



**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ – МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ**

«Сургутский государственный университет»

Медицинский колледж

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ
ПРОЦЕССЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

Выпускная квалификационная работа

Исполнитель: Джумабаева Рабия Набиевна,
студент группы 711-91 оз

специальность 34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель:

Романова Светлана Ирославовна

БУ ВО «Сургутский государственный университет»

Медицинский колледж

Дата допуска к защите «_____» _____ 2023 г.

Оценка № протокола _____

Сургут, 2023 г.

Содержание

| | |
|---|----|
| Введение..... | 3 |
| Глава I. Научно-теоретические исследования проблемы острого аппендицита в современных условиях..... | 6 |
| 1.1. Этиология, эпидемиология, патогенез острого аппендицита..... | 6 |
| 1.2. Клинические формы острого аппендицита..... | 8 |
| 1.3. Клиника и диагностика острого аппендицита..... | 9 |
| 1.4. Тактика лечения при остром аппендиците..... | 12 |
| 1.5. Роль медицинской сестры в послеоперационном периоде..... | 14 |
| Глава II. Организация исследования деятельности медицинской сестры после аппендэктомии на базе БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница»..... | 17 |
| 2.1. Организация характеристика БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» | 17 |
| 2.2. Статистическая обработка данных хирургических заболеваний хирургического отделения..... | 18 |
| 2.3. Исследование организации сестринской помощи при остром аппендиците..... | 24 |
| 2.4. Практические рекомендации для пациентов после аппендэктомии | 29 |
| Заключение..... | 31 |
| Список литератур..... | 33 |

Введение

Острый аппендицит является заболеванием органов брюшной полости, требующим срочной хирургической помощи. На долю аппендэктомий в нашей стране приходится около 30% от всех неотложных операций органов брюшной полости [28]. Острый аппендицит по частоте встречаемости и по частоте оперативного вмешательства занимает первое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Послеоперационная летальность при остром аппендиците достигает 1 % и связано это, прежде всего, с поздней госпитализацией больных в хирургический стационар, запоздалым оперативным вмешательством и, как следствие этого, развитие тяжелых осложнений (инфильтраты, абсцессы, перитониты, пилефлебит, флегмона забрюшинного пространства), дающие высокую летальность [6, 28]. Так, например, летальность после операции по поводу простого аппендицита составляет менее 0,1%, то летальность после операции по поводу деструктивного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом, достигает 30 и даже 50% [16].

Очень часто острым аппендицитом болеют люди молодого и среднего возраста, причём женщины болеют чаще мужчин. Аппендэктомия - самая частая экстренная операция в хирургических стационарах. Для того что бы понять в связи с чем происходит воспаление аппендикса, нужно знать его строение и как он функционирует. Червеобразный отросток длительное время считался атавизмом. Предположение врачей было таким: они думали, что пищеварительная функция аппендикса будет утрачена, и будет нужна была только тогда, когда предки человека употребляли в пищу продукты растительного происхождения, потому что аппендикс считали помощником в переваривании этой пищи. Функциями, которыми действительно обладает аппендикс, были открыты совершенно случайно. Профилактикой аппендикса являлось удаление каждому младенцу отростка слепой кишки. Предполагалось, что данная операция считалась довольно простой, легко переносимой в детском возрасте. Но последствия удаления аппендикса у детей были плачевными. Это

заключалось в том, что детский организм плохо усваивал пищу, и были частые случаи болезней, вызванные инфекциями.

Актуальность проблемы острого аппендицита сохраняется, обоснована она высокой послеоперационной летальностью из -за не типичного течения острого аппендицита, диагностическими и тактическими ошибками. Особенно часты ошибки в диагностике острого аппендицита у детей первых лет жизни, у беременных женщин во вторую её половину и у стариков [16].

Большая роль по организации лечебно - диагностических процессов при остром аппендиците отводится медицинскому работнику среднего звена. Деятельность медицинской сестры в работе с пациентами при остром аппендиците — это умение найти подход к каждому больному, создать с ним контакт, разъяснить информацию о возможном проявлении сопутствующих симптомов, необходимости в проведении оперативного вмешательства и профилактики осложнений [1, 3].

Медицинская сестра должна обеспечить приемлемое качество жизни во время заболевания путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей. Чем выше уровень подготовки медицинской сестры, тем выше уровень ее профессиональной деятельности в оказании помощи пациентам при остром аппендиците. Исходя из вышеизложенного, изучение роли медицинской сестры, в лечебно-диагностическом процессе при остром аппендиците на современном этапе, является ведущей медико-социальной проблемой современной медицины [1,2].

Цель: исследовать роль медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при остром аппендиците.

Задачи:

1. Изучить деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при остром аппендиците на основе современных литературных данных.

2. Рассмотреть профессиональную деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при остром аппендиците.

3. Определить роль медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при остром аппендиците.

Объект: профессиональная деятельности медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при остром аппендиците.

Предмет: тактика медицинской сестры при проведении лечебно-диагностических мероприятий при остром аппендиците.

Практическая значимость работы заключается в том, что острый аппендицит является достаточно сложной в диагностике патологией, имеется высокая степень развития осложнений и, как следствие, возможен летальный исход, и поэтому медсестра должна четко знать критерии диагностики данного заболевания.

Место проведения исследования – хирургическое отделение БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница».

Источники информации – учебные материалы, монографии, отчетная документация хирургического отделения, результаты социологического опроса.

Раздаточный материал: памятки «Внимание! Острый аппендицит!», «Аппендицит», «Острый живот» могут быть предложены в БУ ХМАО – ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2», а также для населения с целью повышения уровня знаний по проблеме острого аппендицита и профилактики осложнений.

Глава I. Научно-теоретические исследования проблемы острого аппендицита в современных условиях

1.1. Этиология, эпидемиология, патогенез острого аппендицита

Острым аппендицитом называется воспаление червеобразного отростка (аппендикс) слепой кишки. Червеобразный отросток состоит из лимфоидной ткани и играет роль в местном иммунитете желудочно-кишечного тракта. Длина червеобразного отростка в среднем 7-8 мм.

Этиология – неспецифическая гнойная инфекция, гнилостная, особенно среди мясоедающих, иерсенин.

Эпидемиология. Частота встречаемости в популяции США и странах Европы составляет от 7 до 12%. Ежегодно в США проводят около 250 000 оперативных вмешательств по поводу данной патологии, в Великобритании — до 40 000. В России в 2014 г. на стационарном лечении находились 225 636 больных острым аппендицитом, 224 412 из них были оперированы, летальность составила 0,13%. Острый аппендицит может возникнуть в любом возрасте. Чаще его диагностируют у пациентов в возрасте от 10 до 19 лет. Вместе с тем за последнее время в этой группе заболеваемость снизилась на 4,6%, в то время как в группе пациентов 30–69 лет увеличилась на 6,3%. Соотношение мужчин и женщин составляет соответственно 1,3– 1,6:1. Тем не менее оперативных вмешательств больше у женщин, что связано с гинекологическими заболеваниями, протекающими под маской острого аппендицита.[15,16]

Патогенез – полиэтиологичен и не совсем ясен.

1) проникновение энтерогенной инфекции в стенку аппендикса, но должны быть условия, снижающие барьерную функцию слизистой стенки отростка;

а) обтурация просвета (например, каловым камнем) и застой в нем с повышением внутрипросветного давления;

б) нарушение кровообращения в отростке (спазм аппендикулярной артерии, венозный стаз);

в) острый инфаркт – тотальный при острой окклюзии (тромбозе) ствола аппендикулярной артерии или ограниченный с присоединением гнойно-воспалительного микробного процесса в зоне некроза стенки тромбированного участка разветвления сосуда, при органических поражениях чаще у лиц пожилого возраста;

г) механические повреждения слизистой (инородные тела, глистная инвазия);

2) червеобразный отросток как миндалина живота – поражение лимфоидного аппарата аппендикса гематогенным путем. При этом клинически доказано, что источником может быть ангина, в тоже время при септикопиемии гнойных очагов в червеобразном отростке, как правило, не возникает;

3) проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних гнойных очагов – вторичный аппендицит, отличается от первичного поражения стенки отростка при остром аппендиците.

Определяющее значение имеет состояние иммунологических систем и характер защитных реакций организма.

