

Лечение острого аппендицита

Кафедра факультетской хирургии

ВЫПОЛНИЛА: СТУДЕНТКА ГР. 1609
ТЮКПИЕКОВА Г.А.

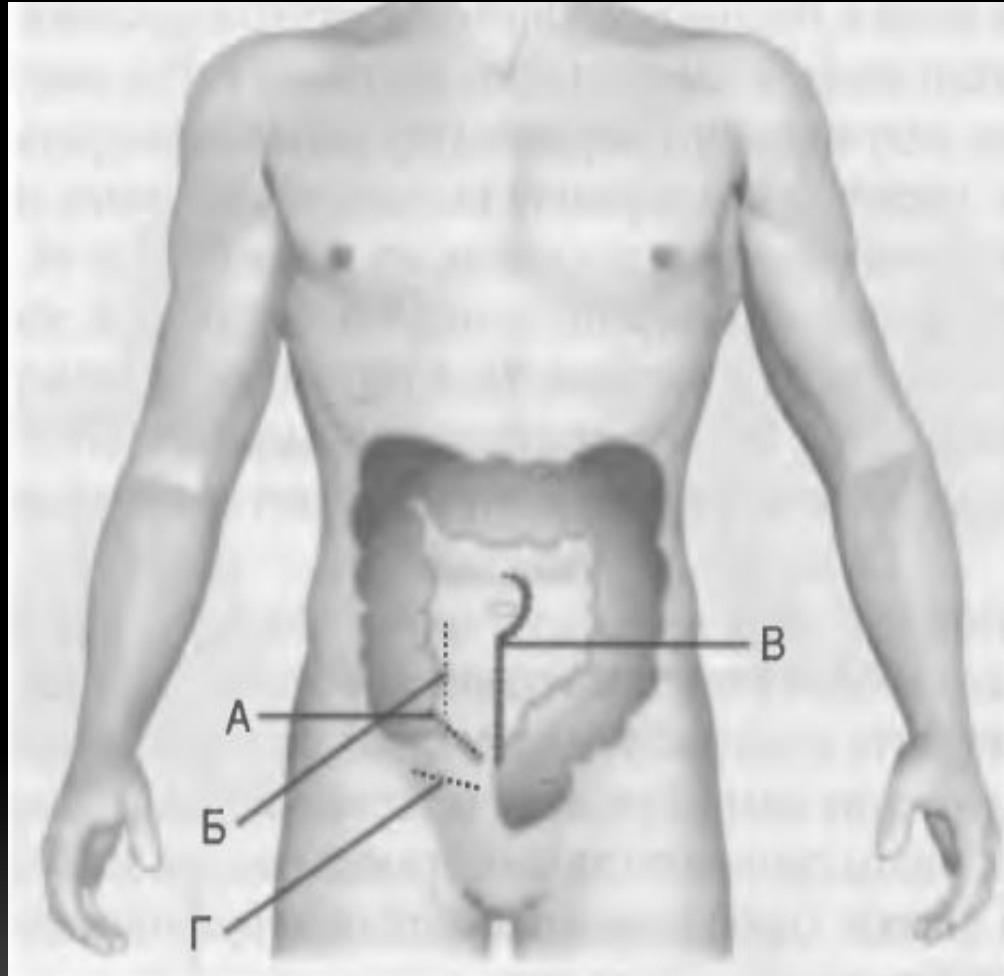
**“НЕТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА. ЛУЧШЕЕ
ЛЕЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
ОПЕРАЦИИ В ПЕРВЫЕ 24
ЧАСА”**

ДЮВАЛЬ, 1931Г.

Противопоказания к хирургическому лечению:

