

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

И. М. Янчик (Витебск)

1. Острый аппендицит — самое распространенное хирургическое заболевание среди острых заболеваний органов брюшной полости. Оно носит массовый характер, являясь весьма важным в практическом отношении.

2. Основные теории возникновения острого аппендицита: инфекционная, нервнорефлекторная, алиментарная, аллергическая и некоторые другие не исключают, а дополняют друг друга. Клинический опыт показывает, что аппендицит чаще наблюдается при нерациональном питании, нарушении режима питания, обильной мясной пище, перегрузке желудочно-кишечного тракта. Несмотря на то, что накоплен большой опыт, вопросы этиологии и патогенеза требуют дальнейшего изучения.

3. За последние 17 лет по БССР количество аппендэктомий, произведенных в срочном порядке, увеличилось в 7 раз. В 1950 г. их было 5329, в 1960 г. — 24 924, в 1967 г. — 38 962. По поводу острых форм аппендицита в городах БССР оперировано 70%, хронических — 30%. В сельской местности, наоборот, острые формы составили 30%, а хронические — 70%.

4. Предложено много классификаций острого аппендицита, однако все они не могут полностью отразить особенности патологического процесса и удовлетворить практическим потребностям. Мы считаем возможным пользоваться несколько измененной классификацией В. И. Колесова (1959):

- простой или катаральный аппендицит;
- деструктивный аппендицит — флегмонозный, гангренозный, перфоративный;
- осложненный аппендицит — аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, разлитой перитонит.

5. Нами проведен анализ хирургического лечения 4474 больных острым аппендицитом, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии Витебского медицинского института в 1958—1967 гг.

6. Клиническая картина острого аппендицита хорошо изучена, однако диагностические ошибки и теперь встречаются нередко. Причиной этого являются атипичное течение заболевания, поздняя обращаемость больных за медицинской помощью и поспешное обследование их. По БССР в первые сутки госпитализировано и оперировано 78% больных.

7. Основным принципом хирургической тактики при остром аппендиците остается ранняя операция. В тех случаях, когда клиническая картина неясна, для уточнения диагноза необходим период динамического наблюдения в течение 5—6 часов. Лечение острого аппендицита не только медицинская, но и организационная проблема.

8. Преобладающим видом обезболивания по БССР при остром аппендиците является местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому, иногда — общее обезболивание. Кроме того, применяется местное обезболивание в сочетании с умеренной нейролепгией.

9. При деструктивных формах аппендицита с серозным, серозно-гнойным выпотом брюшную полость зашивают наглухо, но оставляют тонкий дренаж для орошения брюшной полости растворами антибиотиков. При разлитом гнойном перитоните оправдана тампонада брюшной полости с дренированием.

10. Гистологически изучены удаленные червеобразные отростки у 4442 больных:

катаральный аппендицит диагностирован у 2039 больных (45,9%);

деструктивный аппендицит:

- | | | | |
|------------------|---|----------------|-----------|
| а) флегмонозный | » | у 1958 больных | (44,1%), |
| б) гангренозный | » | у 343 | » (7,7%), |
| в) перфоративный | » | у 102 | » (2,3%). |

Несовпадение клинических и гистологических диагнозов наблюдалось у 376 больных.

11. Летальность после аппендэктомии по поводу острого аппендицита по БССР в 1967 г. составила 0,29%. Из 4474 больных, оперированных в клинике, умерло 6 (0,1%). Причиной смерти у 5 больных явился продолжающийся перитонит, у 1 больного — тромбэмболические осложнения.