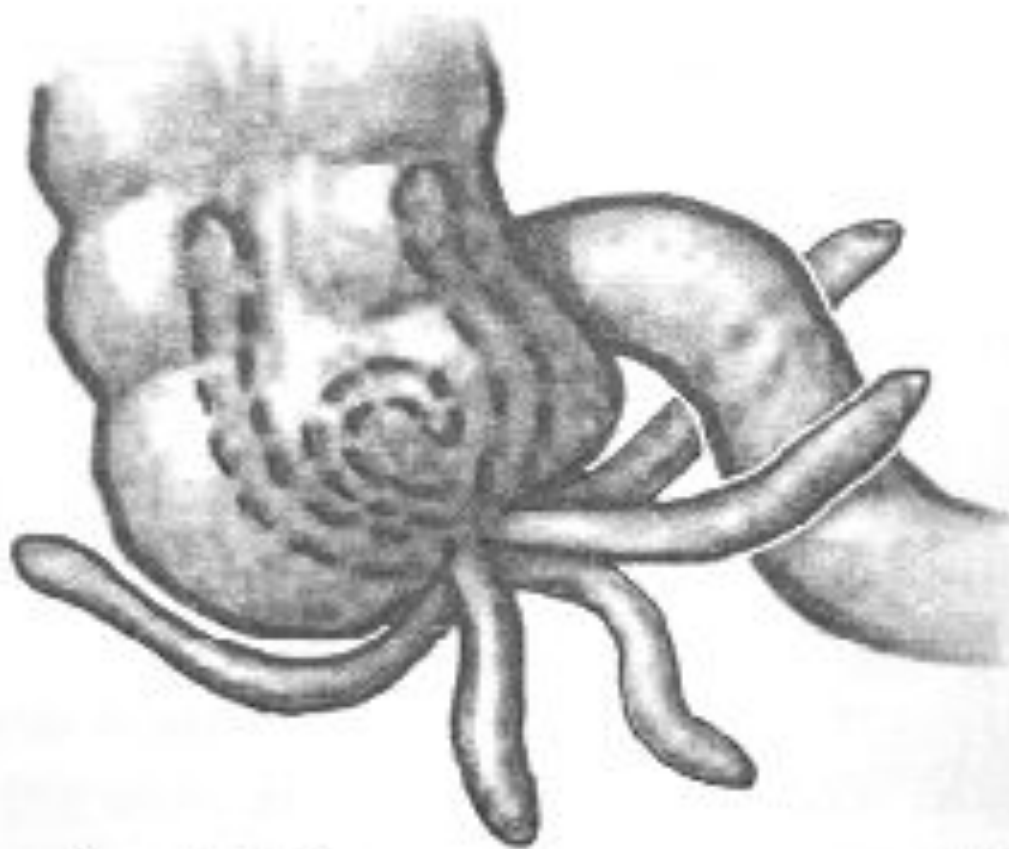
1896 г. – профессор А.А. Бобров «Аппендицит и его лечение».





## Варианты расположения купола слепой кишки





### **Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке:**

1. Медиальное (30-40%);
2. Промонториальное (10-15%);
3. Тазовое (нисходящее) (15-20%);
4. Вдоль подвзд. сосудов (2-4%);
5. Восходящее (подпеченочное) (0,4-2%);
6. Латеральное (3-5%);
7. Ретроцекальное (12-15%)  
интраперитонеально  
ретроперитонеально  
интрамурально



# Функции аппендикса

1. Моторная (перистальтирует);
2. Секреторная (секретирует слизь);
3. Регулирующая (баугиниева заслонка);
4. Иммунокомпетентная – «кишечные миндалины» (до 600 фолликулов) (клетки Кульчицкого (серотонин) иммунная память, им. толерантность).