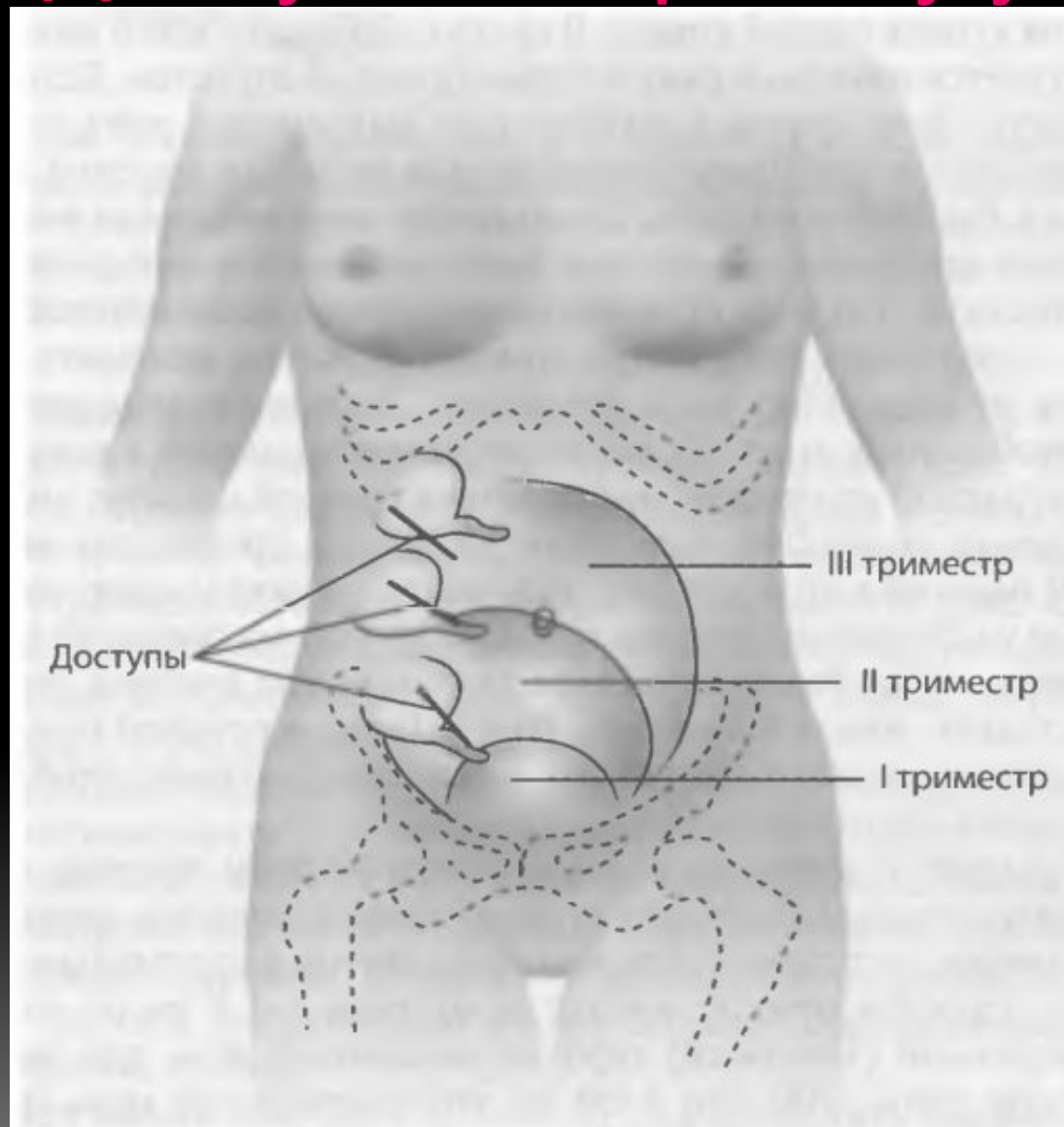
- ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ИЗ-ЗА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ);
- АГОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.

Хирургические доступы



А-косой переменный (Мак-Бернея), В-параректальный (Ленандера), В-нижний срединный, Г – надлобковый («бикини»)

Доступы к отростку у



2 варианта операций:

- Традиционный
 - Типичная аппендэктомия
 - Ретроградная аппендэктомия
 - Ретроперитонеальная аппендэктомия
- Лапароскопический

