

DOI 10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-14-19

УДК 616.346.2-002.1-07-089:617.576

Гончаров М. П., Хоркава Б. А.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АПЕНДИЦИТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДОГЛЯДУ ЗА НИМИ

ВНКЗ ЛОР «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини
імені Андрея Крупинського (м. Львів)

m.maryan@ukr.net

Вступ. Беручи до уваги те, що ми живемо в епоху інноваційного та науково-технічного розвитку, коли більшість захворювань підлягають 100% лікуванню та можна завчасно виявити, все ж таки залишається ряд хвороб, які найчастіше трапляються і які на певному етапі розвитку призводять до летальності хворого. До таких захворювань можна віднести апендицит. Це всім відоме хірургічне захворювання, ніби нескладне, проте, одночасно і складне, особливо, якщо несвоєчасно звернутись за допомогою до лікаря, результат його може бути летальним.

Гострий апендицит (appendicitis acuta) – захворювання, яке потребує хірургічного втручання, суть якого полягає в запаленні червоподібного відростка, спричиненого патогенними мікроорганізмами.

Вперше операцію на апендицит було здійснено в 1735 році англійським хірургом Claudius Amyand, який оперував хворого із перфорацією червоподібного відростка без анестезії. У 1886 році патологоанатом із Гарварда Reginald Fitz вперше було виявлено ознаки гострого апендициту. Саме він переконував та наполягав на тому, щоб на ранньому етапі виявлення хвороби, проводити операцію. До його тверджень довгий час ніхто не прислухався. Однак, наприкінці XIX століття було проведено апендектомію англійським хірургом Нелгу Hancock, під час якої виявлено ускладнення гострого апендициту, що власне й стало доказом Reginald Fitz переконань.

З того часу хірурги багатьох поколінь займалися та й займаються по сьогодні дослідженням цього захворювання, особливостей його протікання та лікування. Завдяки розробленим рекомендаціям лікування хворих на апендицит шляхом хірургічного втручання, післяопераційна летальність значно знизилась.

Питання хірургічного лікування хворих на апендицит висвітлювалися в працях провідних хірургів-науковців, зокрема: А.И. Журавлева, Н.Д. Граевская, А. Оларчик, М.П. Павловський, Н.І. Бойко, В.В. Хом'як, А.А. Сердюк, А.А. Хижняк, С.С. Дубівська, М.Д. Бітчук, С.М. Скоропліт та ін.

Однак, беручи до уваги значні досягнення в цій проблемі, варто сказати, що на сьогодні не всі питання в частині лікування хворих на апендицит і до-

гляду за ними є розв'язаними. Так, неабиякі труднощі для хірургічного лікування приносять атипичні форми хвороби. Варто підкреслити, що саме вони трапляються в 93% хворих на апендицит. Ця форма справді є складною не лише для хірурга, а й для самого хворого, оскільки дуже інтенсивно прогресує розвиток хвороби, адже від її початку і на протязі 24 години, хворий поступає в хірургічний стаціонар.

Крім цього, проблема полягає ще в тому, що оперуванню неускладненого апендициту присвячено багато праць, а от методологія проведення операцій при ускладненому потребує детального вивчення і дослідження. Перед хірургом постає надзвичайно важливе завдання – вчасно виявити гострий апендицит, зробити все необхідне для недопущення ускладнень, а також звести до мінімуму частоту видалення незміненого апендикса.

Отже, як бачимо, на сьогодні дана тема є актуальною.

Мета дослідження. Основна мета полягає в дослідженні хірургічного лікування хворих на апендицит та визначення особливостей післяопераційного догляду за ними.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження виступають хворі на апендицит. При написанні статті застосовувались такі методи: аналітичний, статистичний, проблемно-тематичний, бібліографічно-описовий, індукція, дедукція та синтез.

Результати досліджень та їх обговорення. Апендицит – це найпоширеніша гостра та небезпечна хвороба черевної порожнини, яка потребує оперативного втручання. У високорозвинених країнах таке захворювання спостерігається у більш як 10% населення. Особливістю апендициту є те, що із віком частота захворюваності на нього значно зменшується. Так, від народження і до 50 років можливість захворіти нею становить 15% населення, а починаючи вже від 50 років – лише 2%.

