

**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, КАФЕДРА
ДИТЯЧИХ ХВОРОБ *(КУРС ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ)***



ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ДІТЕЙ

**ЛЕКЦІЯ ДРУГА
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ**

**РАННЯЯ ОПЕРАЦИЯ — ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.**

**ЕДИНСТВЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
ПЛОТНОГО НЕПОДВИЖНОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО
ИНФИЛЬТРАТА.**

Предоперационная подготовка

Характер и длительность дооперационной подготовки зависят от продолжительности заболевания, тяжести состояния ребенка при поступлении, его возраста, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

Если ребенок поступает в ранние сроки заболевания с неосложненным острым аппендицитом, то подготовку к операции проводят по общехирургическим правилам (опорожнение желудка с помощью зонда, премедикация и т.д.).

При осложненном аппендиците (перитоните), помимо общих мероприятий, дооперационная подготовка направлена на борьбу с интоксикацией, эксикозом, гипертермией. Ребенку пунктируют подключичную вену по методу Сельдингера и начинают детоксикационную жидкостную терапию.

Большинство детских хирургов рекомендуют предоперационную подготовку осуществлять не дольше 2—6 ч. За это время общее состояние ребенка заметно улучшается, температура тела снижается, уменьшаются явления интоксикации.



Оперативное лечение

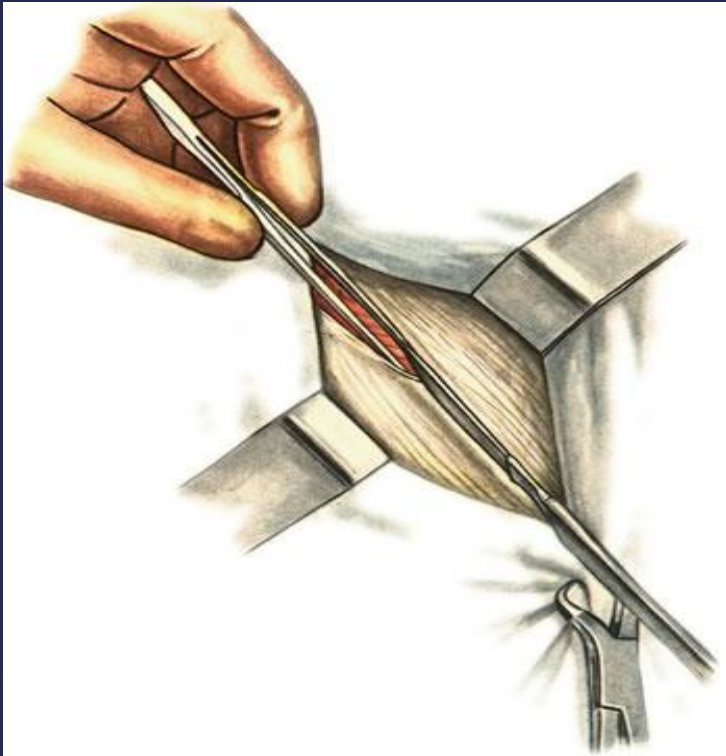
При неосложненных формах острого аппендицита применяют масочный наркоз. Если состояние ребенка тяжелое, имеется резкая интоксикация на фоне перитонита, то показан эндотрахеальный наркоз с ИВЛ.



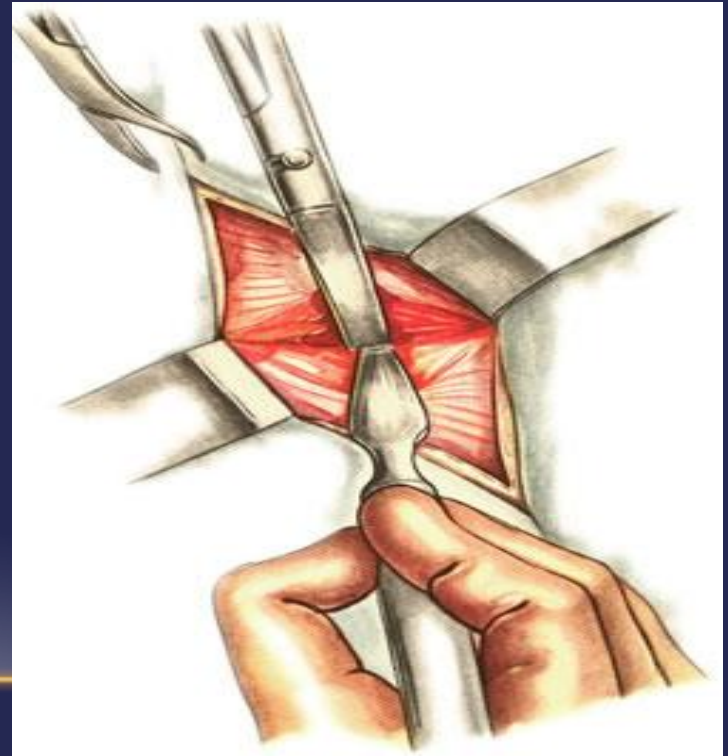
Техника операции.

