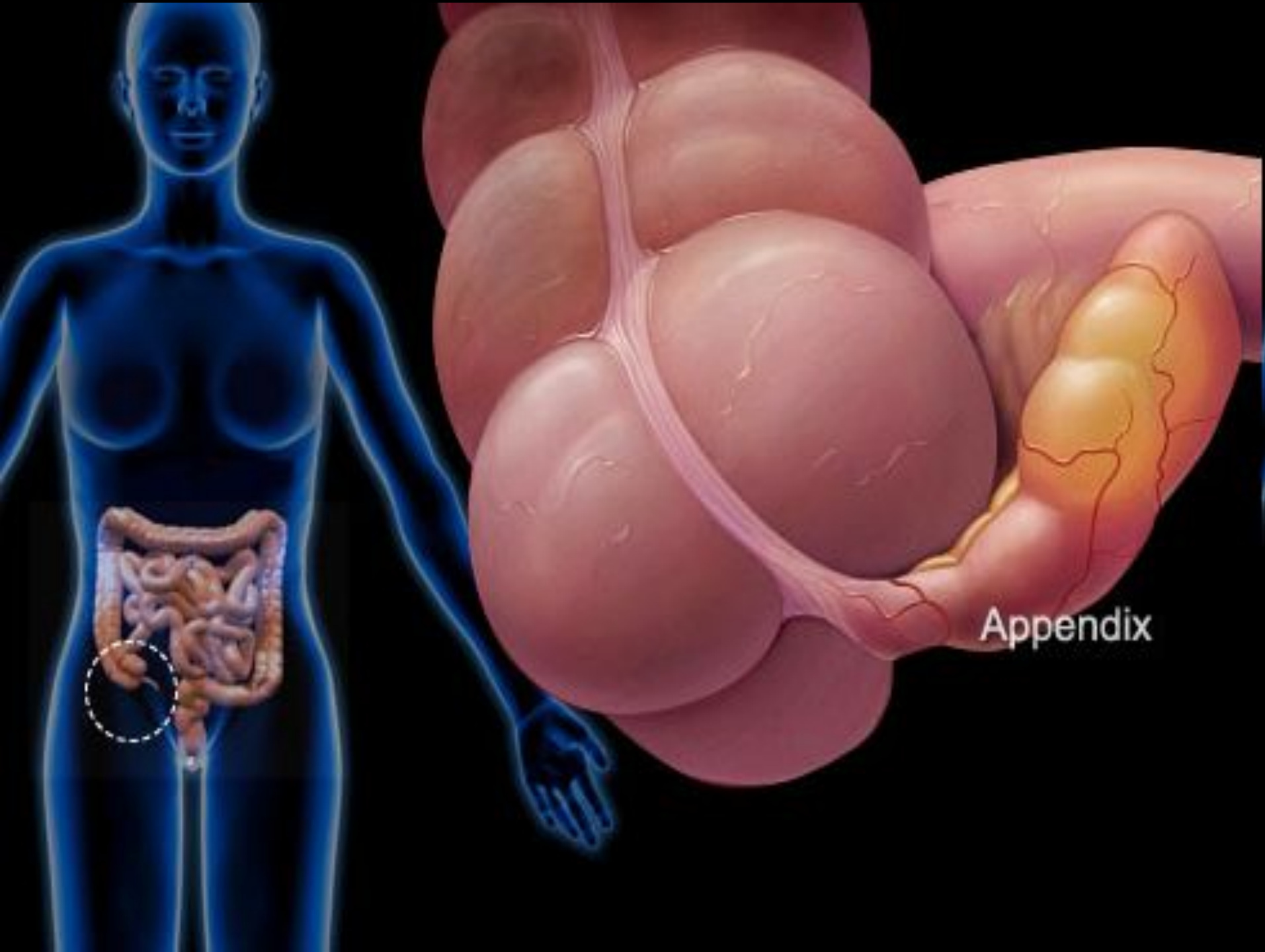


ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ
Кафедра факультетской хирургии с урологией

Тема лекции:

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АПЕНДИЦИТА

Зав.кафедрой проф.Мильдзихов Г.Б.



ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- Аппендикулярный инфильтрат: с инволюцией инфильтрата через 4-6 нед. и с абсцедированием
- Распространенный гнойный перитонит
- Внутрибрюшные абсцессы (тазовый, межкишечные, поддиафрагмальный)
- Пилефлебит (септический тромбофлебит воротной вены и её притоков)
- Абсцессы печени
- Сепсис

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

- Аппендикулярный инфильтрат - конгломерат, состоящий из воспалительно-измененных петель кишок, сальника, отграничивающих от свободной брюшной полости воспаленного червеобразного отростка и скопившегося вокруг него экссудата.
- Образуется обычно к 3-5 дню от начала заболевания. Клинический признак инфильтрата — обнаружение при пальпации болезненной воспалительной опухоли в правой подвздошной области.
- Общее состояние больного к этому времени улучшается, снижается температура тела, уменьшаются боли. Больной отмечает тупую боль в правой подвздошной области, усиливающуюся при ходьбе. Признаки раздражения брюшины отсутствуют.
- Аппендикулярный инфильтрат может инволюционировать или абсцедировать.