Констатовано, що в основному хворими на апендицит є особи молодше 33 роки, тобто пацієнти молодого віку. При тому жінки хворіють частіше, ніж чоловіки. Важливим є те, що більше ніж у половини хворих, госпіталізованих до хірургічного стаціонару, діагностовано гострий апендицит, який потребує невідкладного оперативного втручання.

Це можна пояснити тим, що клінічні ознаки захворювання різноманітні, однак діяти потрібно негайно, оскільки, якщо затримати на якийсь час оперативне втручання, це може призвести до важких ускладнень. Встановлено, що при деструктивних формах апендициту, післяопераційна летальність становить 0,1-0,3%.

Стосовно класифікації гострого апендициту, варто сказати, що її проводять за різноманітними класифікаційними ознаками. На наш погляд, найчастіше в медицині застосовується клінічна класифікація (В.І. Колесов, 1959) [1].

1. Гострий простий (поверхневий) апендицит:

- без загально-клінічних ознак і з вираженими, швидко зникаючими, місцевими проявами;
- з незначними загально-клінічними ознаками і вираженими, місцевими проявами захворювання.

2. Деструктивний апендицит (флегмонозний, гангренозний, перфоративний):

- з клінічною картиною захворювання середньої важкості й ознаками місцевого перитоніту;
- з важкою клінічною картиною й ознаками місцевого перитоніту.

3. Ускладнений апендицит:

- з апендикулярним інфільтратом;
- з апендикулярним гноєм (абсцесом);
- з розлитим перитонітом;
- з іншими ускладненнями (пілефлебітом, сепсисом).

Загальна структура патогенезу гострого апендициту наведена на **рисунку 1**.

Апендицит починається із раптових гострих болів, які найчастіше можуть проявлятися в частині пупка та епігастральній ділянці, однак буває, що болі поширюються по всьому животі. У цій фазі розвитку хвороби біль спричинений спазмом гладких м'язевих волокон відростка та судин, що спричиняє ішемію стінки апендикса, а також перерозтягнення червоподібного відростка внаслідок накопичення рідини в просвіті при обтурації. Локалізацію болю у епігастрії пояснюють інервациєю відростка від сонячного сплетення.

На протязі трьох годин біль концентрується в правій ділянці і стає сильнішою та постійною. Таке переміщення в медицині отримало назву симптом міграції болю Кохера-Волковича. Причиною такої постійної болі є запалення у стінці червоподібного відростка. У хворого болі супроводжуються із одноразовим блюванням, яке найчастіше спостерігається у молодих пацієнтів. Крім цього, хворий може скаржитися на затримку стільця, яке пов'язане із парезом кишків.

До загальних симптомів можна віднести: зниження апетиту, підвищення температури тіла, слабкість, нездужання. Зауважимо, що живіт всіх хворих має недеформовану форму, однак інколи можемо спостерігати незначне здуття нижніх відділів. Поверхнева пальпація живота проводиться в такій послідовності: спершу – в лівій ділянці живота, а потім плавно переходить у праву частину, де визначають біль та напруження м'язів.

Для правильного діагнозу хворого, важливим є лабораторні дослідження. Так, всім хворим на



Рис. 1. Загальна структура патогенезу гострого апендициту.

Джерело: складено за даними джерела [1].

апендицит проводять три дослідження, а саме: хоріонічний гонадотропін у жінок репродуктивного віку, загальний аналіз сечі та біохімічний аналіз крові. Коли ж лабораторна діагностика поставила діагноз гострий апендицит, важливим для правильного та ефективного лікування є його підтвердження, яке проводиться такими шляхами: іригоскопія, ультраскопія, комп'ютерна томографія, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.

Для об'єктивної оцінки лабораторних та клінічних досліджень запропоновано велику кількість шкал, однак шкала Альварардо найбільш поширена (табл. 1).

Таблиця 1.