Не является обязательной стадийность морфологических изменений в отростке, т.к. на большом клиническом материале нет существенных изменений в морфологической структуре удаленных в разные сроки червеобразных отростков. Это, в первую очередь, касается катарального аппендицита. Соотношение катарального, флегмонозного и гангренозного аппендицита составляет 1:3: не зависимо от сроков заболевания. То есть различные патологоанатомические изменения в отростке не всегда являются следствием стадийного процесса, а их формирование зависит от соотношения сил агрессии (патогенные возбудители) и сил защиты (функциональное состояние реактивности и иммунологических систем организма). Так, гангрена отростка возникает без предшествующего катарального воспаления, а катаральная форма не переходит во флегмонозную даже при длительном существовании [16, 20].

1.2. Клинические формы острого аппендицита

В основу классификации острого аппендицита положены морфологические критерии изменений червеобразного отростка и особенности клинического течения:

- по морфологическим изменениям:

- катаральный (простой, поверхностный) аппендицит;
- флегмонозный;
- гангренозный;
- перфоративный.

Выделяют еще эмпиему червеобразного отростка – скопление гноя (абсцесс) в просвете обтурированного отростка, в виде «булавовидного» утолщения;

- в зависимости от осложнений:

- неосложненный;
- осложненный:
 - а) аппендикулярным инфильтратом;
 - б) периаппендикулярным абсцессом;
 - в) местным перитонитом;
 - г) разлитым перитонитом;
 - д) межкишечные, поддиафрагмальные, подпеченочные, тазовые (дугласова пространства) абсцессы;
 - е) пилефлебит и пр.
- по клинической картине:
 - с типичной клинической картиной;
 - стертой;
 - атипичной:
 - а) с дизурическими расстройствами;
 - б) диареей;
 - в) с клиникой острого холецистита;
 - г) с признаками тяжелой гнойной интоксикации [15].

1.3. Клиника и диагностика острого аппендицита

Причин возникновения острого аппендицита множество: закупорка (обтурация) отростка каловым камнем, безоаром (скопление пищевых волокон) или разрастание соединительной тканью, инфицирование аппендикса при некоторых инфекционно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости (инфекционный энтероколит), аллергия и даже острый тромбоз сосудов червеобразного отростка.

Приступ аппендицита обычно развивается внезапно, появляется острая боль, первоначально локализуемая в подложечной области или около пупка. Через некоторое время боль локализуется в правой подвздошной области и нарастает. На фоне боли может развиваться диспепсия, тошнота, бывает однократный жидкий стул, субфебрильная лихорадка, ложные позывы на мочеиспускание у мужчин. При деструктивном остром аппендиците развивается классический симптомокомплекс «острого живота», появление которого свидетельствует о развитии острого, резко ухудшающего прогноз заболевания. Для лиц пожилого возраста характерно стёртое течение, малоинтенсивные боли, нередко больные поздно поступают в стационар (у 2% пациентов анамнез составляет 2 нед), что обуславливает высокую смертность, достигающую 20% [20].

При пальпации живота: боль и напряжение мышц в правой подвздошной области.

- Выявление симптомов острого аппендицита.
- **Кохера–Волковича** – смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область.
- **Бартомье–Михельсона** – усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
- **Образцова** – усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги.
- **Ровзинга** – появление или усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.

- **Ситковского** – появление или усиление боли в правом боку при повороте больного на левый бок.

- **Щёткина–Блюмберга** (перитонит) – усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.

- **Ректальное пальцевое исследование:** болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

- **Наличие ассоциированных симптомов:** тошнота, рвота, лихорадка, кратковременная диарея, ложные позывы на мочеиспускание у мужчин.

Возможные осложнения. Прободение червеобразного отростка, образование аппендикулярного абсцесса, перитонит, формирование аппендикулярного инфильтрата при позднем обращении за медицинской помощью[16,20]

Диагностика. При клиническом обследовании больных с подозрением на «острый аппендицит» в обязательном порядке проводятся лабораторные и инструментальные исследования. Достоверных лабораторных изменений крови, мочи и других биологических жидкостей, позволяющих определить диагноз острого аппендицита без хирургического вмешательства, в настоящее время не существует. Гематологические изменения не являются специфическими, однако они позволяют верифицировать острый воспалительный процесс и в сочетании с другими признаками подтвердить диагноз. Чаще всего (90%) обнаруживают лейкоцитоз – более 10×10^9 /л, у 75% больных лейкоцитоз достигает значения 12×10^9 /л и более. Кроме того, у 90% больных лейкоцитоз сопровождается сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при этом у 2/3 больных обнаруживают более 75% нейтрофилов. Однако у 10 % больных количество лейкоцитов остается нормальным, а у ВИЧ-инфицированных может выявляться лейкопения. Также наблюдается повышение СОЭ и увеличение уровня С-реактивного белка после первых 12 ч. Есть сообщения, что при деструктивных формах острого аппендицита может быть характерным повышение общего билирубина сыворотки крови более 18,5 мкмоль/л вследствие всасывания токсических продуктов из червеобразного

отростка в вены, поступления их по портальной системе в печень и токсические изменения гепатоцитов. В анализе мочи у 25% больных обнаруживают незначительное количество эритроцитов и лейкоцитов («токсические изменения мочи»), что обусловлено распространением воспаления на стенку мочеоточника (при ретроцекальномретроперитонеальном расположении отростка) или мочевого пузыря (при тазовом аппендиците) [25, 27].

Инструментальное исследование. При наличии стертой клинической картины острого аппендицита, невозможности с уверенностью установить или опровергнуть диагноз, прежде всего у женщин детородного возраста, лиц пожилого и старческого возраста, у детей, показаны УЗИ и/или лапароскопия.

При остром аппендиците УЗИ не всегда специфично и воспаленный отросток идентифицируют на УЗИ более чем у 90% больных. Эхогенная жировая ткань, окружая аппендикс, делает его более заметным и облегчает его поиск (физиологическое контрастирование аппендикса) [27, 29].

Лоцирование червеобразного отростка обычно удается при наличии его обтурации, увеличения в диаметре, наличия в просвете копролитов. Непосредственными УЗИ признаками острого аппендицита являются увеличение диаметра аппендикса до 8-10 мм и более (в норме 4-6 мм), утолщение стенок до 4-6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом «мишени» («кокарды»). К косвенным УЗИ признакам острого аппендицита относятся ригидность отростка, изменение его формы (крючковидная, S-образная), наличие конкрементов в его полости, нарушение слоистости его стенки, инфильтрация брыжейки, обнаружение свободной жидкости в брюшной полости, правой подвздошной ямке и (или) в полости малого таза (наиболее частый эхопризнак острого аппендицита). Точность метода в руках опытного специалиста достигает 95%. При гангренозно-перфоративном аппендиците, содержимое отростка изливается в брюшную полость, дилатация исчезает, отросток может не лоцироваться. Вместе с тем, обязательно лоцируется свободная жидкость в брюшной полости, может лоцироваться «свободный газ» в брюшной полости, паретичные петли

тонкой кишки. Лапароскопические признаки острого аппендицита можно также разделить на прямые и косвенные. Прямые признаки: видимые изменения отростка, ригидность стенок, гиперемию висцеральной брюшины, мелкоочечные кровоизлияния на серозном покрове отростка, наложения фибрина, инфильтрация брыжейки. Непрямые признаки: наличие мутного выпота в брюшной полости (чаще всего в правой подвздошной ямке и малом тазу), гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация стенки слепой кишки. Специфических признаков катарального аппендицита, позволяющих отличить его при лапароскопии от вторичных изменений отростка (на фоне пельвиоперитонита, аднексита, мезаденита, тифлита), не существует [8, 25].

1.4. Тактика лечения при остром аппендиците

Лечебная тактика при остром аппендиците заключается в возможно более раннем удалении червеобразного отростка – аппендэктомии. При диагнозе «острый аппендицит» экстренная аппендэктомия выполняется у всех больных, поскольку частота осложнений и летальность зависят в первую очередь от времени, прошедшего от начала заболевания до операции. Чем длительнее этот период, тем чаще встречаются осложнения и тем выше послеоперационная летальность. Так, именно при остром аппендиците давностью более 2-х сут возникают осложнения [24, 29].