# Теории возникновения острого аппендицита

- механическая (теория застоя);
- инфекционная;
- ангионевротическая;

ОА – полиэтиологическое заболевание



# Патологоанатомическая классификация острого аппендицита (А.И. Абрикосов)

## I. Поверхностный аппендицит (первичный аффект);

## II. Флегмонозный аппендицит;

- 1) простой флегмонозный аппендицит;
- 2) флегмонозно-язвенный аппендицит;
- 3) апостематозный аппендицит;
  - а) с прободением;
  - б) без прободения;
  - в) эмпиема червеобразного отростка;

## III. Гангренозный аппендицит;

- 1) первичный гангренозный аппендицит;
  - а) с прободением;
  - б) без прободения;
- 2) вторичный гангренозный аппендицит;
  - а) с прободением;
  - б) без прободения.

# Клиническая классификация ОА

(В.И. Колесов и каф. фак. хирургии СПбГМУ, 2002 г.)

1. Поверхностный (простой).
2. Деструктивный:
  - а. Флегмонозный (с перфорацией; без перфорации);
  - б. гангренозный (с перфорацией; без перфорации);
3. Осложненный:
  - а. перитонитом (местным, диффузным, разлитым);
  - б. аппендикулярным инфильтратом;
  - в. периаппендицитом (тифлитом, мезентериолитом)
  - г. периаппендикулярным абсцессом;
  - д. абсцессом брюшной полости (поддиафрагмальным, подпеченочным, межпетельным, дугласова пространства);
  - е. абсцессом и флегмоной забрюшинного пространства
  - ж. пилефлебитом;
  - з. абдоминальным сепсисом.



# Основные стадии острого аппендицита

- 1) ранняя (до 12 часов);
- 2) **стадия развития деструктивных изменений в отростке (от 12 до 48 часов);**
- 3) **стадия возникновения осложнений (от 48 часов и далее).**

# Решения III Всероссийской конференции хирургов, Воронеж, 1967

1. При подозрении на острый аппендицит больной подлежит срочной госпитализации в хирургический стационар, постоянному наблюдению и дополнительному обследованию.

## **Наблюдение за больным в амбулаторных условиях недопустимо!**

2. Распознанный острый аппендицит требует немедленной операции, независимо от выраженности клинической картины, возраста больного, продолжительности болезни (исключение составляют отграниченные инфильтраты).
3. В неясных случаях при оставшемся подозрении на острый аппендицит необходима лапароскопия или диагностическая лапаротомия.
4. При отсутствии изменений в червеобразном отростке во время операции или при несоответствии найденных изменений клинической картины целесообразна ревизия брюшной полости.



# Клиника

Боль (перемещается в правую подвздошную область, чаще постоянная), тошнота, сухость во рту, ухудшение аппетита, недомогание, лихорадка, озноб, нарушение стула (нехарактерно).

# Объективное исследование

- Тахикардия;
- Язык – влажный, обложен; сухой;
- Живот участвует (не ..., м.б. видно напряжение, вздутие) в акте дыхания;
- Асимметрия пупка (с-м Иванова);
- Усиление боли при кашле, движении (с-м Караваевой), глубоком вдохе (с-м Ризвана), при втягивании живота (с-м Долинина);
- Разница подм. и рект.  $t$  бол.  $1^{\circ}\text{C}$  (с-м Леннандера-Самарина).