Шкала Альварардо для діагностики гострого апендициту (1986)

Клінічно-лабораторна ознака	Бали
Зниження апетиту	1
Нудота та блювання	1
Біль у правій частині живота	2
Міграція болю у праву клубову ділянку	1
Підвищення температури тіла > 37,3°C	1
Зсув лейкоцитарної формули вліво	1
Лейкоцитоз > 10*10 ⁹ /л	2
Позитивні перитонеальні симптоми	1
Разом	10

Джерело: складено автором за даними [5, с. 17].

Дані таблиці говорять про те, що, якщо сума балів не перевищує 3, то ймовірність гострого апендициту мінімальна і хворий потребує спостереження та симптоматичного лікування. За умов, коли сума балів становить 4-6 – ймовірність гострого апендициту висока та необхідно для більш точного результату провести ультраскопію і комп'ютерну томографію, однак, при сумі балів 7-10 – пацієнт вже потребує негайного хірургічного втручання, оскільки вірогідність захворюваності на гострий апендицит надвисока.

Коли діагноз гострий апендицит підтверджений, потрібно діяти негайно, адже кожна хвилина є дорогою для життя пацієнта. Єдине рішення в такому випадку хірургічне втручання. До початку

Таблиця 2.

Переваги відкритої та лапароскопічної апендектомії

Лапароскопія	Відкрита апендектомія
Менше післяопераційних ускладнень	Нижча вартість операції
Швидша дієздатність пацієнта	Коротка тривалість операції
Менше перебування в лікарні	Нижчий ризик виникнення абсцесів черевної порожнини у післяопераційному періоді
Здатність діагностувати інші захворювання органів черевної порожнини	

Джерело: складено автором за даними [5, с. 22].

операції призначають анальгетики та антибіотики. Антибіотики призначають для запобігання розвитку його ускладнень та інфекції післяопераційної рани, а не для лікування гострого апендициту.

Загальноприйнятими вважають такі твердження:

- у неускладнених випадках гострого апендициту найбільш ефективними є цефалоспоринові антибіотики II покоління;
- антибіотики найбільш ефективно діють, якщо їх вводити безпосередньо перед або під час операційного втручання;
- у неускладнених випадках антибіотик вводять лише один раз, а додаткові введення вірогідно не знижують частоту інфекційних ускладнень [8, с. 10].

Важливо, щоб перед операцією прочистити шлунок зондом. При наявності явищ перитоніту проводиться дезинтоксикаційна терапія на операційному столі. Знеболювання частіше місцеве (у 80% хворих), але ретельне (ілеоцекальна ділянка – рефлексогенна зона). Загальне знеболювання показано у дітей, психічно невірнорозважених осіб, а також при ускладнених формах, іноді при невпевненості в діагнозі. При місцевому знеболюванні у ході операції у разі необхідності необхідно додавати нейролептаналгезію (дроперидол, фентаніл) або переходити до загального знеболювання [9, с. 7].

Доступи – найчастіше косий за Волковичем–Дьяконовим, досить широкий («маленькі хірурги» – маленькі розрізи!); параректальний (кулісний) Ленандера (його позитивні й негативні сторони); ніжньосерединна лапаротомія (3,3%) – при ускладнених формах, коли перитонеальні явища виходять за межі правої клубової ділянки, у сумнівних випадках в діагнозі – широкий доступ дає можливість хорошої ревізії і санації черевної порожнини і повноцінного дренажу. Хід операції – послідовність розсічення тканин при різних доступах – суть операції. Шовний матеріал: на брижі – шовк (капрон), на основу відростка – кетгут, кисетний шов – шовк (капрон), черевна стінка – пошарово кетгутом, шкіра – шовком [9, с. 7].

Хірургічне лікування гострого апендициту проводиться за допомогою відкритої апендектомії чи лапароскопічним методом. На сьогодні відсутнє чітке пояснення того, який вид операції є кращим, адже у кожного є свої переваги і недоліки (табл. 2).

Як бачимо, обирати спосіб операції при апендициті потрібно, виходячи із таких критеріїв:

- важкості хворого, тобто чим важчий хворий, тим більшу перевагу слід надати відкритій апендектомії;

- вірогідності діагнозу, тобто, чим сумнівніший діагноз, тим більша перевага належить лапароскопічному втручання;

- наявності ускладнень – при ускладненнях апендициту, перевага надається відкритому втручання.