На догоспитальном этапе и в период диагностического процесса запрещается: применять местное тепло (грелки) на область живота, вводить наркотики и другие болеутоляющие средства, давать больным слабительное и применять клизмы.

В целях профилактики гнойно-септических осложнений всем больным до и после операции вводят антибиотики широкого спектра действия, воздействующие как на аэробную, так и на анаэробную флору. При неосложненном аппендиците наиболее эффективными препаратами считают цефалоспорины 4-го поколения («Зинацеф», «Цефуросим») в сочетании с линкозамидами («Далацин», «Клиндамицин») или метронидазолом

(«Метрогил», «Трихопол»). При осложненном остром аппендиците целесообразно назначать карбопены («Тиенам», «Имипенем», «Меронем») или уреидопеницилин [13, 16, 21].

У больных с ВИЧ-инфекцией при снижении количества CD4-лимфоцитов (менее 500) на фоне лейкопении показано назначение иммуноглобулинов и G-CSF (фактора, стимулирующего колонии нейтрофилов). Аппендэктомию выполняют под общим (внутривенным или эндотрахеальным наркозом) или под местным обезболиванием лапароскопическим или открытым способом. В последние десятилетия успешно внедряется малоинвазивная хирургия: лапароскопическая и транслюминальная. Методики позволяют удалять аппендикс через небольшие проколы брюшной стенки или полых органов с помощью специальных инструментов.

При лапароскопической аппендэктомии делается, как правило, 3 прокола брюшной стенки (многопортовая аппендэктомия)[6].

В последние годы появились однопортовые инструменты, позволяющие делать 1 прокол (однопортовая аппендэктомия или аппендэктомия единым доступом).

При транслюминальной аппендэктомии инструменты вводят через прокол стенки желудка или свода влагалища. Преимущество ее заключается в отсутствии косметических дефектов, относительно быстром выздоровлении и сокращении сроков послеоперационной реабилитации [4, 8].

При лапароскопической аппендэктомии изменяется только оперативный доступ, методика удаления отростка такая же, как при открытой операции. Достоинствами эндоскопической аппендэктомии являются одновременное решение диагностической и лечебной задач, малая травматичность, уменьшение числа осложнений (нагноение ран). В связи с этим сокращается послеоперационный период и длительность реабилитации. Продолжительность лапароскопической операции несколько больше, чем открытой. Кроме того, у небольшой части больных (3-5 %) возникает необходимость конверсии эндоскопической операции в традиционную из-за плотных спаек, внутреннего

кровотечения, абсцесса, выраженного ожирения. Противопоказанием к лапароскопии служит беременность [20, 22]

Открытая аппендэктомия при отсутствии явлений разлитого перитонита выполняется через косой переменный доступ Макбурнея, иногда называемый в отечественной литературе доступом Волковича-Дьяконова.

При подозрении на распространенный гнойный перитонит целесообразно производить срединную лапаротомию, которая позволяет провести полноценную ревизию и выполнить любую операцию на органах брюшной полости, если возникает такая необходимость.

Доступ Макбурнея малотравматичен, апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается по ходу волокон, внутренняя косая и поперечная мышцы раздвигаются тупо по ходу волокон. При напряжении брюшной стенки все слои раны сближаются. Разрез крайне редко осложняется послеоперационной грыжей. Недостаток разреза – значительные трудности и травматичность при необходимости расширить его.

Второй разрез, применяющийся реже, параректальный. Проводится по наружному краю влагалища прямой мышцы живота. Его легко перевести при необходимости в лапаротомный. Недостаток разреза-возможность образования послеоперационной грыжи в связи с пересечением нервов, иннервирующих мышцы передней брюшной стенки. Длина разреза лимитируется требованиями эстетики, но не должна влиять на технику проведения операции – возможности выведения в рану илеоцекального угла и проведения ревизии правой подвздошной области. Выведение в рану илеоцекального угла, а не купола слепой кишки, важно для безопасного погружения культи червеобразного отростка в купол слепой кишки, ибо в этот момент имеется опасность сдавления Баугиниевой заслонки и развития непроходимости. Особенно это важно учитывать при оперировании детей [22, 28].

1.5. Роль медицинской сестры в послеоперационном периоде

После операции пациента с операционного стола переносят на каталку и перевозят в палату, стараясь не причинить дополнительную травму во время

транспортировки, стараясь не нарушить, или не сместить наложенную повязку, состояние систем переливания крови [21].

Доставленный из операционного стола в палату на каталке больной, обязан строго соблюдать строгий постельный режим, время которого определяются характером хирургического вмешательства. Имобилизацию головы пациента, профилактику кашля и рвоты включает в себя послеоперационный уход. Через 6-8 часов после операции пациент может принимать в пищу жидкую или кашцеобразную пищу [23, 26].

Под наблюдение опытного персонала, пациент находится после операционного стола. Больной до того, как придёт в себя, должен располагаться без подушки, низко. Если появилась рвота после анестезии, больной должен повернуть голову в сторону. К удушью языка пациента или аспирации слизи может привести асфиксия, нужно выдвинуть вперёд нижнюю челюсть и вытащить язык, при помощи тампона извлечь из горла слизь и таким образом вызвать кашлевой рефлекс. Как только пациент пришёл в себя, ему нужно принять такое положение, которое будет защищать рану. Повышенное положение (полусидя), которое облегчает дыхание рекомендуется после операции на груди, а также лапаротомии; после операции на позвоночнике рекомендуется положение на животе. Для того чтобы предотвратить пневмонию, тромбоэмболию и развитие других осложнений, нужно как можно раньше начать выполнять двигательную активацию. Положением в постели пациенту, сестра обеспечивает желаемым, в зависимости от общего состояния после операции, типа анестезии (поднимает головной или ножной конец функциональной кровати; заботится о подголовнике, ролике под ногами если кровать нормальная и т.п.) [1, 5].

«Послеоперационный период, даже при хорошем течении, часто сопровождается неопасными, но болезненными для пациента болями, бессонницей, жаждой, задержкой мочи и газов, икотой, которые наиболее болезненны в первые два дня после операции. Из-за возможного усиления рвоты, пациенту не следует давать пить, до прекращения рвоты. Разрешено

полоскать рот для уменьшения сухости во рту. После того как рвота прекратилась, пациенту как правило, можно давать воду в небольших количествах, а также чай в небольшом количестве. Анальгетики используют для уменьшения боли, на область раны помещается пакет со льдом, чтобы убедиться, что он не оказывает сильного давления на рану. Неправильно, плотно наложенные повязки бывает вызывают боль, в таком случае их нужно обрезать или заменить, по возможности заменить повязкой в виде наклейки. После операций на конечности боль может быть связана с ее неправильным положением. Боль уменьшают - хорошая иммобилизация и возвышение конечности» [6, 7].

Чтобы предотвратить пролежни, а также застойные явления в легких и других органах, медицинский персонал должен менять положение тела пациента примерно каждые 2 часа, протирать кожу антисептическими растворами и подкладывать марлевые прокладки под костные выступы [5,7].

Будет лучше, если пациент всё время лежит на специальном против пролежневого матраса. Пациентам без сознания показаны парентеральное питание и парентеральное введение жидкости. Растворы перед их введением в кровотоки или в полость тела нагревают до температуры тела пациента [10, 15].

Глава II. Организация исследования деятельности медицинской сестры после аппендэктомии на базе БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

2.1. Организация характеристика БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Окружная больница Сургута – крупнейшее многопрофильное лечебное учреждение Ханты-Мансийского округа, имеющее в своем составе: консультативно-диагностическую поликлинику, 10 клиничко-диагностических центров, 3 реанимационных и 9 лечебно-диагностических отделений, 24 специализированных стационарных отделения.

В стационаре на 980 коек получают лечение более 30 тысяч пациентов, в консультативно-диагностической поликлинике выполняется более 300 тысяч посещений в год. В учреждении оказывается около 30 видов высокотехнологичной медицинской помощи.