# Симптомы интоксикации

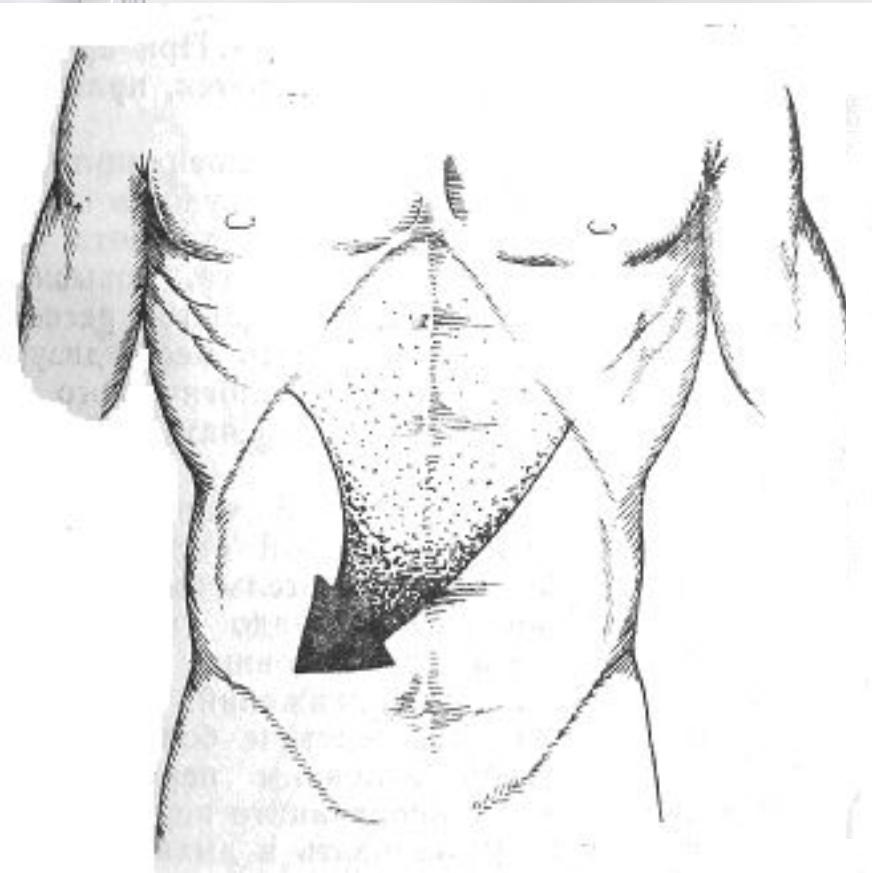
- субфебрилитет ( $37-38^{\circ}\text{C}$ ),
- умеренная тахикардия (90-96 уд/мин),
- лейкоцитоз  $(9-11)\times 10^9/\text{л}$ .

# Триада Дьелафуа:

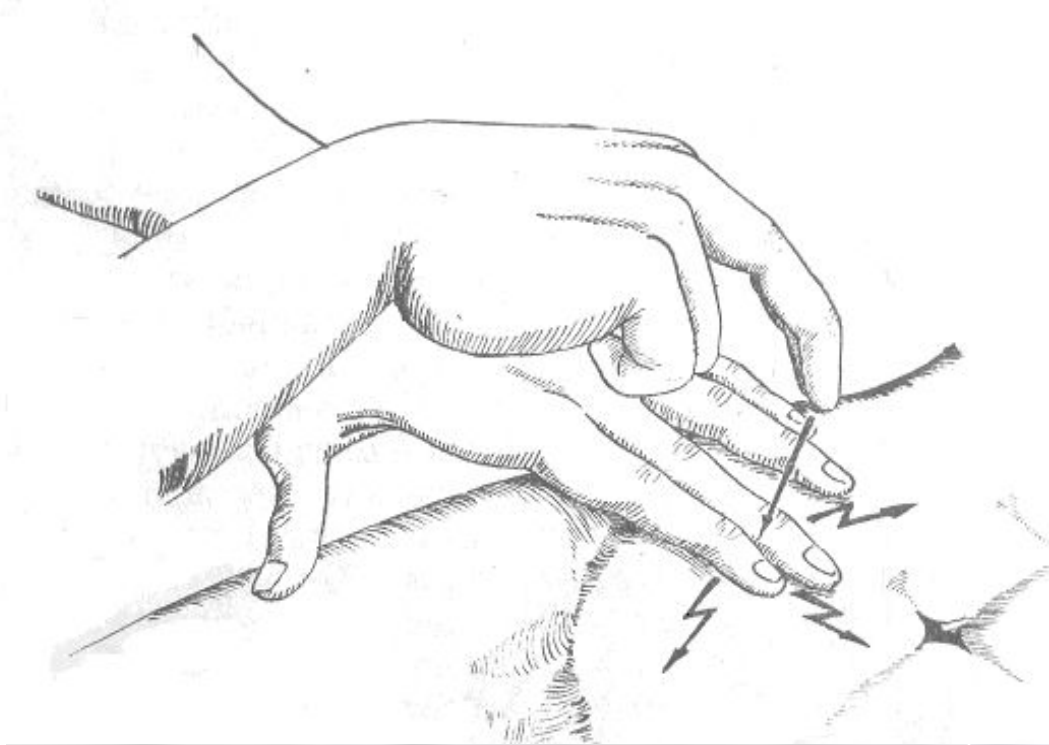
1. Боль
2. Локальная болезненность
3. Локальное напряжение мышц