Техника операции при остром аппендиците. Большинство детских хирургов применяют разрез Волковича—Дьяконова. Обнаруженный в брюшной полости экссудат берут на посев.

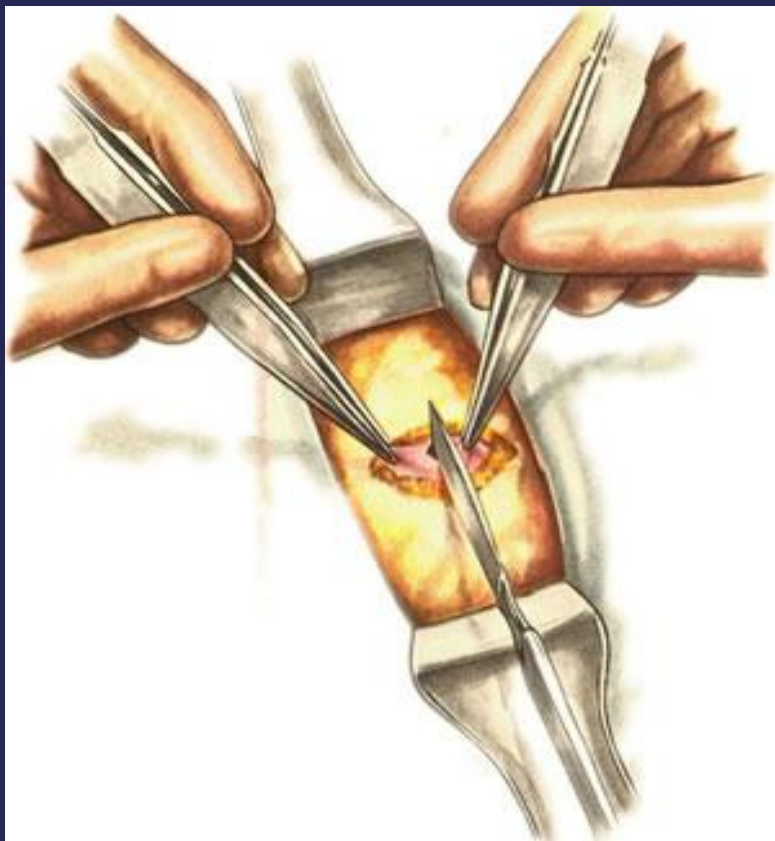
**Рассечение апоневроза
наружной косой мышцы живота.**



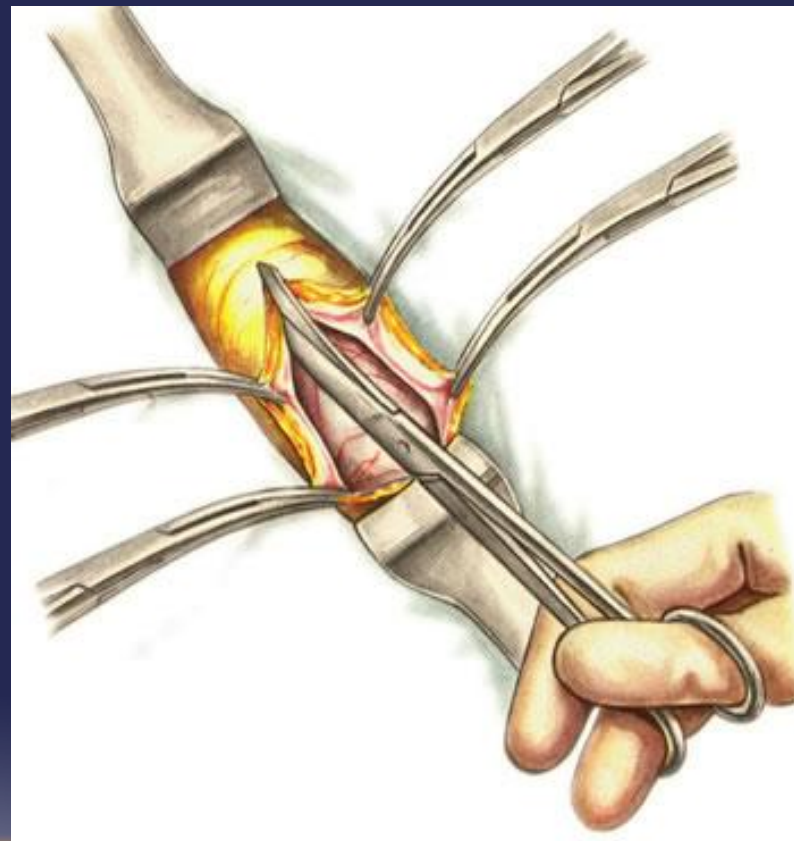
**Расслаивание внутренней косой
и поперечной мышц живота.**