В Сургутской окружной больнице предоставляют следующие виды медицинских услуг:

- широкий спектр диагностических обследований: УЗИ, функциональные исследования (эхокардиографию, электрокардиографию, велоэргометрию, электроэнцефалографию, эхоэнцефалоскопию, электромиографию, спирографию, бодиплетизмографию), рентгенологические исследования (маммографию, рентгенографию, пиелографию, урографию, флюорографию, ортопантографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию различных органов), лабораторные исследования (иммунологические, гормональные, биохимические, бактериологические, цитологические, молекулярно-биологические, гематологические, серологические);
- различные виды медицинских осмотров, в том числе: для получения лицензии на оружие, водительских прав, трудоустройства на работу, справки в бассейн, спортивные секции, оформление санаторно-курортной карты, периодические профосмотры;

- амбулаторную консультативно-лечебную помощь специалистов: онкологов, эндокринологов, отоларингологов, аллергологов-иммунологов, сурдологов, гематологов, ревматологов, колопроктологов, гастроэнтерологов, эпидемиологов, урологов, маммологов, дерматовенерологов, гепатологов, педиатров, терапевтов, акушеров-гинекологов, диетологов, офтальмологов, хирургов, инфекционистов, кардиологов, логопедов, инфекционистов, неврологов, физиотерапевтов, пульмонологов, ревматологов, травматологов-ортопедов;
- круглосуточную стационарную помощь: консервативное лечение заболеваний пульмонологического, кардиологического, гастроэнтерологического, нефрологического, инфекционного, неврологического, педиатрического профилей, оперативные вмешательства при заболеваниях урологического, гастроэнтерологического, офтальмологического, гинекологического, отоларингологического профилей, болезнях и травмах челюстно-лицевой области.

2.2. Статистическая обработка данных хирургических заболеваний хирургического отделения

Для решения задач и цели исследования нами проведена статистическая обработка данных по пациентам с заболеваниями аппендицита по Российской Федерации, городу Сургут за период с 2020-2021 год. По имеющимся данным можно провести анализ роста числа заболеваний в период с 2020 по 2021 год (таблица 1.)

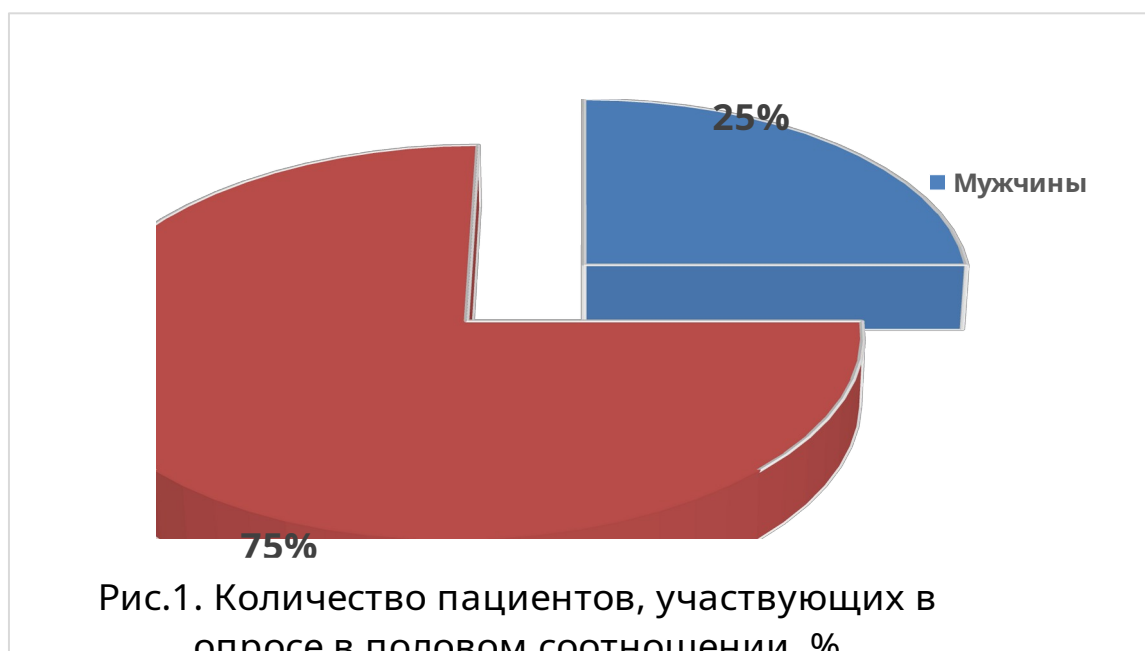
Таблица 1

Заболеваемость аппендицитом за 2020-2021 гг.

| Наименование районов и городских округов | Пациенты | | | |
|---|----------------------|-----------|---|-----------|
| | Общая заболеваемость | | В т.ч. с диагнозом установленным в первые в жизни | |
| | Абсолютное | На 100000 | Абсолютное | На 100000 |
| | | | | |

| | число | | населения | | число | | населения | |
|-----------|-----------|------|-----------|-------|--------|------|-----------|------|
| | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 | 2020 | 2021 |
| По РФ | 1380 0 | | 323,9 | | 3063,0 | | 76 | |
| г. Сургут | 162 | 116 | 257,0 | 193,3 | 20 | 13 | | 11,4 |

Для оценки организации сестринского процесса при аппендицитах, а также улучшения качества жизни больных было проведено анкетирование на базе БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» (Приложение 1.). Анкетирование состоит из десяти вопросов закрытого типа. Количество респондентов составило 20 человек разного пола и возраста, каждый из которых ответил на десять предложенных нами вопросов. Все результаты анкетирования были записаны и проанализированы. Распределение респондентов по принадлежности к полу привели к таким результатам: было опрошено 15 женщин, что составило 75%, и 5 мужчин, что составило 25%(рис. 1).



Мы установили возрастные показатели респондентов: из них люди от 18 до 25 составили 30% (6 человек из 20), 55% составили респонденты от 25 до 45 лет, и всего 15% более 45 лет (рис.2).

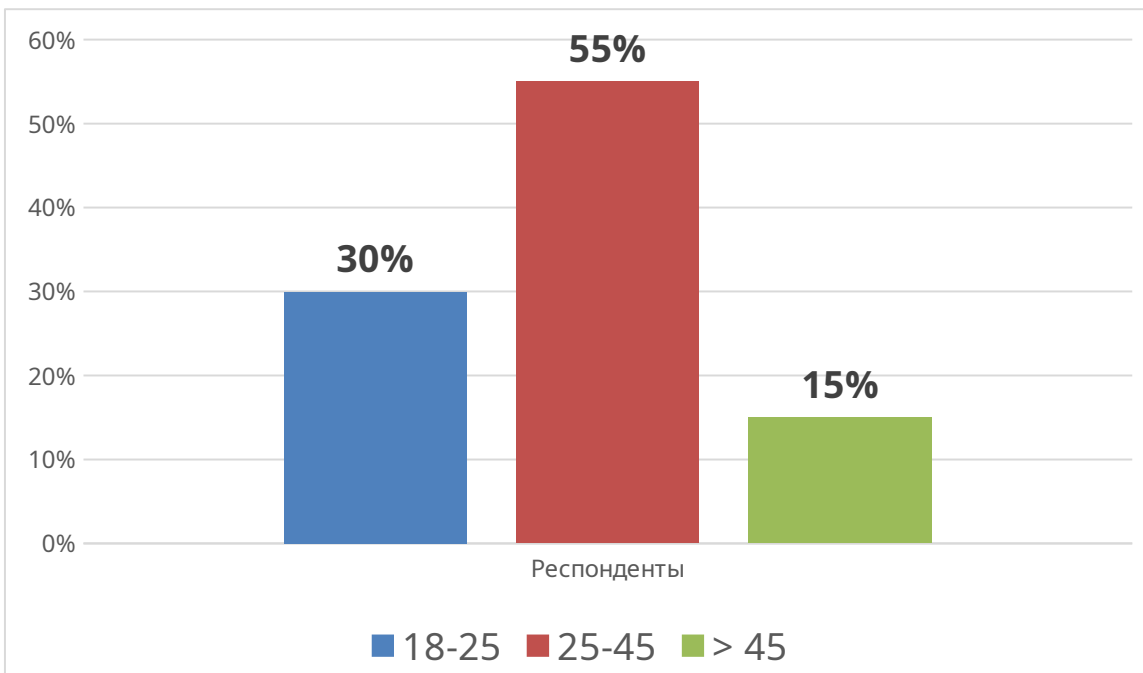


Рис.2. Соотношение респондентов по возрасту

На вопрос «Беспокоит ли Вас тупая, постоянная боль, возникающая около пупка или в верхней части живота, усиливающаяся при смене положения» респонденты ответили так: 70% опрошенных беспокоила именно такая боль (рис.3).