За способом виконання апендектомія поділяється на антероградну (типову) та ретроградну. Типову апендек-

томію виконують, коли червоподібний відросток мобільний, його разом із куполом сліпої кишки виводять із черевної порожнини та мобілізують починаючи від основи. Ретроградну апендектомію виконують, коли червоподібний відросток фіксований, його не вдається вивести із черевної порожнини. У такому випадку мобілізацію відростка починають від верхівки. У випадку, коли червоподібний відросток розташований заочеревинно виконують ретроперитонеальну апендектомію, метою якої є мінімальна контамінація вільної черевної порожнини патологічною мікрофлорою запально зміненого червоподібного відростка. Розтин у правій клубовій ділянці виконують до парієтальної очеревини, яку не розкривають, а мобілізують латерально, тим самим відводячи її та купол сліпої кишки медіально та відкриваючи заочеревинну клітковину із червоподібним відростком [6, с. 5].

Загальна картина апендектомії зображена на **рисунку 2**.

Після хірургічного втручання, зашивання рани проводиться залежно від способу операції. Існують такі види зашивання ран:

- глухий шов – проводиться найчастіше у пацієнтів із невеликим шаром підшкірної клітковини та коли операція проводилась при хронічному і простому апендициті;

- марлевий тампон та тампон із амінокапроновою кислотою при кровотечах;

- дренаж – ставиться при недостатньому гемостазі, гнійному перитоніті чи флегмоні заочеревинної та передочеревинної клітковини;

- човник в клітковину – проводиться при деструктивних формах без явищ перитоніту в осіб із невеликим шаром клітковини та негострому апендициті;

- накладається провізорний шов або рана взагалі не зашивається – це найчастіше у пацієнтів при гнійному перитоніті та з надлишковою клітковиною.

Успішно провести операцію – це лише 70% лікування апендициту. Наступні 30% складає післяопераційний період. Адже, й справді, для повного одужання хворого, важливим є його стан після операції, оскільки, часто трапляються післяопераційні ускладнення, а також не менш важливе значення приділяється догляду за хворим в цей час.

Реабілітація хворого після апендектомії становить близько 2 місяців. Варто зауважити, що пацієнти молодого віку здатні швидше відновлюватись

після операції, ніж пацієнти старшого. Дітям, людям старшого віку та надмірно повним особам відновлюватись набагато складніше.

Хворого після наркозу укладають в теплу постіль на спину з поверненою головою або на бік (щоб попередити западання язика) на 4-5 годин без подушки, обкладають грілками. Будити хворого не слід.

Одразу ж після операції на ділянку операційної рани бажано покласти на 4-5 годин мішок з піском або гумовий міхур з льодом. Застосування тяжкості і холоду на оперовану область призводить до здавлення і звуження дрібних кровоносних судин та запобігає скупченню крові в тканинах операційної рани. Холод заспокоює біль, попереджає ряд ускладнень, знижує процеси обміну, завдяки чому тканини легше переносять недостатність кровообігу, викликану операцією. До тих пір, поки хворий не прокинеться і не прийде до тями, медична сестра повинна знаходитися біля нього невідступно, спостерігати за загальним станом, зовнішнім виглядом, артеріальним тиском, пульсом, диханням [7].

Часто у хворого після наркозу можуть спостерігатись блювоти. При цьому, важливо голову пацієнта повернути на бік і до рота підкласти лоток. Медсестра зобов'язана видалити всі блювотні маси з порожнини рота, щоб не трапилась аспірація чи ателектаз легенів. Після цього, рот хворого потрібно протерти вологим тампоном. Такий ефект блювоти може бути спричинений введенням під шкіру 1-2 мл 2,5% розчину аміназину, 1 мл 2,5% розчину дипразина.

В медицині існує загальна схема догляду за пацієнтами після апендектомії:

1. Режим: перший день після операції, хворий знаходиться в ліжку, лежачи тільки на лівому боці. Так легше відходитимуть блювотні маси. Однак можна проводити дихальну гімнастику, а в кінці дня можна повертатись на правий бік. Якщо післяопераційний стан пацієнтів позитивний, лікар дозволяє вставати із ліжка вже на другий-третій день. Однак, хворим із деструктивними формами апендициту, вставати із ліжка дозволяють лише на 4-5 день.