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

- В первом случае нормализуется температура, происходит уменьшение размеров инфильтрата, исчезает болезненность в правой подвздошной области, нормализуются показатели крови после проведения консервативного лечения, включающего постельный режим, антибиотикотерапию и физиотерапевтические процедуры. Всем больным, у которых консервативная терапия оказалась эффективной, рекомендуется аппендэктомия через 3-4 мес. после выписки из стационара.

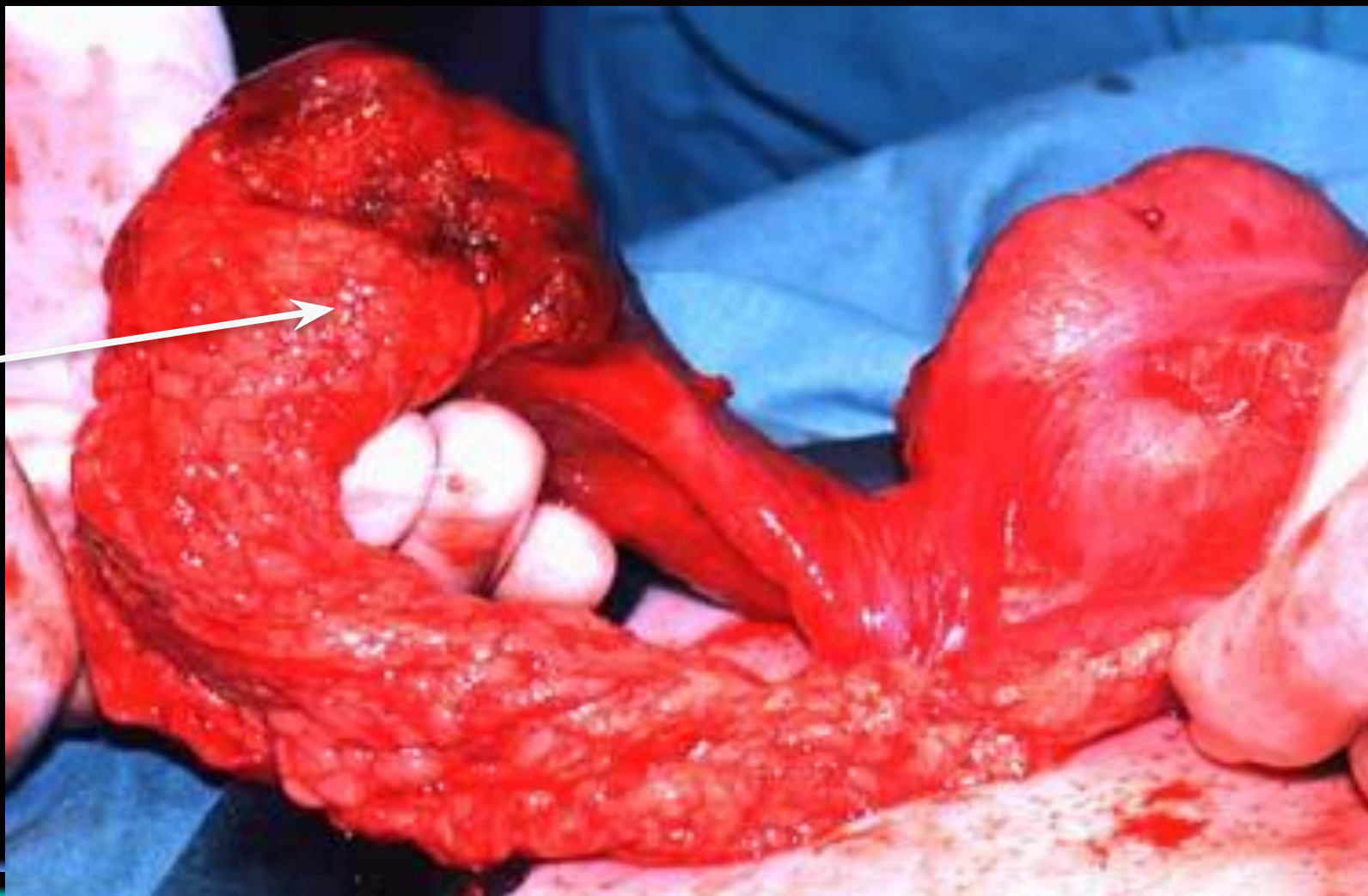
Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата

- При нагноении аппендикулярного инфильтрата формируется абсцесс.
- Абсцессы формируются на 6-7 день не только вокруг червеобразного отростка, но и в других местах брюшной полости - межкишечный, тазовый, подпеченочный и т.д.
- при сформировавшемся плотном инфильтрате все манипуляции, кроме тампонады, противопоказаны!

Клиника аппендикулярного абсцесса

- Ухудшение общего состояния пациента
- Гектическая температура с ознобами
- Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- Пальпаторно образование с нечеткими контурами, болезненное с участками размягчения.