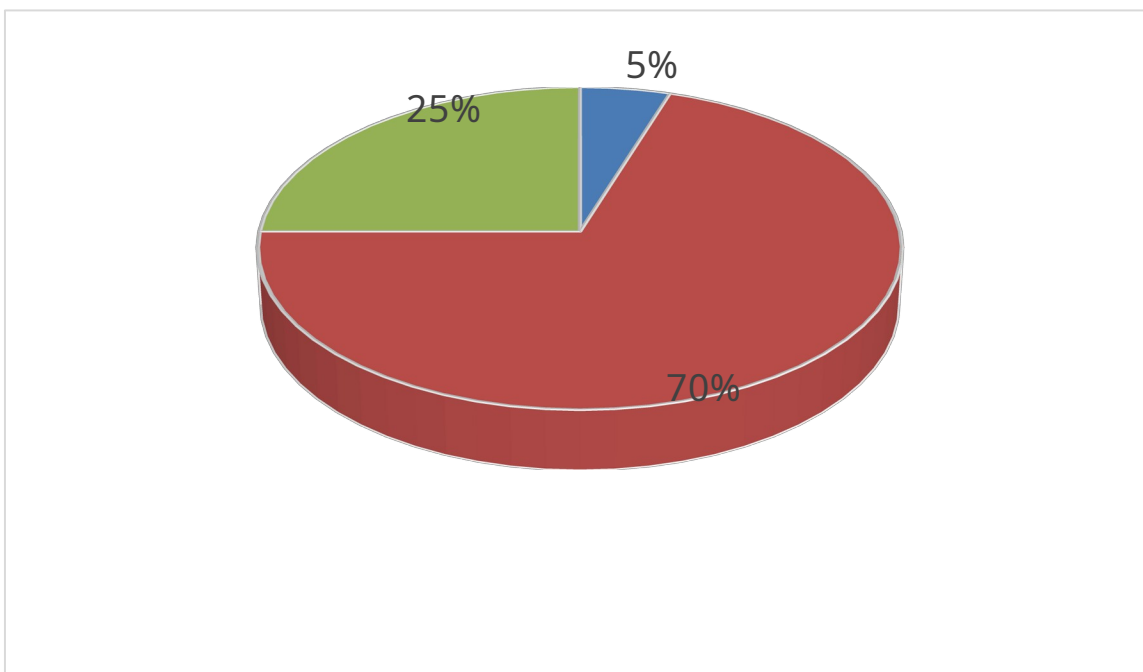


Рис.3. Соотношение респондентов по типу боли

В ходе анкетирования выяснилось: что 15% респондентов (3 человека из 20) чувствовали себя нормально, а у остальных 85% боль усиливалась в правой подвздошной области (рис.4).



Рис.4. Соотношение респондентов по типу боли при надавливании на живот.

На вопрос «На фоне боли возникали ли у Вас тошнота и необильная, однократная рвота?» респонденты ответили следующим образом: у 65% опрошенных возникала рвота (рис.5).

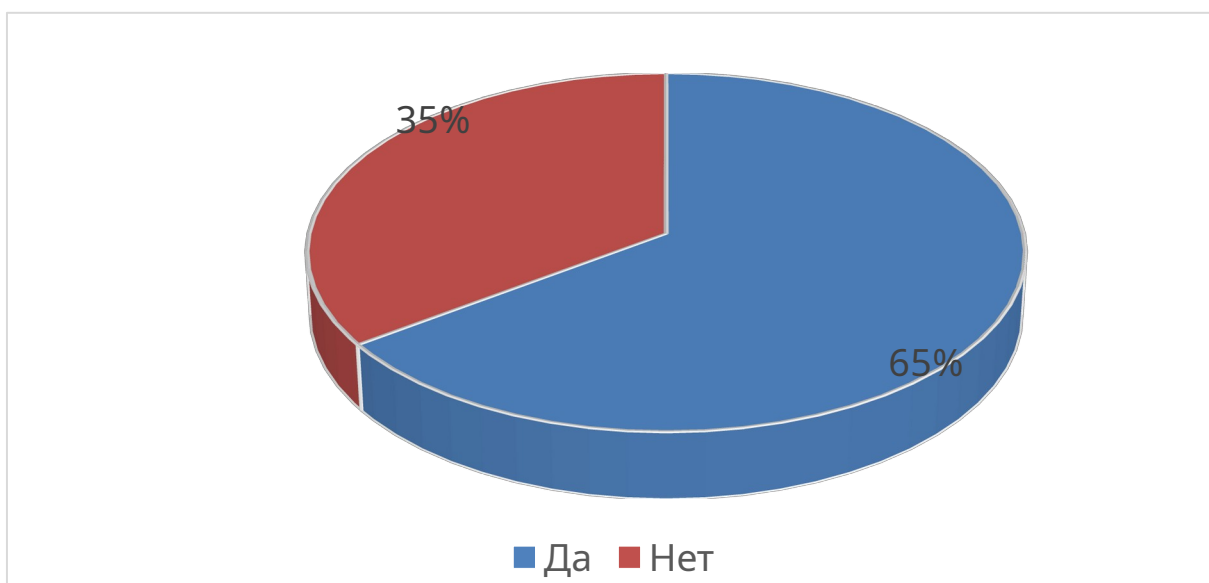


Рис.5. Соотношение респондентов в возникновении тошноты и рвоты.

Было выявлено, что у 80% (16 из 20 респондентов) температура тела повышалась, у остальных 20% (4 из 20) нет (рис.6).

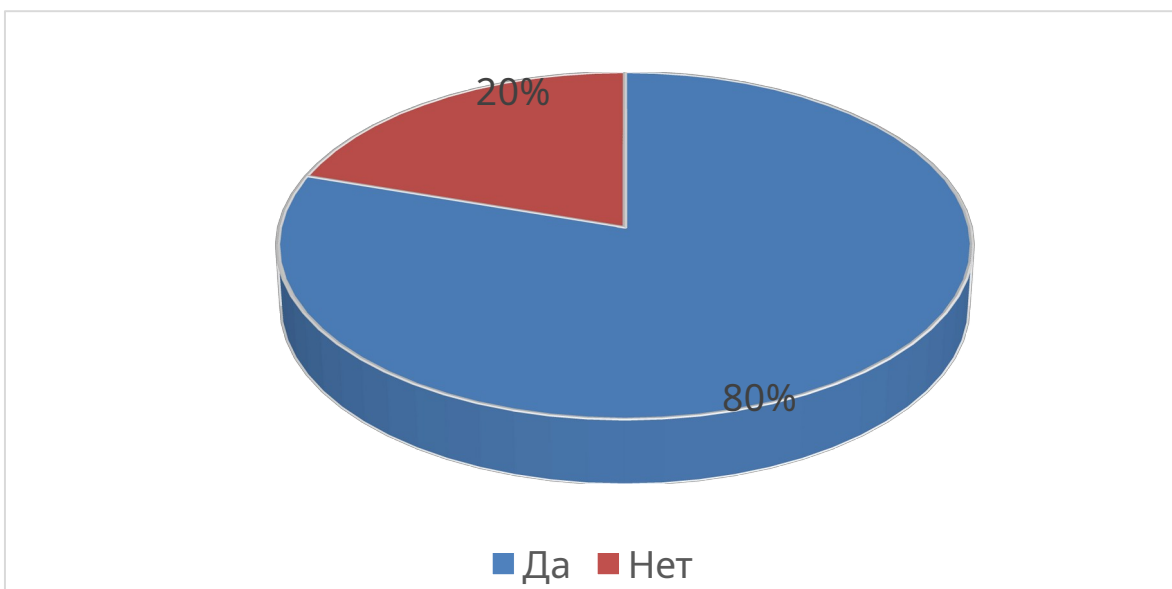


Рис.6. Температура тела.

Также нами было установлено, что 10 человек (50%) совсем не соблюдают диету, 5 человек (25%) не всегда соблюдают диету, 5 человек (25%) постоянно соблюдают диету (рис.7).

