**Астраханская государственная медицинская академия**

Кафедра философии и биоэтики

с курсом истории отечества,

истории медицины и культурологи .

Зав.каф.доцент

к.ф.н. Мизулин Н.Н.

**РЕФЕРАТ**

**«Первые операции аппендэктомии»**

Выполнил: студент 104 гр.

лечебного ф-та

Жмырко Иван

Проверила:

асс.каф. Мартиросова Л.В.

**Астрахань 2012**

**История аппендицита**

О червеобразном отростке людям было известно еще с давних времен. Впервые строение червеобразного отростка описал великий Леонардо да Винчи. Первый раз аппендицит успешно вырезали в 1735 году в Англии мальчику в возрасте 10 лет. До изобретения операции аппендицит более чем в 90% заканчивался смертью заболевших этой болезнью.
Сегодня основным методом лечения острого аппендицита также остается аппендэктомия (удаление аппендицита хирургическим путем).
В начале 19 века в Англии были подробно описаны симптомы и признаки аппендицита. Термин аппендицит (воспаление червеобразного отростка) впервые был введен в 1886 году. В России впервые операцию по удалению червеобразного отростка осуществил хирург Домбровский.

# ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ

Руководствуясь характером принятых в разное время оперативных вмешательств и показаний к ним, историю учения об аппендиците целесообразно разделить на четыре периода.

Первый период, продолжавшийся несколько веков, вплоть до 1884 г., характеризуется тем, что хирурги в то время производили лишь вскрытие гнойников правой подвздошной области, не удаляя самого червеобразного отростка.

Второй период охватывает приблизительно 25 лет (с 1884 - 1909 гг.) и знаменателен тем, что отросток стали удалять в остром периоде заболевания, но только при наличии разлитого или ограниченного перитонита.

Третий период длился около 20 лет (с 1909 по 1926 гг.) . В эти годы применяли оперативное лечение острого аппендицита в первые 24-48 часов от начала заболевания. В более поздние периоды болезни при отсутствии тяжких гнойных осложнений (перитонит, аппендикулярные гнойники) применяли консервативное лечение.

Четвертый период (с 1926 г. по настоящее время) проходит при господстве доктрины оперативного лечения всех форм острого аппендицита независимо от срока заболевания.

**Первый период.**

О существовании гнойников правой подвздошной области знали давно. Нередко эти гнойники связывали с воспалительными изменениями в мышцах и называли «псоитами»; предполагали также, что указанные гнойники являются послеродовыми осложнениями, поэтому в старину их называли «маточными нарывами».

В начале XIX столетия французским клиницистом Дюпюитреном (Dupuytren) было создано учение о воспалении слепой кишки как причине подвздошных нарывов. Дюпюитрен ошибочно считал, что слепая кишка имеет мезоперитонеальное расположение, т. е. покрыта брюшиной только с трех сторон, а потому процессы, развивающиеся в слепой кишке, могут быстро переходить на забрюшинную клетчатку и вызывать в ней обширное нагноение. Это учение было поддержано немецким врачом Альберсом (Albers, 1838), который причиной воспаления слепой кишки считал копростаз.

Так возникли термины «тифлит», «пери- и паратифлит», которыми стали обозначать заболевания слепой кишки, ее брюшинного покрова и окружающей клетчатки.

Учение Дюпюитрена и Альберса вскоре прочно вошло в медицину и долго было серьезным препятствием на пути к выяснению истинной причины «подвздошных нарывов».

В 1842 г. венский патологоанатом Рокитанский (Rokitansky) указал на возможность катарального воспаления в отростке. Это послужило толчком к тому, что червеобразному отростку стали уделять больше внимания.

Немалую роль в борьбе с теориями Дюпюитрена и Альберса сыграли работы русских ученых, которые в числе первых выступили с критикой этого ложного учения. Еще в 1850 г. в лекциях слушателям Медико-хирургической академии П. Ю. Неммерт указывал, что прободение червеобразного отростка, наступающее будто бы в результате попадания в него инородных тел, может послужить причиной образования подвздошных нарывов.