В хірургічному відділенні пацієнт може перебувати до 10 діб. Якщо немає ускладнень, на четверту добу після операції пацієнта можна перевести на амбулаторне лікування. До обов'язків медсестри під час догляду за хворим у післяопераційний період відносять:

- стежити за швами, моніторинг артеріального тиску та температури,
- проводити перев'язки,
- контролювати якість та кількість сечовипускань,
- попереджувати можливі ускладнення.

2. Зняття швів: на п'ятий день шви знімаються через один, а вже на шостий – всі. Однак, дренажі

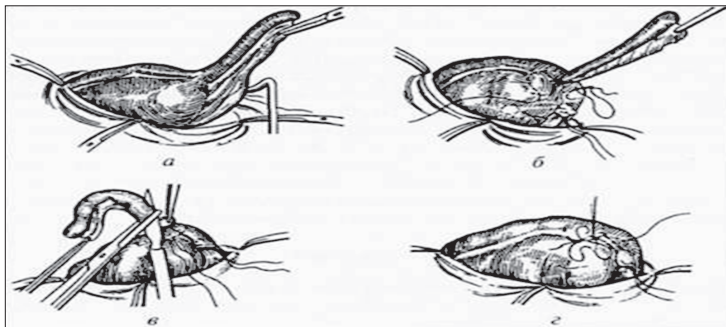


Рис. 2. Апендектомія.

Де, а – перев'язування брижі червоподібного відростка;

б – накладання касетного шва;

в – відсічення червоподібного відростка;

г – куска червоподібного відростка занурена, накладання.

Джерело: складено автором за даними джерела [1].

забирають залежно від того, як проходить післяопераційний період і від загального стану хворого, в основному це роблять на четверту добу.

3. Щоб зменшити біль, хворим на протязі двох днів призначають знеболювальні препарати, інколи це можуть бути наркотики. Основні призначення медикаментів і маніпуляцій: 1) 1-2 день – розчин промедолу 1-2% – 1,0 або 2,0 мл підшкірно; 2) антибіотики (відповідно до чутливості мікрофлори) – при гострому, особливо деструктивному апендициті; 3) содові інгаляції, гірчичники на грудну клітку, вібраційний масаж, дихальна гімнастика – для профілактики і лікування запальних процесів дихальних шляхів; 4) газовивідна трубка – на 2 день, гіпертонічна клізма при стійкому метеоризмі – на 3 день, акт дефекації повинен бути на 3-4 день.

4. Дієта: коли операція пройшла успішно, без ускладнень, на перший день хворому нічого не можна їсти, лише дозволено змочування губ, на другий день – в раціон можна вводити йогурт, кефір, мінеральну воду, компот та несолодкий чай. На третій день – можна суп, бульйон, фруктове та овочеве пюре, сире яйце та рідку манну кашу. На далі раціон розширюють, поступово вводячи інші страви. Однак, коли у пацієнта після операції ускладнення, дієта призначається індивідуально. Якщо хворого турбує запор, йому роблять клізму.

За відсутності ускладнень, на 7-8 день хворого можна виписувати з лікарні додому. Після виписки, хворому рекомендується носити бандаж.

Слід пам'ятати, що виписка хворого не означає його працездатність. При неускладнених формах, хворому впродовж 20-30 днів не можна працювати, а при ускладнених – більше.

Висновки. Із вище сказаного можемо зробити висновок, що апендицит є найбільш розповсюдженим та одним із найлегших захворювань. Однак, при несвоєчасному зверненні до лікаря, може призвести до ускладнень і, навіть, летальності хворого. Для повноцінного вилікування пацієнта, важливим є не тільки своєчасна апендектомія, а й правильний догляд за хворим в післяопераційний період.