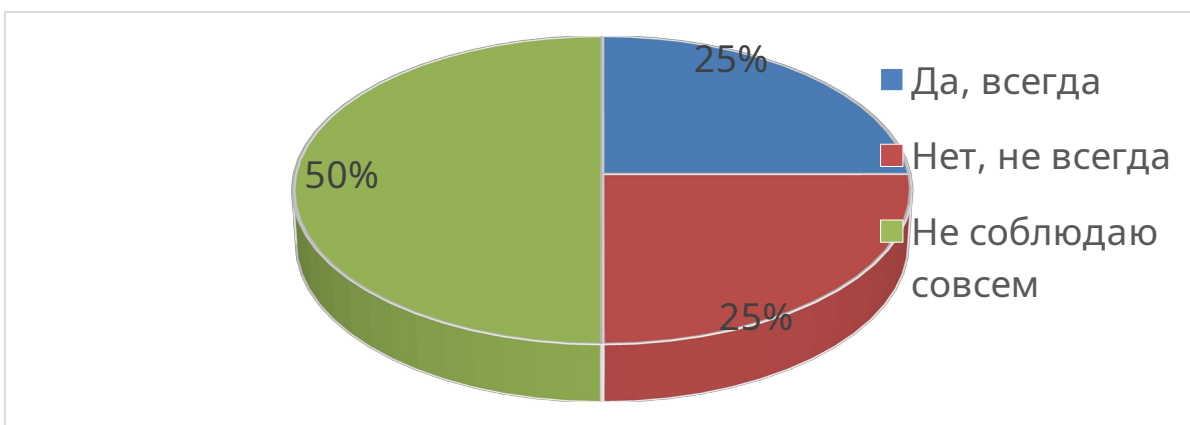


Рис.7. Соотношение респондентов по соблюдению режима питания.

На вопрос «Часто ли Вы употребляете жирную пищу?» респонденты ответили так: 13 из 20 пациентов (65%) часто употребляют жирную пищу, 20% иногда, и всего 15% (3 пациента из 20) решили совсем отказаться от употребления жирной пищи (рис.8).

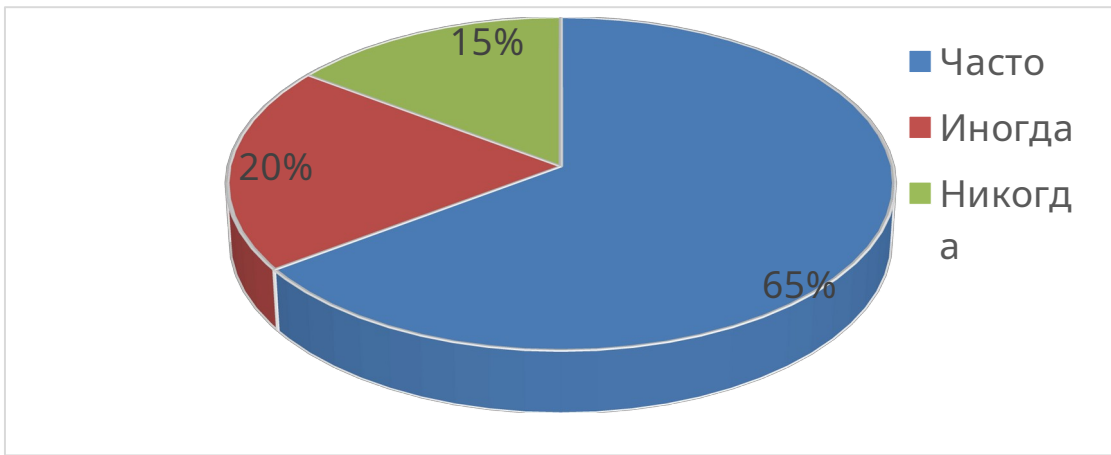


Рис.8. Соотношение респондентов по употреблению жирной пищи.

На вопрос «Какую бы информацию Вы хотели получать от медицинских работников?» выяснилось, что 50% хотели бы получать информацию о правильном питании, и 50% о здоровом образе жизни (рис.9).

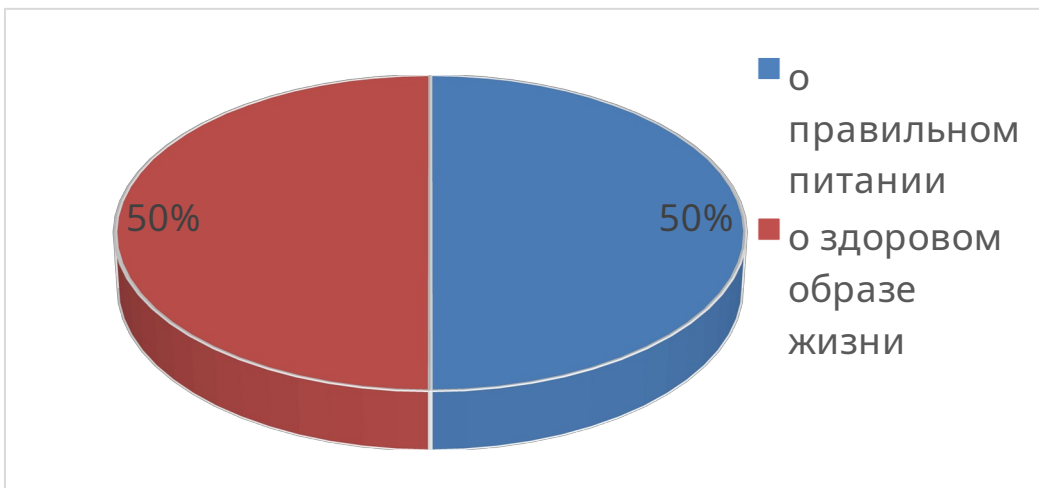


Рис.9. Соотношение респондентов по получению информации.

На вопрос «Имеете ли вы претензии к медицинскому персоналу при исполнении их профессиональных обязанностей?» все респонденты ответили, нет (рис.10).

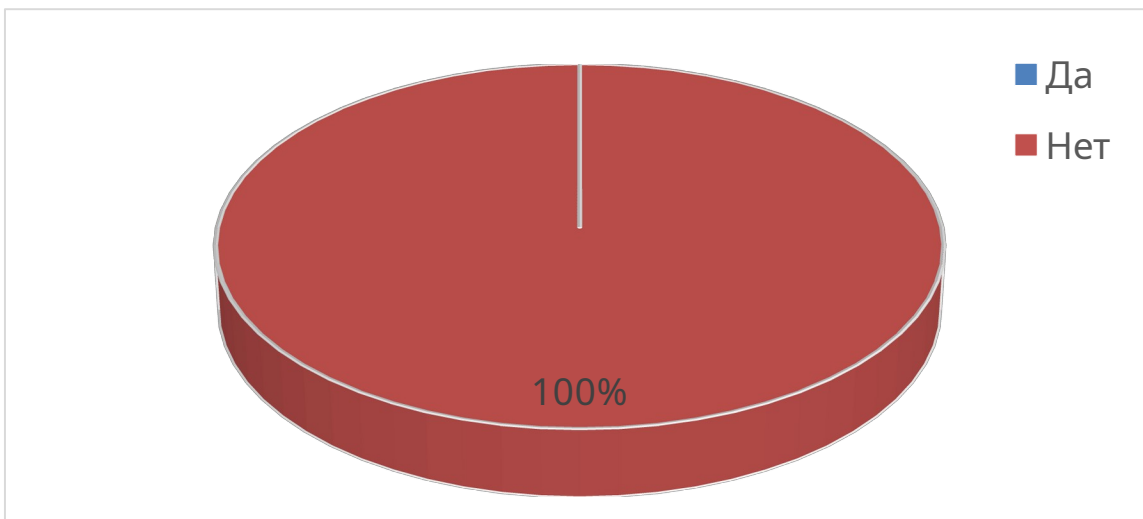


Рис.10. Претензии к медицинскому персоналу.

Исходя из проведенного нами анкетирования, мы можем увидеть, что чаще всего аппендициту подвержены люди женского пола в возрасте от 25 до 45 лет. Большинство респондентов беспокоила тупая постоянная боль, возникающая около пупка, а у 65% опрошенных была тошнота и необильная рвота. Выяснилось, что большинство респондентов совсем не соблюдают диету, а также 65% употребляют жирную пищу. Мы выяснили, что не один из респондентов не имеет жалобы к медицинским сёстрам, а также, что 50% хотели бы получать информацию о правильном питании, а 50% о здоровом образе жизни.