Наконец, врач тульской больницы Г. Шахтингер (1861) в специальном исследовании рассматривал воспаление червеобразного отростка как самостоятельную нозологическую единицу.

Тем не менее немногочисленных секционных находок и отдельных наблюдений того времени было недостаточно для того, чтобы полностью отказаться от мысли о возможности образования подвздошных абсцессов в результате воспаления слепой кишки. Конечно, при таком состоянии клинических знаний, к тому же в доантисептическом периоде, лечение острого воспаления червеобразного отростка могло быть только консервативным.

Оперативному лечению подвергали лишь немногих больных с ограниченными гнойниками. Обычно делали небольшой разрез в правой подвздошной области соответственно припухлости, вызванной скоплением здесь гноя. Показания к операции ставили лишь при вовлечении в нагноительный процесс брюшной стенки. Вскрытие таких гнойников осуществлялось легко и даже в доантисептических условиях не представляло опасностей.

Нередко такие гнойники опорожнялись самопроизвольно, производя значительное разрушение брюшной стенки. Естественно, что в то время подвздошные гнойники были очень опасным заболеванием, так как больные, не дождавшись операции, нередко умирали от сепсиса. Больных же с перитонитом не оперировали вообще.

Внедрение в хирургическую практику асептики и антисептики и в связи с этим быстрое развитие хирургии брюшной полости привели к существенному изменению тактики при лечении подвздошных нарывов.

В 1881 г. московский хирург А. И. Шмидт впервые в мире произвел лапаротомию при разлитом гнойном перитоните с блестящим результатом. Вскоре эта операция получила более широкое распространение и стала применяться не только с лечебной, но и с диагностической целью. Многие больные с перитонитом аппендикулярного происхождения, которые в прежние времена были обречены на смерть, стали выздоравливать благодаря оперативному лечению.

Одновременно с развитием хирургии углублялись знания в области анатомии. Так, работы русских ученых А. И. Таренецкого (1881), а в последующем Г. И. Турнера (1892), посвященные топографии слепой кишки и червеобразного отростка, способствовали установлению правильных взглядов на происхождение подвздошных нарывов. Было установлено, что слепая кишка располагается внутрибрюшинно, а потому при ее воспалении процесс не может переходить на забрюшинную клетчатку.

Приблизительно в это же время удалось доказать, что червеобразный отросток часто является причиной внутрибрюшинных гнойников, которые не обязательно располагаются в правой подвздошной области, а занимают и другие отделы брюшной полости, так как отросток имеет брыжеечку, и положение его может варьировать.

В конце 80-х годов прошлого столетия комиссией американских врачей во главе с Фитцем (Fitz) был предложен термин «аппендицит». Название это наиболее точно и правильно отражало анатомическую природу заболевания. Уже в то время анатомы и клиницисты нередко называли червеобразный отросток (processus vermicularis) «придатком» кишки (appendix). Отсюда и появился термин «appendicitis».

С середины 80-х годов 19 столетия начинается **второй период** в развитии учения об аппендиците. В это время удаление червеобразного отростка производили лишь при наличии перитонита и аппендикулярных гнойников.

Впервые червеобразный отросток был удален в 1884 г. Независимо друг от друга эту операцию выполнили в Англии Махомед (Mahomed) и Кронлейн (Kronlein) при осложненных формах аппендицита. В первом случае отросток был удален при наличии гнойника; во втором — при разлитом гнойном перитоните.

В 1890 г. А. А. Троянов выполнил первую в России аппендэктомию. В последующем эту операцию стали производить не только в клинических и городских больницах, но и в провинциальных лечебных учреждениях. В дальнейшем на протяжении почти полвека (до 30-х годов 20 столетия) показания к аппендэктомии составляли наиболее важный вопрос в проблеме острого аппендицита.