Література

1. Hostryy apendytsyt. Etiopatohenez, klinika, osoblyvosti diahnostryky, dyferentsiynoyi diahnostryky ta likuval'noyi taktyky: apendykulyarnyy infil'trat, abstsyes, perytonit, pileflebit. [Elektronnyy resurs]. – Rezhym dostupu: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/hospital_surgery/classes_stud/uk/med/lik/ptn/4/01%20hostryy%20apendytsyt..htm.
2. Zhuravleva A.Y. Sportyvna medytsyna y lechebnaya fizkul'tura / A.Y. Zhuravleva, N.D. Hraevskaya. – M.: Medytsyna, 1993. – 432 s.
3. Medytsyna katastrof. – K.: Zdorov'ya, 2001. – 348 s.
4. Olearchyk A. Vsesvit khirurha / A. Olearchyk. – L'viv: Medytsyna svitu – MS, 2006. – 800 s.
5. Pavlovs'kyi M.P. Hostryy apendytsyt: metod. rekomend. dlya studentiv medychnoho fakul'tetu / M.P. Pavlovs'kyi, N.I. Boyko, V.V. Khom'yak. – L'viv, 2009. – 32 s.
6. Pavlovs'kyi M.P. Metodychnyy posibnyk z fakul'tet-s'koyi khirurhiyi / M.P. Pavlovs'kyi. – L'viv, 2001. – 192 s.
7. Pislyaoperatsiynnyy period pislya vydalennya apendytsytu. Yak sebe vesti v reabilitatsiynomu periodi [Elektronnyy resurs]. – Rezhym dostupu: <http://doctor03.in.ua/shkt/pislyaoperatsiynij-period-pislya-vidalennya-apenditsitu-yak-sebe-vesti-v-reabilitatsiynomu-periodi.html>.
8. Serdyuk A.A. Hlubynna medytsyna / A.A. Serdyuk. – Zaporozh'e: Dykoe Pole, 2003. – 216 s.
9. Khyzhnyak A.A. Hostryy apendytsyt: metod. vkaz. zi spetsial'nosti «Medytsyna nevidkladnykh staniv» dlya pidhotovky likariv-interniv, slukhachiv peredatestatsiynnykh tsykliv / A.A. Khyzhnyak, S.S. Dubivs'ka, M.D. Bitchuk, S.M. Skoroplit. – Kharkiv: KHNMU, 2014. – 12 s.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АПЕНДИЦИТ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДОГЛЯДУ ЗА НИМИ

Гончаров М. П., Хоркава Б. А.

Резюме. Апендицит – це всім відоме хірургічне захворювання, ніби нескладне, проте, одночасно і складне, особливо, якщо несвоєчасно звернутись за допомогою до лікаря, результат його може бути летальним. Його суть полягає в запаленні червоподібного відростка, спричиненого патогенними мікроорганізмами і потребує негайного хірургічного втручання.

Беручи до уваги значні досягнення в цій проблемі, варто сказати, що на сьогодні не всі питання в частині лікування хворих на апендицит і догляду за ними є розв'язаними. Так, неабиякі труднощі для хірургічного лікування приносять атипів форми хвороби. Варто підкреслити, що саме вони трапляються в 93% хворих на апендицит. Ця форма справді є складною не лише для хірурга, а й для самого хворого, оскільки дуже інтенсивно прогресує розвиток хвороби, адже від її початку і на протязі 24 години, хворий поступає в хірургічний стаціонар. Тому, перед хірургом постає надзвичайно важливе завдання – вчасно виявити гострий апендицит, зробити все необхідне для недопущення ускладнень, а також звести до мінімуму частоту видалення незміненого апендикса.

Отже, як бачимо, на сьогодні дана тема є актуальною.

Ключові слова: апендицит, апендикс, хірург, операція, хворий, апендектомія, лікування, захворювання, червоподібний відросток.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АППЕНДИЦИТОМ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО УХОДА ЗА НИМИ

Гончаров М. П., Хоркава Б. А.

Резюме. Апендицит – это всем известное хирургическое заболевание, что представляет, будто простое, но, одновременно и сложное, особенно, если несвоевременно обратиться за помощью к врачу, результат его может быть летальным. Его суть заключается в воспалении червеобразного отростка, вызванного патогенными микроорганизмами и требует немедленного хирургического вмешательства.