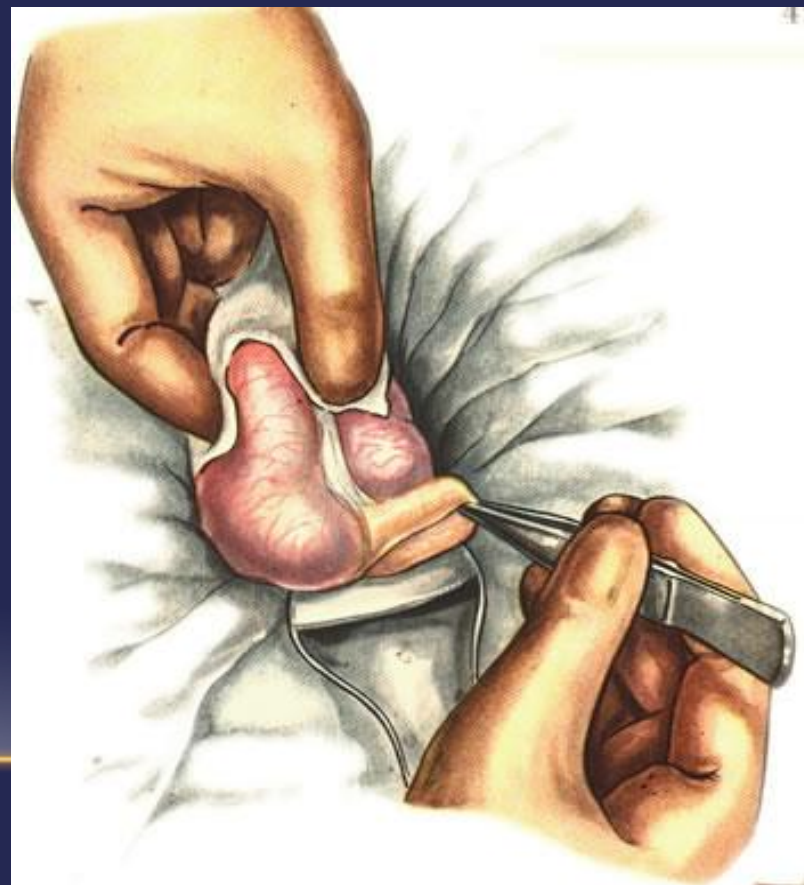
**Рассечение париетальной
брюшины между двумя пинцетами.**



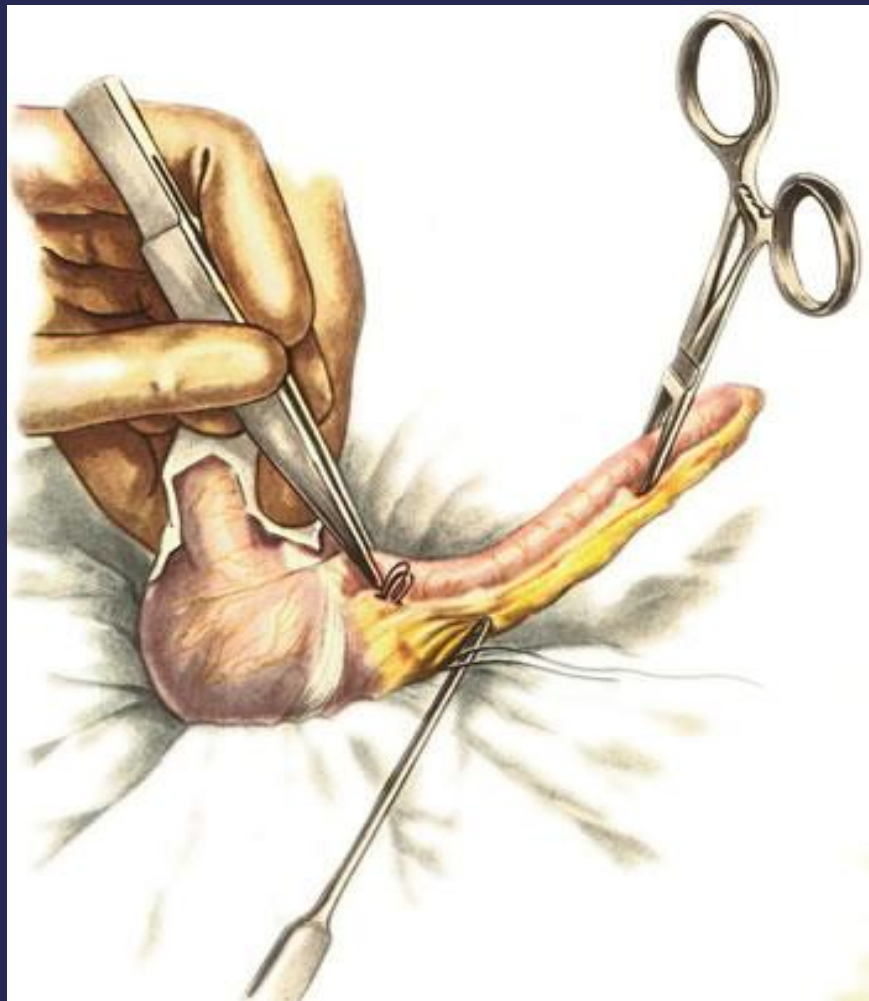
**Рассечение париетальной
брюшины по длине раны.**