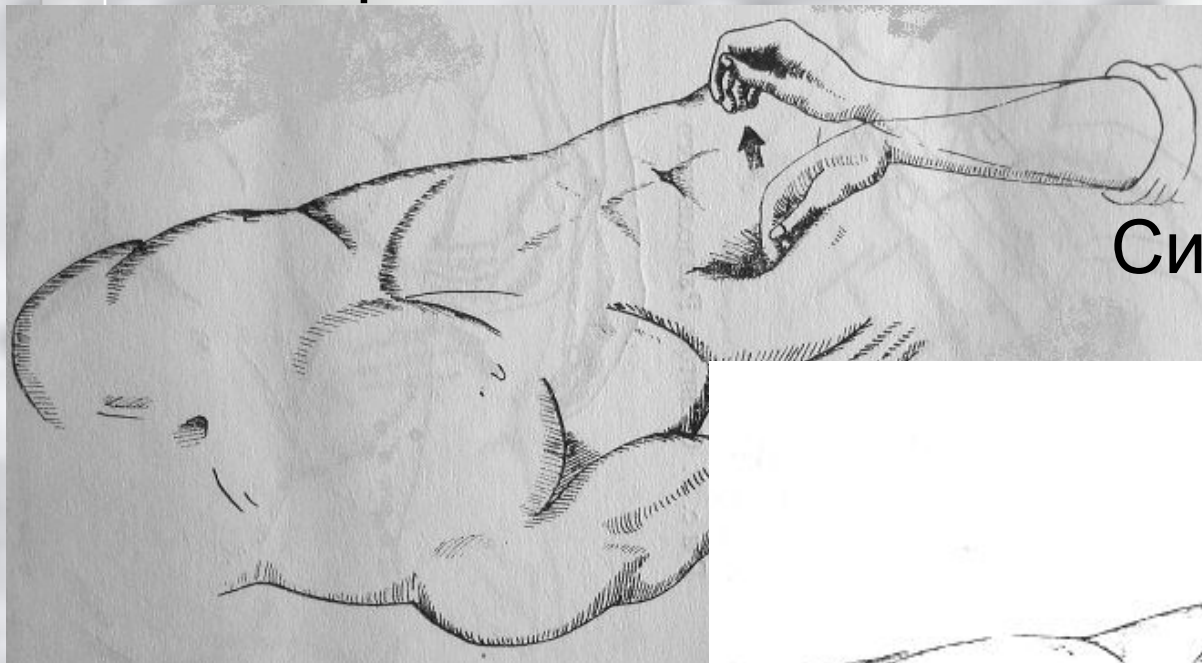
# Симптом Кохера



# Симптом Раздольского



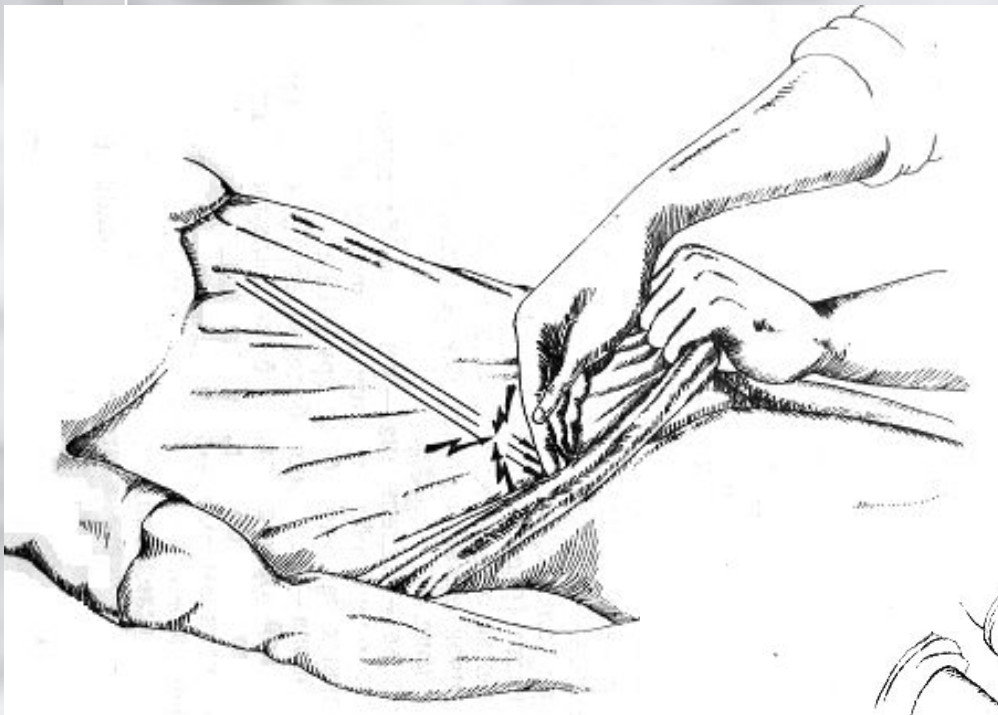
# Симптом Щеткина-Блюмберга