Принимая во внимание значительные достижения в этой проблеме, стоит сказать, что на сегодня не все вопросы в части лечения больных аппендицитом и уход за ними есть развязанными. Так, большие трудности для хирургического лечения приносят атипичные формы болезни. Следует подчеркнуть, что именно они случаются в 93% больных аппендицитом. Эта форма действительно сложна не только для хирурга, но и для самого больного, так как очень интенсивно прогрессирует развитие болезни, ведь от ее начала и в течение 24 часов, больной поступает в хирургический стационар. Поэтому, перед хирургом стоит чрезвычайно важная задача – вовремя выявить острый аппендицит, сделать все необходимое для недопущения осложнений, а также свести к минимуму частоту удаления неизмененного аппендикса.

Итак, как видим, сегодня данная тема является актуальной.

Ключевые слова: аппендицит, аппендикс, хирург, операция, больной, аппендэктомия, лечение, заболевания, червеобразный отросток.

SURGICAL TREATMENT OF PENALTY FOR APENDICYT AND PECULIARITIES OF POST-PERAINING CARE FOR THEM

Goncharov M. P., Horkawa B. A.

Abstract. Taking into account that we live in an era of innovation and scientific and technical development, when most diseases are 100% treated and can be detected in advance, there are still a number of diseases that are most commonly encountered and which, at a certain stage of development, lead to mortality of the patient. These diseases include appendicitis. This is a well-known surgical disease known to everyone, however complicated, however, and at the same time difficult, especially if it is untimely to seek medical help from a doctor, the result may be fatal.

Acute appendicitis (appendicitis acuta) – a disease requiring surgical intervention, the essence of which is the inflammation of the appendix, caused by pathogenic microorganisms.

The first operation for appendicitis was carried out in 1735 by English surgeon Claudius Amyand, who operated a patient with a perforation of the appendix without anesthesia. In 1886, the pathologist from Harvard, Reginald Fitz, first discovered signs of acute appendicitis. That he persuaded and insisted on the fact that at an early stage of the detection of the disease, to carry out the operation. To his statements for a long time no one heeded. However, at the end of the nineteenth century an appendectomy was carried out by the English surgeon Henry Hanseatic, during which complications of acute appendicitis were discovered, which in fact proved to be the proof of Reginald Fitz's beliefs.

Since then, surgeons of many generations have been engaged in today's research on this disease, the peculiarities of its occurrence and treatment. Due to the developed recommendations for the treatment of appendicitis patients through surgical intervention, postoperative lethality significantly decreased.

The questions of surgical treatment of patients with appendicitis were covered in the works of leading surgeons-scientists, in particular: A.I. Zhuravleva, N.D. Graevskaya, A. Olearchyk, M.P. Pavlovskii, N.I. Boyko, V.V. Khomyak, A.A. Serdyuk, A.A. Khizhnyak, S.S. Dubovskaya, M.D. Bitschuk, S.M. Speedy and so on.

However, taking into account the significant achievements in this problem, it is worth noting that to date, not all questions regarding the treatment and care of appendicitis patients have been resolved. So, the great difficulty of surgical treatment is the atypical forms of the disease. It should be emphasized that it is they that occur in 93% of patients with appendicitis. This form is indeed complicated not only for the surgeon, but also for the patient himself, as the disease progresses very intensively, since from the beginning and within 24 hours, the patient enters a surgical hospital.

In addition, the problem lies in the fact that the operation of uncomplicated appendicitis is devoted to many works, but the methodology of conducting operations with complicated requires detailed study and study. The surgeon faces an extremely important task – to detect acute appendicitis in a timely manner, to do everything necessary to prevent complications, and to minimize the frequency of removal of unchanged appendix.

So, as we see, today this topic is relevant.

The main objective is to investigate the surgical treatment of appendicitis patients and to determine the characteristics of postoperative care of them.

The subject of the study are patients with appendicitis. When writing the article, the following methods were used: analytical, statistical, problem-thematic, bibliographic, descriptive, induction, deduction and synthesis.

Keywords: appendicitis, appendix, surgeon, operation, patient, appendectomy, treatment, disease, appendix.

Стаття надійшла 12.11.2017 року