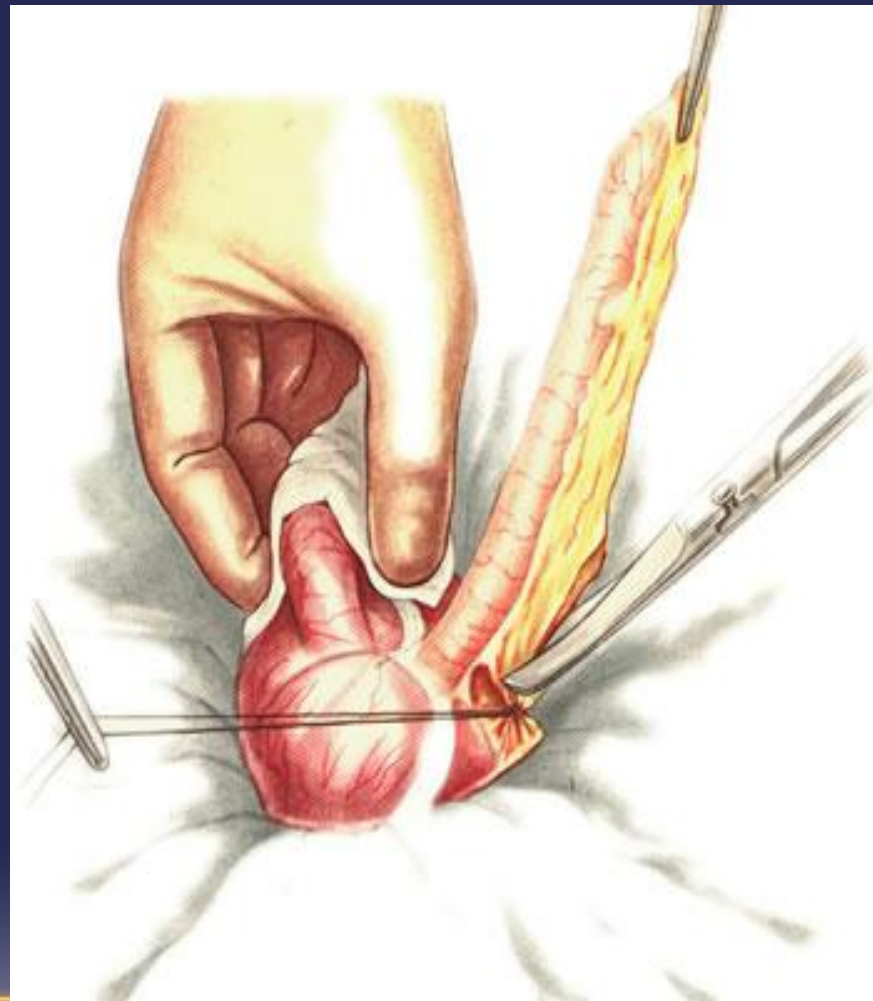
Слепую кишку с червеобразным отростком выводят в рану. На край брыжейки у верхушки отростка накладывают зажим, брыжейку отростка перевязывают шелком у основания и отсекают (при наличии спаек или короткой брыжейке ее перевязывают по частям). Если к отростку припаян сальник, то его прошивают кетгутом вне инфильтрированной части, отсекают и культю перитонизируют.