В конце XIX и в начале XX столетий подавляющее большинство врачей всего мира стояло на позиции выжидательно-консервативного лечения острого аппендицита. Это означало, что больных с острым аппендицитом должен был лечить только хирург; в начале приступа все больные подвергались консервативному лечению (покой, диета, опий или слабительное, тепло или холод) и лишь при наличии осложнений в виде перитонита или аппендикулярных гнойников применялось оперативное вмешательство. Такую тактику оправдывали в то время тем, что не в каждом случае воспаление червеобразного отростка давало осложнения и что, наблюдая за больным, хирург имеет возможность в любой момент произвести операцию при угрозе перитонита.

Одновременно с этим некоторые врачи придерживались болеерадикальной тактики в лечении аппендицита. Так, некоторые американские и английские хирурги (Фитц, Вейр, Мак-Бурней —McBurney, Тревес) рекомендовали оперировать больных еще до развития осложнений.

Французский клиницист Дьелафуа (Deilafoy) говорил, что от аппендицита никто не должен умирать, а этого можно добиться, если всех больных этим заболеванием будут оперировать.

Однако выжидательно - консервативная тактика лечения аппендицита давала неблагоприятные результаты. Летальность при перитоните в эти годы достигала 80 - 90%, а при наличии гнойников — до 30%.

В результате запоздалых операций хирурги, даже пользуясь широкими разрезами, не всегда имели возможность удалить измененный червеобразный отросток. В тех случаях, когда отросток удавалось найти, обрабатывали культю недостаточно надежно (лигатурный способ), а брюшную полость тампонировали из-за наличия в ней гноя. Это часто приводило к образованию каловых свищей и вентральных грыж.

Неутешительные результаты оперативного лечения осложненного аппендицита побуждали пересмотреть вопрос о хирургической тактике при этом заболевании и расширить показания к аппендэктомии. Начался **третий период** в развитии оперативного лечения острого аппендицита, характеризующийся удалением червеобразного отростка в первые 24 — 48 часов от начала заболевания.

В начале XX столетия ранняя операция производилась только у больных с подозрением на деструктивную форму аппендицита. При более легком течении заболевания, как и раньше, применялось консервативное лечение.

При подобной тактике оставалась высокой летальность, хотя она и снизилась по сравнению с предыдущим периодом. Так, по данным Обуховской больницы, летальность при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения в 1903 г. достигала 79,7%, а после применения ранней операции (1909) снизилась до 32,2%. Наилучшие результаты были получены при операции в течение 2 суток от начала заболевания, причем даже при наличии разлитого перитонита умерло только 2,8% больных. Общая послеоперационная летальность при остром аппендиците снизилась с 50,7% (1905-1908) до 21,1% (1909-1912).

Естественно, что такие результаты не удовлетворяли хирургов, поэтому в последующие годы ранняя операция стала применяться у всех больных вне зависимости от формы заболевания и лишь ограничивалась временем, прошедшим с момента приступа (вмешательство производилось не позднее 48 часов от начала заболевания).

Подобная тактика оправдывалась тем, что клиническое течение аппендицита, особенно в первые часы заболевания, не соответствует патологоанатомическим изменениям в отростке, и предсказать исход заболевания удается не всегда. В то время думали, что по прошествии 48 часов воспалительный процесс либо стихает, либо отграничивается. Оперировать больных в межуточной стадии, т. е. на 3-7-е сутки, считали опасным из-за разрушения естественного отграничительного «барьера» и возможности распространения инфекции. В то время операция в межуточном периоде считалась показанной только при нарастании общих явлений и угрозе разлитого перитонита. Применение ранней операции, даже производимой в первые 48 часов от начала заболевания, резко уменьшило число больных с осложненным острым аппендицитом и снизило послеоперационную летальность.