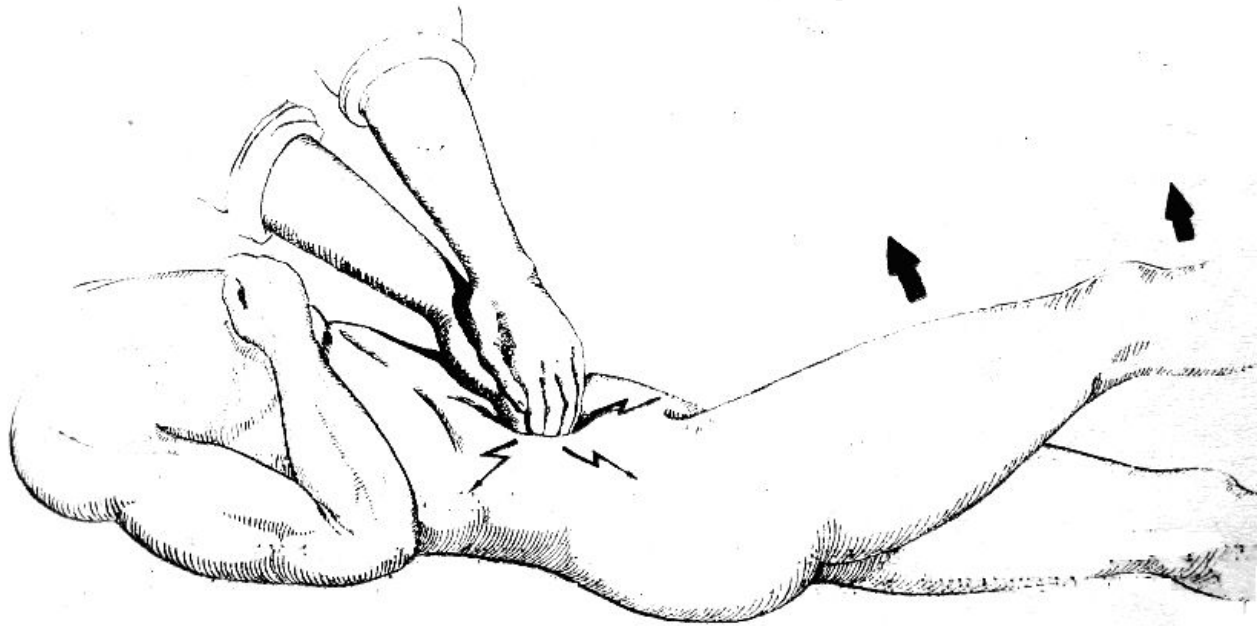
# Симптом Ровзинга



# Симптом Воскресенского



# Симптом Образцова





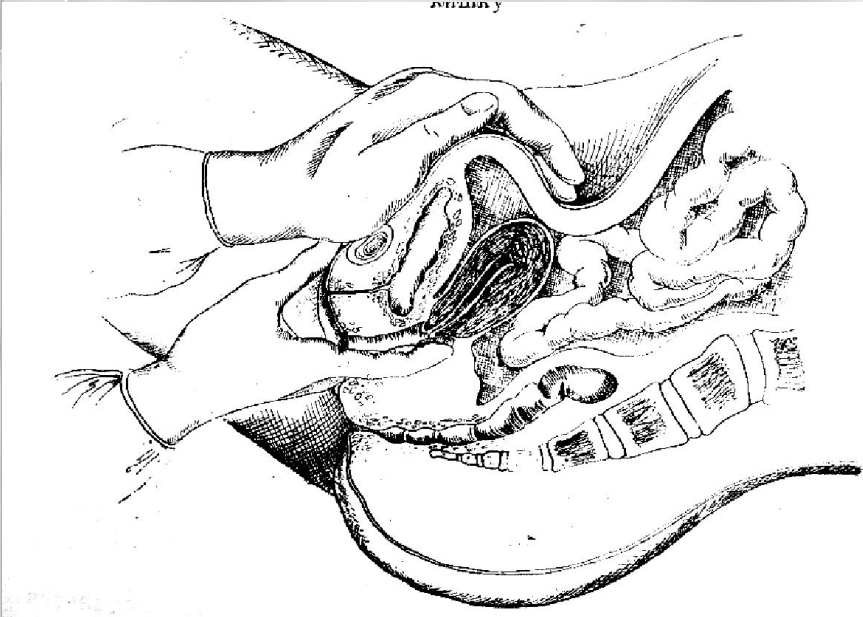
Симптом Ситковского  