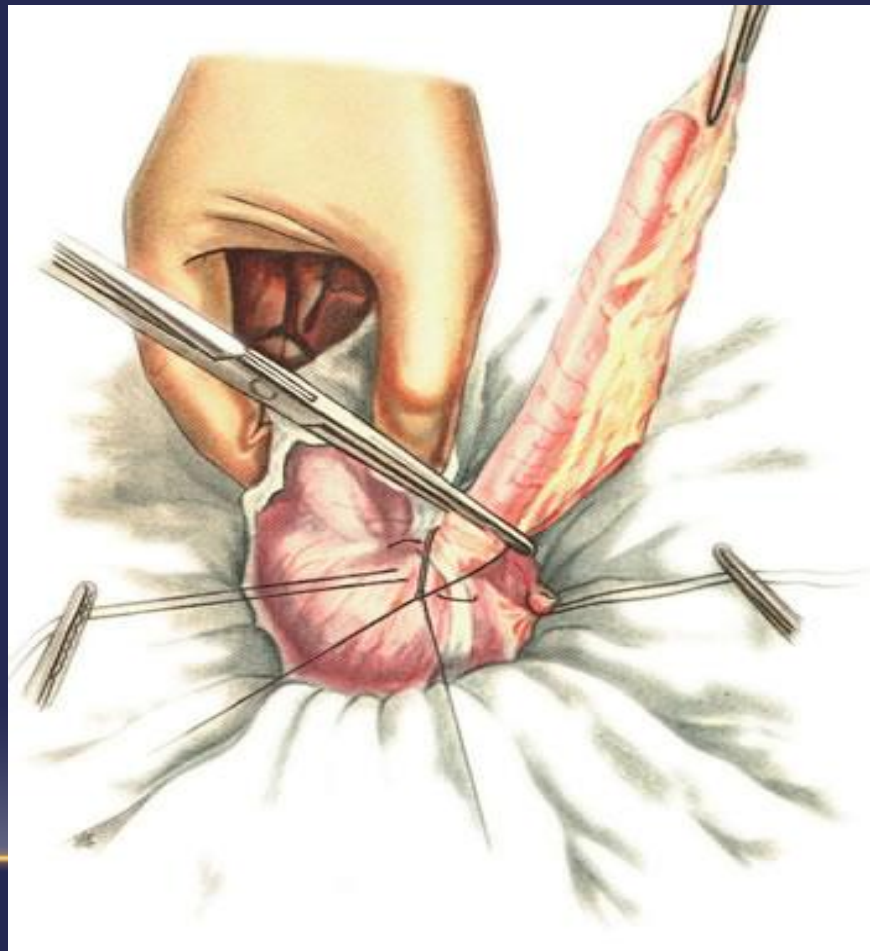
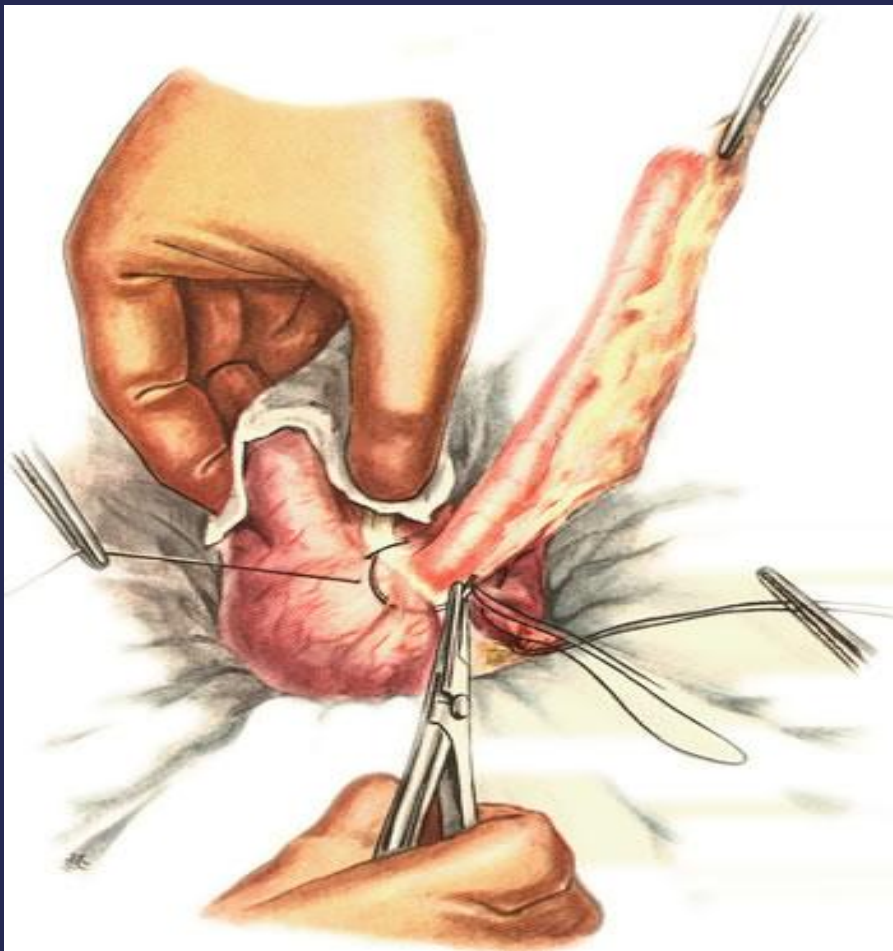
**Перевязка брыжейки
червеобразного отростка.**