В то время было обращено внимание на улучшение техники операции. Был оставлен метод промывания брюшной полости, применявшийся раньше при лечении перитонита. Резко сузились показания к тампонаде брюшной полости. Вместо больших травматичных разрезов перешли к применению тех же разрезов, которые употребляются и при лечении хронического аппендицита. Наибольшее распространение получили разрез Леннандера (продольный разрез брюшной стенки по внутреннему краю прямой мышцы живота, немного отступя от средней линии.) и разрез, предложенный Н. М. Волковичем и Мак Бурнеем (разрез, длиной 6—10 см, проводят параллельно паховой связке). Перитонизация культи червеобразного отростка считалась обязательной во всех случаях. Таким образом, техника операции при остром и хроническом аппендиците стала почти одинаковой.

**Четвертый период** в развитии оперативного лечения острого аппендицита характеризуется применением ранней операции вне зависимости от срока и формы заболевания. Современное понятие ранней операции означает выполнение аппендэктомии в первые часы после поступления больных в стационар. Подобная тактика является наиболее правильной, так как позволяет избежать осложнений, связанных с выжиданием. Такой вопрос, как несоответствие клинической и патологоанатомической картины заболевания, в значительной мере потерял свою остроту вследствие применения раннего оперативного лечения всех больных острым аппендицитом. Началом этого периода мы условно считаем 1926 г., хотя до 30-х годов текущего столетия единодушия во взглядах хирургов по вопросу о показаниях к операции не существовало.

В разработке техники аппендэктомии приняли участие многие видные хирурги различных стран. Наиболее распространенным доступом к червеобразному отростку был и остается по настоящее время косой разрез в правой подвздошной области с послойным разъединением мышц по ходу их волокон. Этот разрез был предложен Н. М. Волковичем (1898), Мак-Бурнеем (1894) и П. И. Дьяконовым (1898).

Что касается способов обработки культи червеобразного отростка, то их следует разделять на две группы: 1) удаление отростка с оставлением неперитонизированной культи и 2) удаление отростка с последующей перитонизацией культи.

К первой группе относится лигатурный способ, который впервые был применен Кронлейном в 1884 г. В России раньше других его применил Ф. Л. Сегет (1891). Однако этот способ не давал надежной герметичности культи отростка и нередко приводил к осложнениям.

Несмотря на большое число предложенных доступов к червеобразному отростку и способов обработки его культи, в настоящее время большинство хирургов производят аппендэктомию из разреза Волковича-Мак-Бурнея с перитонизацией перевязанной культи кисетным швом.

**Техника аппендэктомии.**

 Обезболивание — в большинстве случаев местная инфильтрационная анестезия. При явлениях развивающегося перитонита необходим интубационный наркоз или спинномозговая анестезия. Целесообразнее пользоваться косым разрезом с раздвиганием мышц, который обеспечивает широкий доступ для осмотра брюшной полости. Иногда при развившемся перитоните производят срединную лапаротомию. Вскрыв 'брюшину, оценивают количество и характер (серозный, гнойный, ихорозный) выпота. Если обнаруживают большое скопление экссудата, его отсасывают аспиратором, а затем во всех направлениях закладывают марлевые салфетки, которые впитывают серозно-гнойное содержимое во время аппендэктомии. Обычно в ране предлежит слепая кишка, которая определяется по наличию taenia libera и серовато-голубоватой окраске; впрочем, гиперемия может изменить цвет кишки. Если слепую кишку приходится искать, то ориентируются по ходу боковой, а затем задней пристеночной брюшины, которая непосредственно переходит на стенку слепой кишки, а выше — на брыжейку восходящей кишки. Обнаружив caecum, ее осторожно захватывают и выводят из брюшной полости. Прослеживают книзу taenia libera, которая и приводит к основанию отростка.