2.3. Исследование организации сестринской помощи при остром аппендиците

Обязанности палатной медсестры хирургического отделения:

I. Организовать и поддерживать лечебно-охранительный режим в отделении.

II. Вежливо, доброжелательно принять вновь поступившего больного и проводить его в палату. Обеспечить больного чистыми постельными принадлежностями, познакомить его с распорядком дня и устройством отделения.

III. Строго следить за чистотой в палатах и подсобных помещениях, за выполнением всеми больными распорядка дня и режима работы отделения.

IV. Систематически пополнять пост необходимыми медикаментами, шприцами, инъекционными иглами, термометрами.

V. Вести строгий учёт расхода наркотических и сильнодействующих лекарственных веществ, и хранения их в сейфах.

VI. Строго и пунктуально выполнять все назначения врача больному: процедуры и манипуляции, в том числе инъекции подкожные, внутримышечные, внутривенные; брать кровь из вены (для биохимических анализов); определять группу крови и резус-фактор; определять совместимость по группе и по резусу.

VII. Измерять температуру тела больным и отмечать её в истории болезни.

VIII. Контролировать артериальное давление и пульс тяжелобольным.

IX. Знать в полном объёме методики подготовки больных к операции (экстренной, срочной и плановой) и осуществлять уход за больными после операции.

X. Уметь оказывать первую медицинскую помощь больному при неотложных состояниях до прихода врача (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, остановка кровотечения и др.).

XI. Владеть техникой наложения типичных бинтовых повязок, гипсовых лонгет, приготовления шины Беллера.

XII. Уметь приготовить постель больному с переломами бедра, таза, позвоночника.

XIII. Уметь произвести инструментальную перевязку раны.

XIV. Владеть техникой промывания желудка, сифонной и очистительной клизмы, катетеризации мочевого пузыря, постановки газоотводной трубки.

XV. Собирать анализы от больных и организовывать их доставку в лабораторию.

XVI. Осуществлять уход за тяжёлыми больными.

XVII. Транспортировать больных.

XVIII. Вести соответствующую документацию.

XIX. Руководить работой младшего медицинского персонала [9, 12, 14].

Пациенты с острым аппендицитом подлежат хирургическому вмешательству, поэтому на данном этапе медицинская сестра проводит обследование пациента, проводит сбор анализов, подготавливает пациента к операции – проводит беседу о необходимости предстоящей операции.

В основном при остром аппендиците сестринская помощь более всего необходима в послеоперационный период [5, 6].

По литературным данным, послеоперационный период – это период времени от момента окончания операции до полного восстановления трудоспособности пациента. Окончанием операции является наложение последнего кожного шва. В зависимости от характера и объема оперативного вмешательства, общего состояния пациента послеоперационный период может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. От того, как проведен послеоперационный период, во многом зависит исход хирургической операции.

Большая роль в выхаживании пациентов в послеоперационном периоде принадлежит среднему медицинскому персоналу. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений и чуткое отношение к больному создают условия для быстрого выздоровления [4, 22].

Сестринский процесс – это деятельность медсестры для осуществления системного подхода к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности (проблемы) пациентов.

Сестра является посредником, опекуном, защитником пациента; она привлекает к уходу членов семьи, что имеет огромное значение для пациентов. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания, становится первым шагом к выздоровлению [23].

Цель сестринского процесса – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей.

Первый этап сестринского процесса – обследование пациента или оценка ситуации – процесс сбора информации о состоянии здоровья пациента, подтверждение ее достоверности.

Цель обследования: собрать, обосновать и связать полученные данные о пациенте для создания о нем информационной базы.

Субъективная информация – жалобы, анамнез жизни, социологические данные, интеллектуальные данные.

В послеоперационный период основная жалоба пациентов – это боли в области операции, слабость, сонливость.

Второй этап – это анализ и интерпретация полученных данных о пациенте – это выявление реальных и потенциальных проблем пациента, которые должна разрешить или устранить медсестра в силу своей профессиональной компетенции.

Существующие проблемы – боль, слабость, сонливость.

Потенциальные проблемы – развитие осложнений после операции.

По приоритетности проблем:

Первичные – боль.

Промежуточные – нарушение мочевыделения, дефицит знаний о своем состоянии здоровья

Вторичные – нарушение сна, тошнота, снижение аппетита.

С целью выявления проблем пациентов хирургического профиля после операции был заполнен лист сестринской оценки состояния пациента.

В результате нами выделены следующие нарушения потребностей:

- питаться и пить;
- двигательная активность;
- сон;
- способность одеваться;
- трудиться.

На основании выделенных нарушенных потребностей медсестра составляет план ухода [21, 23].

Составление плана сестринских вмешательств

Конкретно разработанный индивидуальный план сестринского ухода должен обязательно быть оформленным в письменном виде. Данные записи являются юридическим документом, который:

- обеспечивает преемственность и универсальность ухода;
- контролирует действия медицинской сестры;
- оценивает проведенные мероприятия и определяет их эффективность по отношению к желаемым результатам.

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода. Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время.

Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний.

Каждая цель включает 3 компонента:

- 1) действие;
- 2) критерии: дата, время, расстояние;
- 3) условие: с помощью кого/чего-либо.

После формулировки целей медсестра составляет собственно план ухода за пациентом, представляющий собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

Требования к постановке целей:

Быть реальными.

Устанавливать конкретные сроки достижения каждой цели.

Находиться в пределах сестринской, а не врачебной компетенции.

Составление плана предусматривает обеспечение минимального, качественного уровня обслуживания, гарантирующего профессиональный уход за пациентом.

При составлении плана ухода медсестра может руководствоваться соответствующим стандартом сестринского вмешательства.

2.4. Практические рекомендации для пациентов после аппендэктомии

После удаления воспаленного аппендикса пациент должен правильно и ответственно следовать рекомендациям врача. Если есть подозрения на послеоперационные осложнения, требуется помощь квалифицированного специалиста. Чтобы замедлить воспалительный процесс и уменьшить болевые ощущения, на живот пациента следует поставить грелку с холодной водой, а не с теплой. Нагретая вода только усилит воспаление. После операции нет необходимости принимать обезболивающие препараты в больших количествах. Это усложнит диагностику возможных осложнений. В этих случаях небезопасно использовать слабительные. Но употреблять витамины необходимо, они ускорят лечение. Если есть возможность, лучше принимать антибиотик, рекомендованный врачом после операции, дополнительные 1-2 дня, чтобы предотвратить осложнения. Купаться нельзя. Поэтому поездку на море следует отложить. Баня на время послеоперационного периода тоже находится под запретом. Пока не сняты швы, ванна и душ тоже запрещены. Мыть, пока все тело в воде, не нужно. При необходимости врачи разрешают делать обтирание водой туловища, умывание, мытьё ног и рук. Массировать, растирать и трогать область шва не рекомендуется. Заживает он быстрее, если за ним вести правильный уход. Курить сигареты строго запрещено. Курение затруднит нормальный процесс течения анестезии и сделает проблематичным реабилитационный период. Спустя 6-10 часов пациенту следует работать с правильным переворачиванием и умением сидеть. После операции пациент нуждается в помощи близких людей и медицинского персонала. Ходить и вставать специалисты рекомендуют только через 20-24 часа. После того как, удалили аппендицит, правильное питание во многом определяет то, насколько быстро весь организм в целом, а в самую первую очередь желудочно-кишечный тракт пациента, будут работать нормально. После операционного

вмешательства, первые дни питание пациента должно быть направленное на восстановление жизненно важных сил организма. Предпочтения нужно отдать лёгкой, жидкой, кашцеобразной пище. Питаться стоит часто, но маленькими порциями. Рекомендуются следующие продукты: слабо заваренный чай с добавлением сахара, отвар из плодов шиповника, кисели, рисовый отвар, нежирные бульоны. В период восстановления диета после аппендицита становится более разнообразной. В рацион включаются блюда из круп (паровые каши), несоленое масло, кисломолочные продукты, сливки, овощные пюре, бульоны овощные, мясные или рыбные (нежирные), фрукты (в запеченном виде), отварная рыба, мясо (постные) [5, 26].