(+пальпация= с-м Бартомье-  
Михельсона)



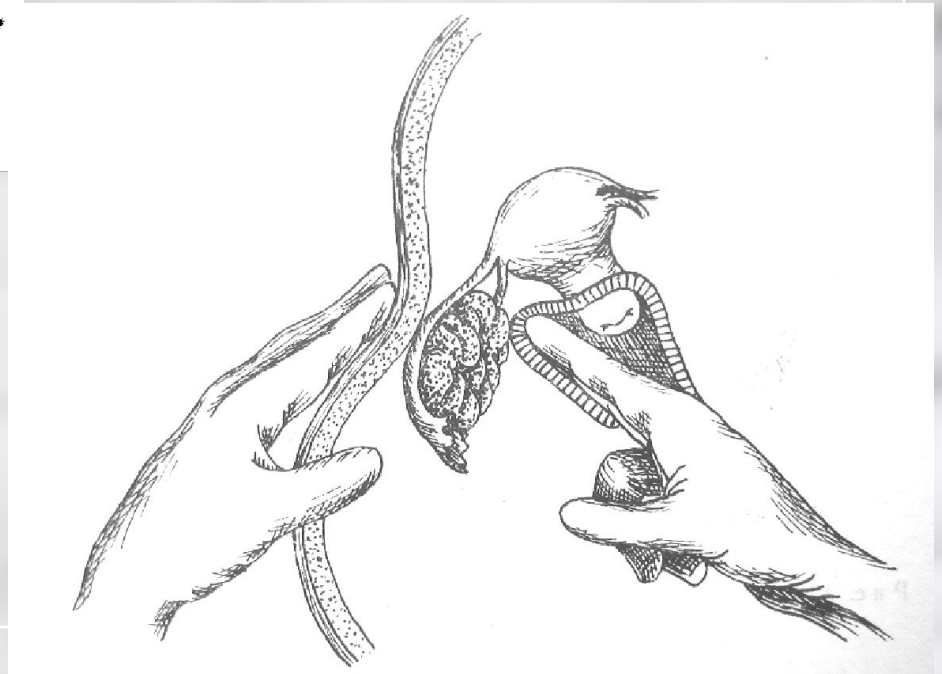
Пальцевое ректальное  
исследование  
(+болезненность= с-м  
Вахенгейма-Редера)