 По извлечении отростка брыжейку его пересекают между кровоостанавливающими зажимами и перевязывают ниткой; при этом нужно следить, чтобы в лигатуру попала и первая (ближайшая к основанию отростка) веточка a. appendicularis во избежание кровотечения (рис. 5, 5). Так называемый лигатурный метод, при котором культю не погружают в кисет, слишком рискован; у взрослых им пользоваться не следует. Вокруг основания отростка на слепую кишку накладывают (не затягивая) кисетный шов. Основание отростка перевязывают лигатурой, отсекают отросток, культю его погружают в просвет кишки, после чего затягивают кисетный шов.

 Закончив удаление отростка, проверив гемостаз и опустив кишку в брюшную полость, удаляют марлевые салфетки. При развившемся разлитом гнойном перитоните особенно важно тщательное опорожнение межкишечных абсцессов и удаление гнойных скоплений из-под диафрагмы и из полости малого таза. Промывать брюшную полость не следует. После осушения нужно еще раз проверить, не кровоточит ли культя брыжеечки отростка. Затем в брюшную полость вливают раствор антибиотиков: пенициллина — 100 000 ЕД, стрептомицина — 500 000 ЕД. Операционная рана обычно может быть зашита наглухо. Однако при выраженных явлениях перитонита между швами оставляют тонкий резиновый дренаж для введения в брюшную полость антибиотиков, а при гангрене отростка, при ихорозном выпоте кожную рану не зашивают и на зашитом апоневрозе оставляют длинные концы нитей. Если вокруг отростка было ограниченное спайками скопление гноя или имелся ретроцекальный аппендицит, то рану вообще не зашивают, а оставляют в брюшной полости, кроме тонкого дренажа, отграничивающие марлевые тампоны, которые начинают подтягивать на 7—8-е сутки После операции и удаляют совсем к 8—10-му дню.

 При отсутствии резких изменений в брюшине послеоперационное лечение ограничивается только внутримышечным введением антибиотиков в течение первых 3—4 суток. Очистительная клизма может быть назначена на 4—5-й день.

 Из осложнений в послеоперационном периоде наиболее часто наблюдается образование внутрибрюшинных гнойников, обычно связанное с недостаточным удалением гнойного выпота во время операции. Абсцесс может локализоваться между петлями кишок (межкишечные абсцессы), под диафрагмой, но чаще всего — в дугласовом пространстве. У больного, упорно лихорадящего после операции по поводу острого аппендицита, прежде всего нужно исследовать пальцем прямую кишку, чтобы вовремя обнаружить скопление гноя и вскрыть его.

 Грозные осложнения могут возникнуть в результате неполноценного гемостаза. Если брыжеечка отростка плохо перевязана и кровоточит в брюшную полость, то обычно уже в первые сутки определяется картина полостного кровотечения, при котором показана релапаротомия.



***Аппендэктомия:
1 — линия кожного разреза, слева внизу — схема анестезии;***

***2 — направление разреза наружной косой мышцы;***

***3 — обнажение внутренней косой мышцы;***

***4 — волокна внутренней косой мышцы раздвинуты тупо, обнажена брюшина;***

***5 — лигатура брыжеечки отростка;***

***6 — подготовка кисетного шва; наложение лигатуры у основания отростка;***

***7 — наложение зажима на отросток перед его отсечением;***

***8 — отсечение отростка;***

***9 — погружение культи отростка в кисет;***

***10 — операция закончена.***

**Список литературы.**

1. «Сто великих врачей». Шойфет М.С. 2004г.

2. Мейер-Штейнег Т., Зудгоф К., История медицины, пер. с нем., М. - Л., 1925;.

3. Оппель В. А., История русской хирургии, Вологда, 1923

4. ; «Медицина», Бородий Н.К.,Самойлович Д.С. 1985г.
5. «Популярная история медицины». Грицак Е.Н. 2003г.
6.Разумовский В. И., Исторический очерк развития русской хирургии, в кн.: 7.http://tululu.ru/b81276/
8. http://www.litres.ru/raznoe/istoriyamediciny; 9.http://www.rulit.net/books/istoriyamediciny-83008-1.html;
10. http://www.bibliotekar.ru/423/31.ru