После выписки из больницы пациенту следует продолжить выполнение следующих правил. Это поможет добиться скорого окончания реабилитационного периода. Как правило, выздоровление после аппендицита длится не менее 0,5 месяца. Время восстановления зависит от того, насколько успешно была выполнена операция, какой метод использовался, как организм отреагировал на вмешательство и тяжести ситуации. После удаления гнойного или, особенно, такого, что он перешел в перитонит, реабилитационный период дольше, так как становится необходимым для борьбы с развившейся инфекцией, которая включает в себя длительное использование антибактериальных препаратов. 1. Употреблять меньше пищи; 2. 3-4 месяца не поднимать тяжести; 3. После водных процедур обрабатывать место швов бриллиантовым зеленым; 4. Используйте повязку (особенно для пациентов с избыточным весом); 5. Каждый день необходимо гулять небольшие расстояния на свежем воздухе; 6. Когда сформируется шрам после вырезания аппендикса (до 2-6 месяцев), разрешается посещать бассейн и заниматься спортом; 7. Первые 2,5-3 месяца после вырезания аппендицита запрещено поднимать тяжёлые предметы; 8. Через пару недель с момента операционного вмешательства разрешено заниматься сексом. 9. К сведению: употребление спиртных напитков возможно через 1,5- 2 месяца после операции, если не возникло никаких осложнений [7, 10, 21].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании данных литературы и электронных ресурсов была выделена важность острого аппендицита и ключевая роль медицинской сестры в диагностике и лечении пациента. Мы пришли к выводу, что первое место среди всех хирургических заболеваний занимает острый аппендицит. Около 96% операций выполняется по неотложным показаниям.

К экстренным операциям медицинская сестра должна подготавливать пациентов быстро и качественно. От качественной предоперационной подготовки больного, зависит благоприятный исход операции. Возможность осложнений исключает как можно правильнее и грамотнее проведенная медицинская сестрой подготовка, подготавливаются жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создается благоприятный психологический фон, вместе все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного [5, 9].

В результате исследования были проведены анализ профиля пациентов, а также сравнительный анализ проведения функциональных методов диагностики, были разработаны рекомендации начинающимся медицинским сестрам.

Опасность острого аппендицита в основном зависит от того, что воспалительный процесс весьма быстро может расплавить стенку отростка, а также вызвать инфицирование брюшной полости, в след за этим сразу же может развиваться весьма опасный, гнойный перитонит, а иногда образуются одиночные или множественные внутри, или внебрюшинные гнойники.

Диагноз острый аппендицит должен основываться на наличии следующих, наиболее важных и постоянных признаков: остро возникающие и усиливающиеся боли в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щёткина-Блюмберга. Все остальные признаки могут служить лишь дополнением к этим основным признакам.

Лишь при помощи хирургического вмешательства можно точно определить наличие острого аппендицита. Весьма затруднительно

распознать клинические признаки острого аппендицита. Острый аппендицит не представляет еще большой опасности, до того времени, пока инфекционный процесс держится лишь в пределах отростка. Лишь тогда, когда инфекционный процесс распространяется за пределы отростка, возникает угроза для жизни пациента с острым аппендицитом.

При остром аппендиците воспалительный процесс весьма быстро распространяется с отростка на окружающую брюшину, в следствии чего возникает перитонит с нарушением кровообращения и тяжелой интоксикацией организма.

Профилактика острого аппендицита, как и многих других заболеваний желудочно-кишечного тракта, состоит в правильном и регулярном питании, также нужно следить за регулярной деятельностью кишечника. Следует помнить то, что опасность острого аппендицита, т. е. его осложнений, можно легко предупредить ранней операцией. Если во время проведения диспансеризации или при профилактических осмотрах, которые в большом количестве проводятся среди нашего населения, у пациента будет обнаружен хронический аппендицит, то следует рекомендовать своевременное хирургическое вмешательство во избежание появления острых приступов. Единственным способом профилактики перечисленных осложнений острого аппендицита служит раннее обращение к хирургу в течение первых 6-12 часов от начала болей!

Список литературы

1. Барыкина, Н.В. Сестринское дело в хирургии / Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 448с.
2. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум / Н.В. Барыкина, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2019. - 480 с.
3. Барсукова И.М., Гавщук М.В., Кривов А.П. Острый аппендицит: история и современная организация медицинской помощи // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. 2018.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2015
5. Деятельность медицинской сестры в оказание медицинской помощи при остром аппендиците [Электронный ресурс].-Режим доступа: <https://scienceforum.ru/2021/article/2018027014>
6. Ермолов А. С., Левитский Владислав Дмитриевич, Гуляев А. А., Рогаль М. Л., Ярцев П. А. «Профилактика ранних послеоперационных осложнений лапароскопической аппендэктомии» // НМП. 2012. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-rannih-posleoperatsionnyh-oslozhneniy-laparoskopicheskoy-appendektomii>
7. Евсеев, М. А. Уход за больными в хирургической клинике / М.А. Евсеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 192 с.
8. Ефименко, Н. А. Руководство по общей хирургии / Н.А. Ефименко, В.Е. Розанов, П.Н. Зубарев. - М.: Медицина, 2020. - 752 с.
9. Жуков Б.Н. Хирургия: учеб. для студ. учреждений сред. проф. образования / Б.Н.Жуков, С.А. Быстрое ; под ред. Б.Н. Жукова. — 5-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2017. — 384 с.
10. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии. Шпаргалки / Коваль О. В. - М.: Феникс, 2016. - 578 с.

11. Кулешова Л. И. Основы сестринского дела. Курс лекций, сестринские технологии. Учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова. - М.: Феникс, 2020. - 736 с.
12. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Руководство по проведению практических занятий Учебно-методическое пособие для студентов медицинских колледжей. 3-е изд. перераб. и доп. – М.: ФОРУМ, 2017. – 282 с.
13. Лычев В. Г. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - М.: Форум, 2016. - 544 с.
14. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоритические основы сестринского дела: учебник / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М.:ГЭОТАР Медиа, 2017. – 368 с.
15. Острый аппендицит / А.В. Сажин, Т.В. Нечай, А.И. Кириенко. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2019. — 208 с
16. «Острый аппендицит. Клиника, лечение, осложнения»: учебно-методическое пособие для студентов V-VI курсов медицинского вуза. г. Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2018г. – 64с.
17. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела. Практикум / Т.П. Обуховец. - М.: Феникс, 2016. - 608 с.
18. ОбуховецТ. П. Основы сестринского дела. Учебное пособие / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2015. - 768 с.
19. Организация сестринской деятельности. Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 528 с.
20. Островерхов Г. Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Бомаш, Д.Н. Лубоцкий. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 736 с.

21. Обуховец Т.П Сестринское дело и сестринский уход (СПО). Учебное пособие / Т.П Обуховец. - М.: КноРус, 2018. - 403 с.
22. Пряхин В. Ф. Хирургия: учеб. для студ. учреждений сред. мед. проф. образования / В. Ф. Пряхин ; под ред. В. Н. Чернова. — М. : Издательский центр «Академия», 2018. — 464 с.
23. Стецюк В. Г. Сестринская помощь в хирургии: учебник / Стецюк В. Г. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 688 с.
24. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э. В. Смолева; Под ред. к.м.н. Б. В. Кабарухина. — Изд. 13-е. — Ростов ц/Д: Феникс, 2016. — 473 с.
25. Соколов М.Э., Гусейнов А.З., Гусейнов Т.А., Шляхова М.А. Современная диагностика острого аппендицита (обзор литературы) // ВНМТ. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-diagnostika-ostrogo-appenditsita-obzor-literatury>
26. Тулиева М. С. Особенности питания людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / М. С. Тулиева, А. С. Раинская. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2016. — № 6.3 (86.3). — С. 55-57. — URL: <https://moluch.ru/archive/86/16493/>
27. Тарасов А.Д. О сохраняющихся сложностях при диагностике острого аппендицита / А.Д. Тарасов, К.Н. Мовчан, В.С. Киприянов // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 5-2. - С. 421-426.
28. Хирургическая помощь в Российской Федерации / А.Ш. Ревишвили, В.Е. Оловянный, В.П. Сажин и др. — Москва, 2019.
29. Хирургические болезни. - Москва: Мир, 2015. - 704 с.
30. Хирургические болезни. Учебник в 2-х томах / Мерзликин Н.В., Альперович Б.И., Цхай В.Ф.. – 2018.