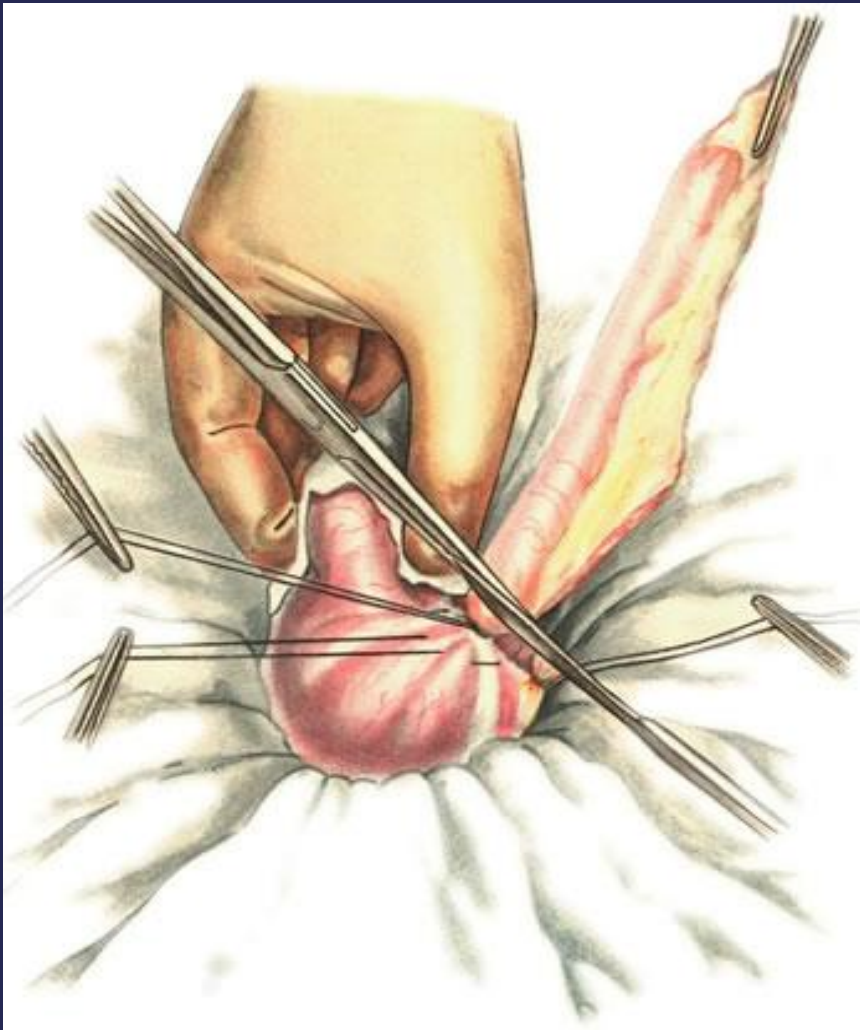
**Рассечение брыжейки
червеобразного отростка.**



Вокруг основания отделенного от брыжейки червеобразного отростка на слепой кишке накладывают кисетный шов. Затем зажимом Кохера пережимают основание отростка и, перевязав его на этом месте кетгутом, отсекают выше на 0,5 см (между лигатурой и зажимом).