Типичная аппендэктомия

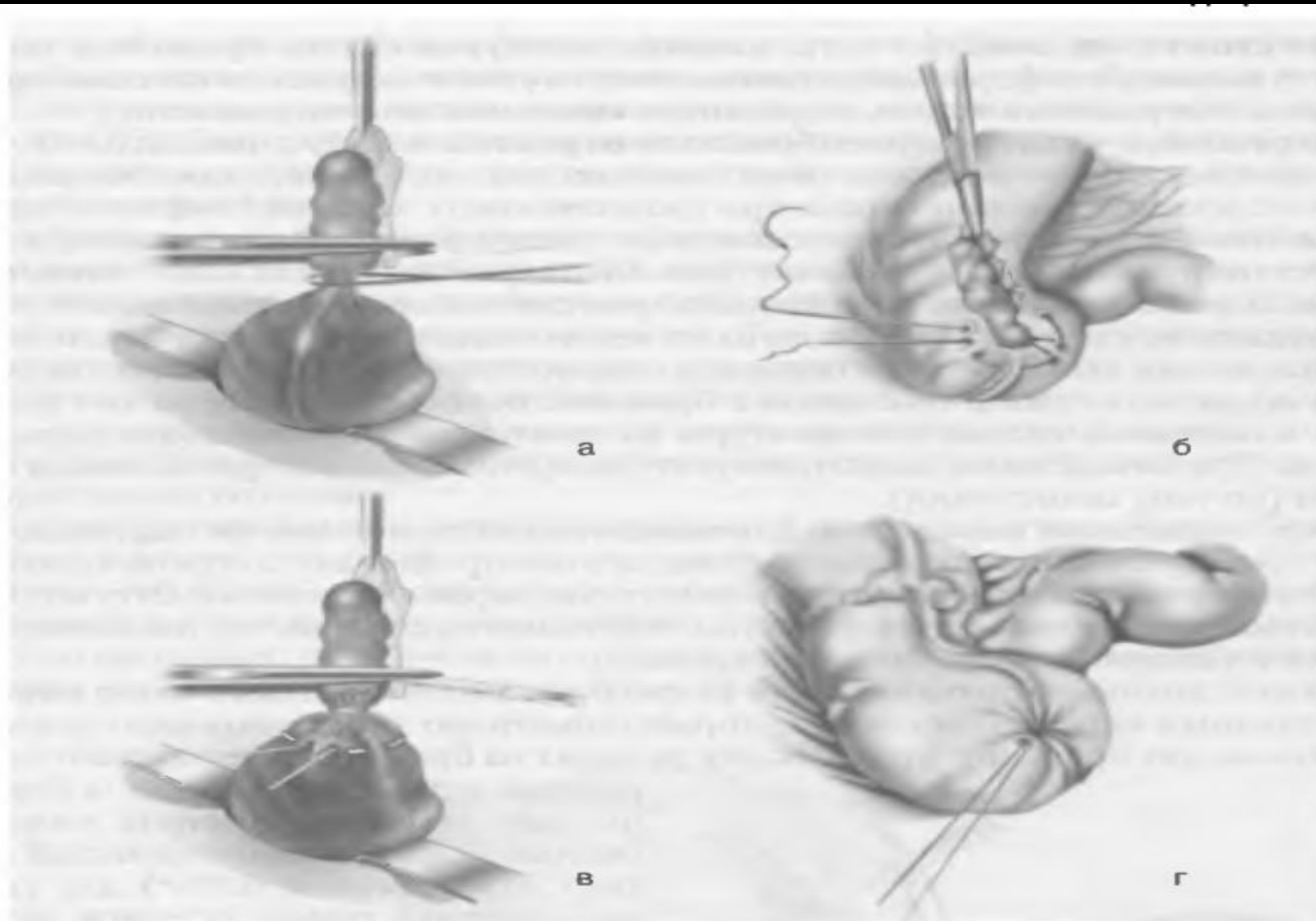


Рис. 43-14. Этапы типичной аппендэктомии: а — брыжеечка отростка перевязана. Перевязка основания аппендикса рассасывающейся нитью после раздавливания его зажимом; б — наложение кисетного шва вокруг основания червеобразного отростка колющей атравматической иглой с нерассасывающейся нитью; в — отсечение аппендикса; г — завершение аппендэктомии двойной инвагинацией культи отростка в кисетный и Z-образный швы.