Аппендикулярный абсцесс



Хирургическая тактика

- Таким образом, при абсцедирующем аппендикулярном инфильтрате показано вскрытие абсцесса под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов через обычный операционный разрез Волковича-Дьяконова или внебрюшинным доступом ближе к гребню подвздошной кости, чтобы предупредить попадание гноя в свободную брюшную полость. После удаления гноя производят осторожную ревизию илеоцекальной области. Полость гнойника дренируют.
- при сформировавшемся плотном инфильтрате все манипуляции, кроме тампонады, противопоказаны!

Межкишечный абсцесс

- Располагаются между петлями тонкой, толстой кишки и сальником
- Делятся на 2 группы:
 1. Первичные (локализуются в бласти первоначального источника - червеобразного отростка)
 2. Резидуальные или остаточные (формируются после диффузного перитонита)

Осложнения

- Вскрытие абсцесса в свободную брюшную полость
- Вскрытие в полый орган
- Кишечные свищи
- Непроходимость кишечника

Причины развития межкишечных абсцессов

- Нагноение аппендикулярного инфильтрата
- Поздняя операция с развитием распространенного перитонита
- Погрешности в оперативной технике (прокол кишки, неадекватная санация брюшной полости и т.д.)

Клиническая картина

- Зависит от локализации и размеров гнойника

Характерно:

- Высокая температура
- Ознобы
- Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- Пальпаторно определяется малоболезненный инфильтрат
- При больших размерах-асимметрия живота

Диагностика и лечение

- Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- УЗИ
- Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия
- Выжидательная тактика
- При ухудшении состояния - оперативное лечение (вскрытие и дренирование полости гнойника)

Тазовый абсцесс (абсцесс дугласова пространства)

- Общие признаки воспалительного процесса
- Боли незначительные внизу живота
- Частое и болезненное мочеиспускание
- Явления реактивного проктита (тенезмы, частый жидкий стул, примесь слизи в кале)
- Пальпация живота малоинформативна

Диагностика и лечение

- Пальцевое исследование прямой кишки
- ОАК
- УЗИ трансректальным датчиком
- Консервативная терапия-режим и антибактериальная терапия с сочетанием с применением микроклизм и спринцевания у женщин.
- При неэффективности - вскрытие абсцесса через влагалище или прямую кишку и адекватным дренированием гнойной полости

Поддиафрагмальный абсцесс и причины его возникновения

- Градиент давления между верхним и нижним этажом брюшной полости, что способствует перемещению жидкости
- Активная перистальтика кишечника
- Горизонтальное положение способствует проникновению инфекции в поддиафрагмальное пространство

Клиническая картина

- Боль справа в области расположения гнойника, носит острый резкий характер.
- Симптом **Лейдена** – сглаженность межреберий при значительном размере гнойной полости
- Общие симптомы
- Симптом **Дюшена** – втягивание подложечной области при выдохе и выпячивание на вдохе («парадоксальное дыхание»)
- Симптом **Крюкова** – болезненность при надавливании на межреберья в проекции абсцесса

Диагностика и лечение

- Следует запомнить, что поддифрагмальный абсцесс является **торако-абдоминальным клиническим комплексом**, поэтому грудную клетку необходимо обязательно обследовать!
- УЗИ
- Обзорная рентгенография брюшной полости (высокое стояние диафрагмы, уровень жидкости над диафрагмой, газовый пузырь)

Диагностика и лечение

Торакальные симптомы

- Боль в плече
- Икота
- базальный ателектаз
- Плеврит

Характерна инкапсуляция абсцесса

Основной метод лечения пункция под контролем УЗИ или рентгенохирургическим методом с дренирование полости гнойника ПВХ-трубкой и наложением проточной системы в сочетании с мощной антибактериальной терапией

- Осложнения:

внутригрудные (плеврит, бронхопульмональный свищ, перикардит и т.д.)

внутрибрюшные (перфорация в брюшную полость, в кишку, в желудок, свищи и т.д.)

Лечение

- Основной метод лечения - вскрытие и адекватное дренирование гнойной полости

Две группы операций:

1. Трансторакальные (по Мельникову А.В.)
2. Трансабдоминальные (по Клермону)

Распространенный гнойный перитонит

- Если при вскрытии брюшной полости обнаруживается разлитой гнойный перитонит, операцию через локальный доступ в правой подвздошной области прекращают и выполняют срединную лапаротомию. В дальнейшем тактика хирургического вмешательства не отличается от принципов лечения распространенного перитонита.

- Причиной перитонита являются несостоятельность швов культи его, а также перфорация некротизировавшихся участков слепой кишки или же нагноение гематом.
- Лечение – релапаротомия и лечение перитонита по всем правилам этого осложнения.
- **Пилефлебит** - гнойный тромбоз воротной вены, ведущий к развитию абсцессов в печени и сепсису. Высокая летальность обусловлена развитием септического состояния. Больные погибают от печеночно-почечной недостаточности.

спасибо за
внимание!