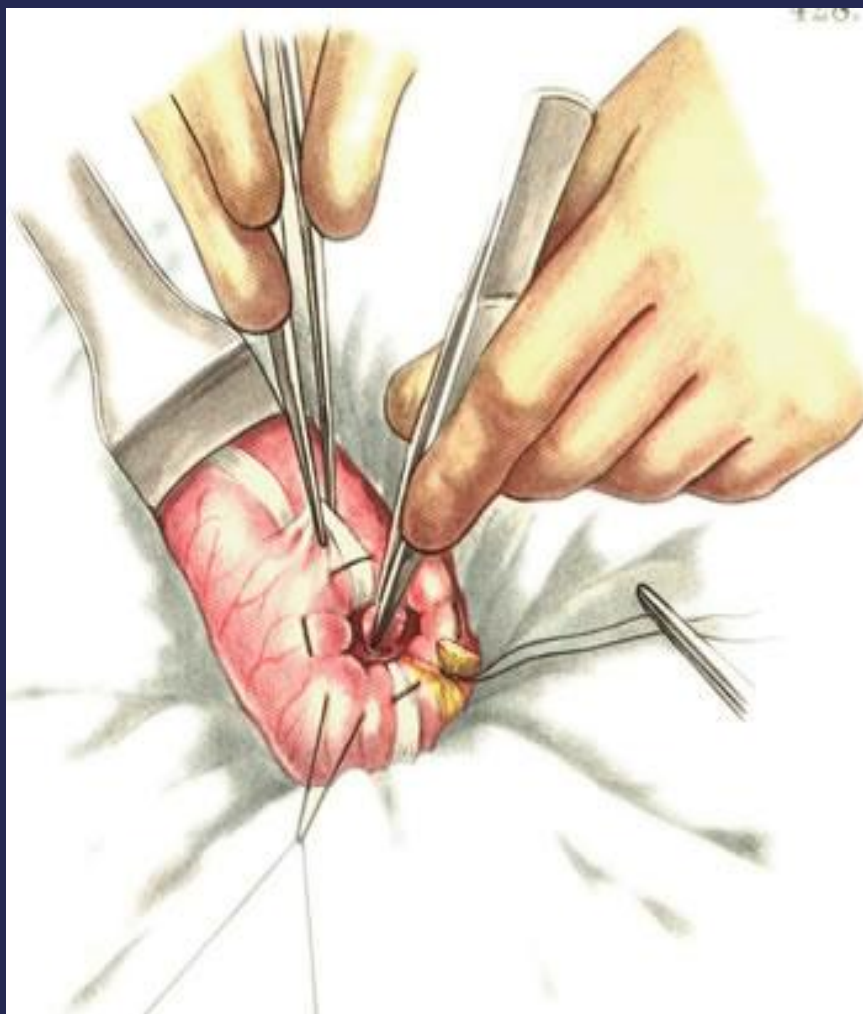


Отсечение червеобразного отростка.



Культю отростка смазывают спиртовым раствором йода и погружают кисетным швом в стенку слепой кишки. Следует помнить о том, что при деструктивных формах аппендицита и особенно при перитоните кисетный шов накладывают более широко, чтобы была возможность хорошо погрузить культю отростка в стенку слепой кишки. Если кисетный шов недостаточно прикрывает культю, то накладывают добавочный Z-образный шов.

Погружение культи червеобразного
отростка кистным швом.



Наложение Z-образного шва.



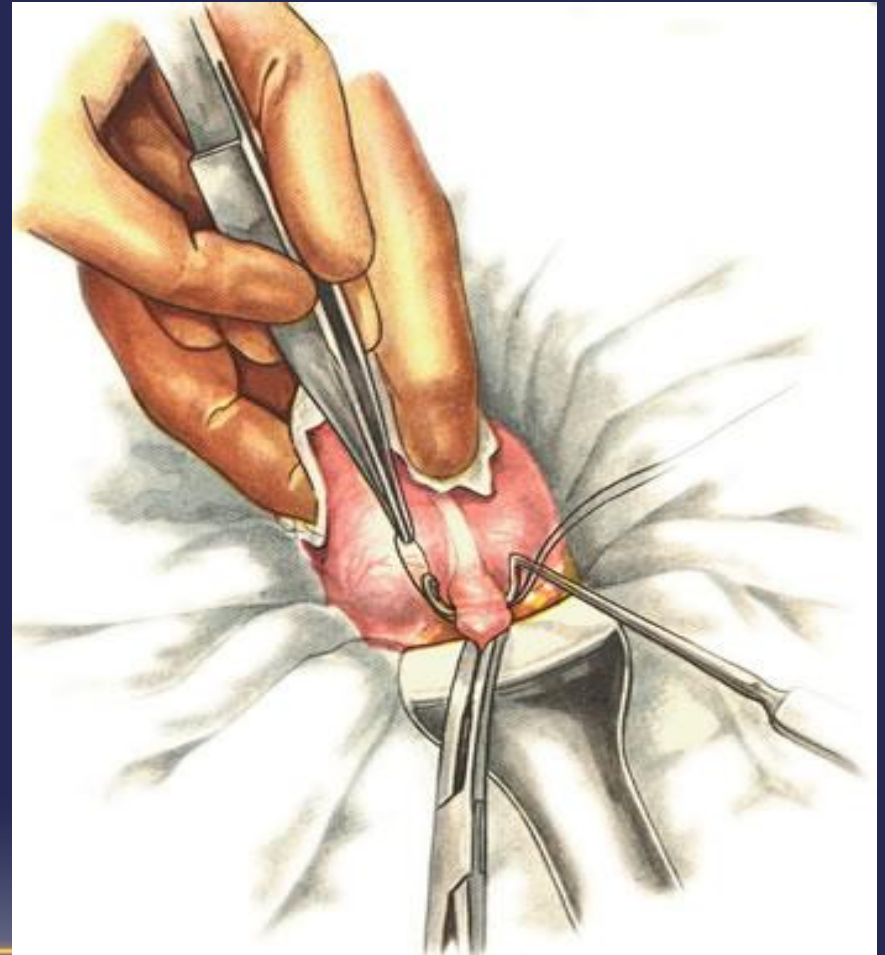
Если червеобразный отросток не удается вывести в рану (ретроцекальное или тазовое положение отростка, спайки), то производят **ретроградную аппендэктомию**. Для этого слепую кишку максимально подтягивают в рану, находят основание отростка и проводят под него узкую марлевую полоску-«держалку». Затем пережимают основание отростка зажимом и перевязывают по этому месту кетгутовой лигатурой. Отступя от лигатуры на 0,5 см, накладывают зажим и по его краю отросток пересекают. Культю обрабатывают спиртовым раствором йода и погружают кисетным швом. После этого слепая кишка становится более мобильной, ее подтягивают в рану и пальцем осторожно ощупывают место фиксации верхушки отростка. При наличии рыхлых спаек их осторожно разделяют, плотные сращения лигируют и рассекают между зажимами. Выделенный отросток извлекают в рану, брыжейку его перевязывают шелковой нитью. Необходимо убедиться в том, что весь отросток с его верхушкой удален, так как возможны отрыв верхушки отростка и оставление ее в глубине брюшной полости. В таких случаях следует попытаться обнаружить и удалить верхушку отростка. Если это не удастся, то к месту предполагаемого местонахождения верхушки необходимо подвести тампон и ниппельный микроирригатор для последующего введения через него антибиотиков.