Ретроградная аппендэктомия

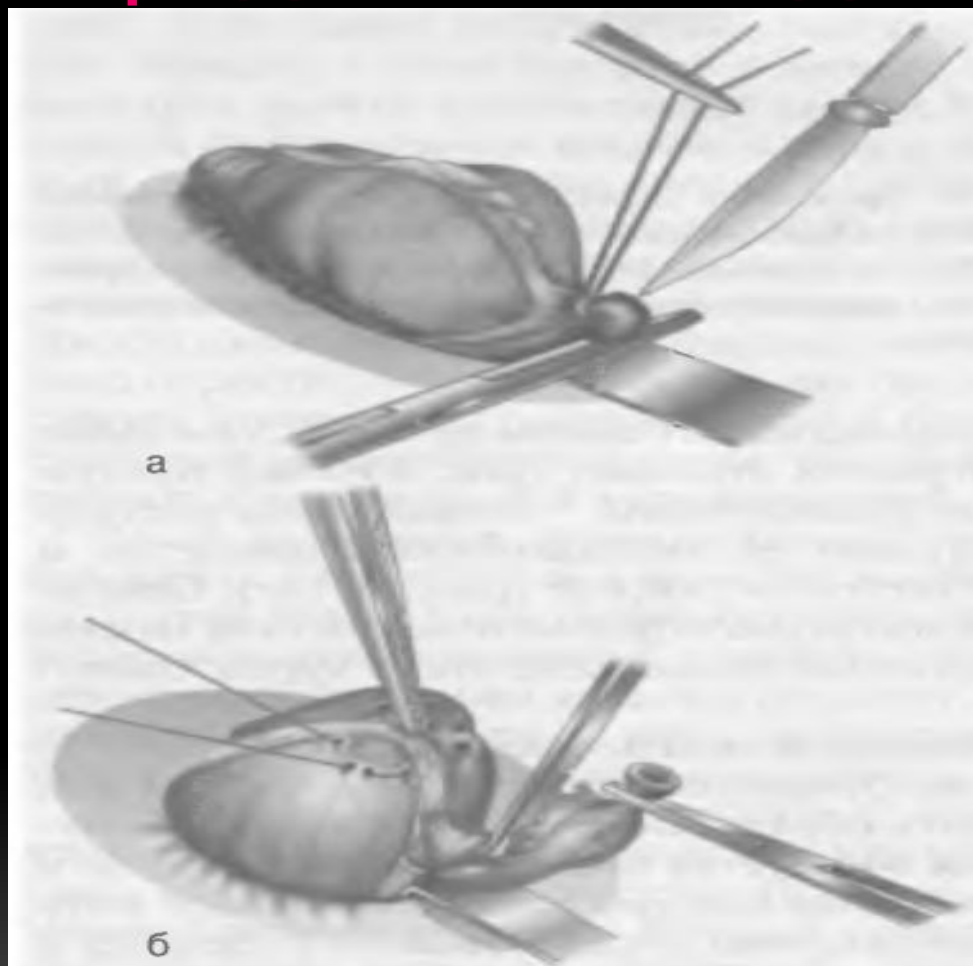


Рис. 43-15. Ретроградная аппендэктомия: а — основание отростка перевязано, отросток пересекается после наложения зажима; б — на брыжеечку наложен зажим, культя погружается в кисетный шов.

Ретроперитонеальная аппендэктомия



Рис. 43-16. Расширение косого переменного доступа за счёт рассечения передней и задней стенок влагалища прямой мышцы живота.

При выполнении аппендэктомии нужно помнить следующее:

- Нельзя перевязывать основание аппендикса шелком;
- Нельзя вместо кисетного шва использовать самопогружающие швы;
- Нельзя подвязывать к погружающим лигатурам культю брыжейки.

Лапароскопическая

Местные противопоказания:

аппендиэктомия

1. выраженные деструктивные изменения в брюшной полости, червеобразном отростке и слепой кишке (общий фибринозный перитонит, перфорация основания отростка, абсцессы брыжейки, аппендикулярный инфильтрат и абсцесс);
2. атипичное расположение червеобразного отростка (ретроцекальное, ретроперитонеальное);
3. опухоли червеобразного отростка (карциноид, рак);
4. наличие сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, требующих лечения.

Преимущества:


- малая травматичность;
- меньшая частота послеоперационных (особенно раневых) осложнений;
- хороший косметический эффект операции;
- возможность проведения полноценной ревизии органов брюшной полости, выполнения сочетанных и симультанных операций без расширения хирургического доступа;
- экономическая эффективность за счет снижения расхода медикаментов, уменьшения сроков госпитализации и нетрудоспособности.

Этапы операции:

1. создание пневмоперитонеума, введение оптики и ревизия органов брюшной полости;
2. санация брюшной полости;
3. мобилизация червеобразного отростка;
4. аппендэктомия;
5. контрольная ревизия и завершение операции.

Доступы:

- В верхней или нижней параумбиликальной точке производят 10-миллиметровый дугообразный разрез кожи, через который с помощью иглы Вереша создают пневмоперитонеум и вводят первый троакар для лапароскопа.
- Детальный осмотр терминального отдела подвздошной и слепой кишки с червеобразным отростком, органов малого таза требует введения второго 5-миллиметрового троакара. Последний вводится в левой подвздошной области, либо по средней линии на середине расстояния между пупком и лонной костью (уровень "бикини").
- После завершения диагностического этапа лапароскопии и принятия решения о выполнении лапароскопической аппендэктомии устанавливают третий 10 или 12-миллиметровый троакар в правой мезогастральной области по среднеключичной



Особенности хирургического вмешательства при разных формах острого аппендицита.

Катаральный аппендицит

Основное правило:

Нельзя удалять аппендикс, не убедившись в том, что изменения в нем не вторичны и не вызваны воспалительным процессом в окружающих органах!

Флегмонозный аппендицит

- До начала операции парентерально вводят антибиотики, действующие на кишечную флору
- Необходимо взять экссудат для посева на микрофлору
- Тщательно осушить от скопившегося выпота правый боковой канал, подвздошную ямку и дугласово пространство

Гангренозный аппендицит

- Широкий оперативный доступ
- Антибиотикотерапия в обязательном порядке
- Обязательное оставление дренажа в брюшной полости