## Бимануальное исследование

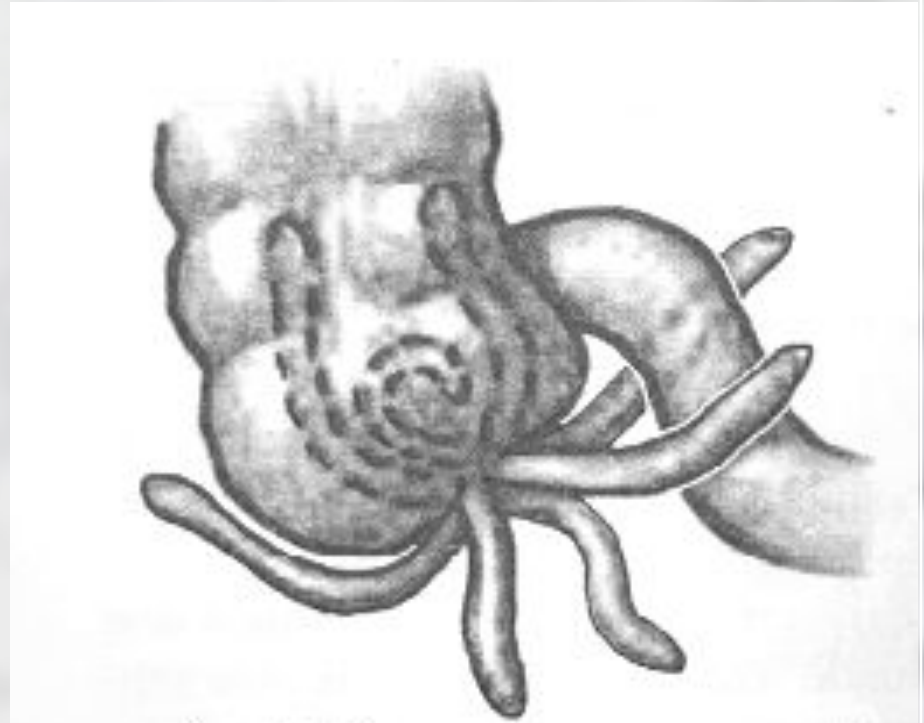


Пальпация яичников через  
своды влагалища



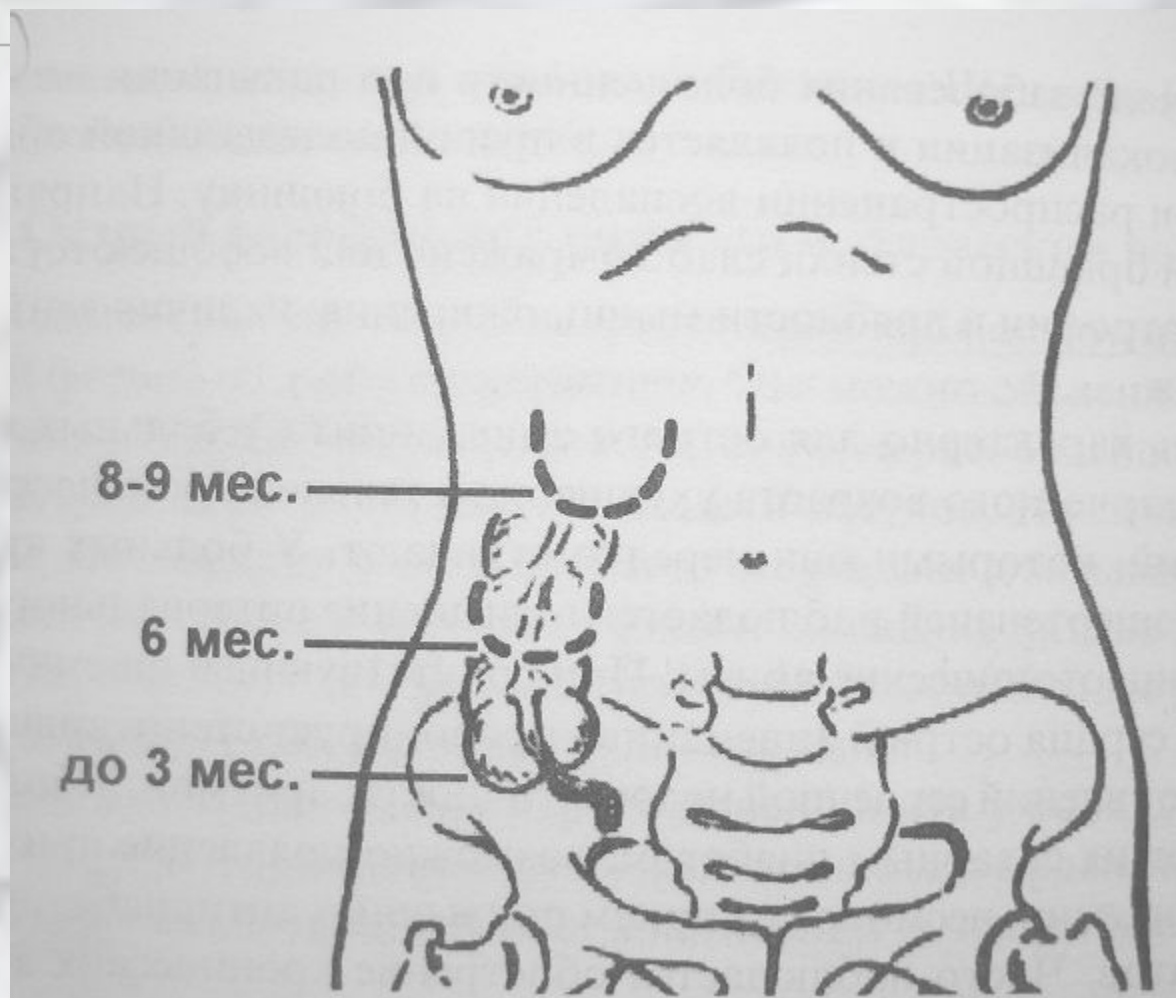
# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ:

- Ретроцекальном расположении
- Медиальном
- Ретроперитонеальном
- Тазовом
- Подпеченочном
- Левостороннем расположении отростка





## Влияние беременности на расположение слепой кишки



# **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ:**

- **Симптом Михельсона (боли на правом боку);**
- **Симптом Брендто (давление на левый край матки вызывает боли);**
- **Симптом Промптова (при ректальном исследовании и покачивании шейки матки – боли);**

# **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ:**

- **Ареактивность!**
- **Часто деструктивные формы;**
- **Сглаженность симптомов;**
- **Интоксикация;**
- **Характерны с-мы расстройства ф-ии ЖКТ, обострение хр. заб-й;**



# Контрольные вопросы:

- 1. Первым заведующим кафедрой факультетской хирургии ЛПМИ (ныне СПбГПМА) был профессор:** а) А.А. Русанов; б) С.В. Гейнац; в) Н.Н. Еланский.
- 2. Что означает симптом Ситковского ?:** а) усиление болей после резкого отрыва руки от передней брюшной стенки; б) болезненность при пальпации пахового кольца; в) перемещение болей влево при повороте больного на левый бок.
- 3. Симптом Образцова положительный при:** а) ретроцекальном расположении аппендикса; б) тазовом расположении аппендикса; в) подпеченочном расположении аппендикса.
- 4. При тазовом расположении аппендикса могут быть:** а) поносы, тенезмы; б) боли в правом подреберье; в) неукротимая рвота.
- 5. При подозрении на острый аппендицит у беременных следует проверить симптом :** а) Михельсона; б) Щеткина - Блумберга; в) Брендо; г) Раздольского; д) все указанное верно .