Ретроградная аппендэктомия.

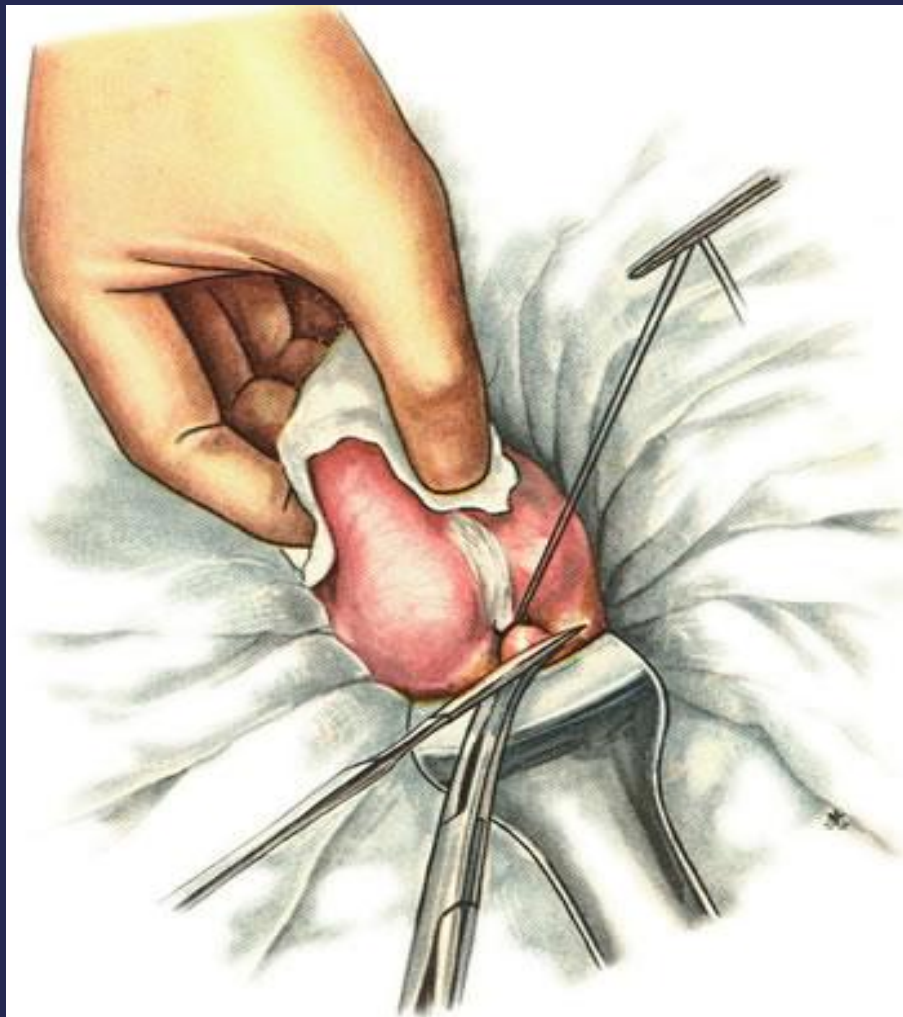
Пережатие червеобразного отростка.



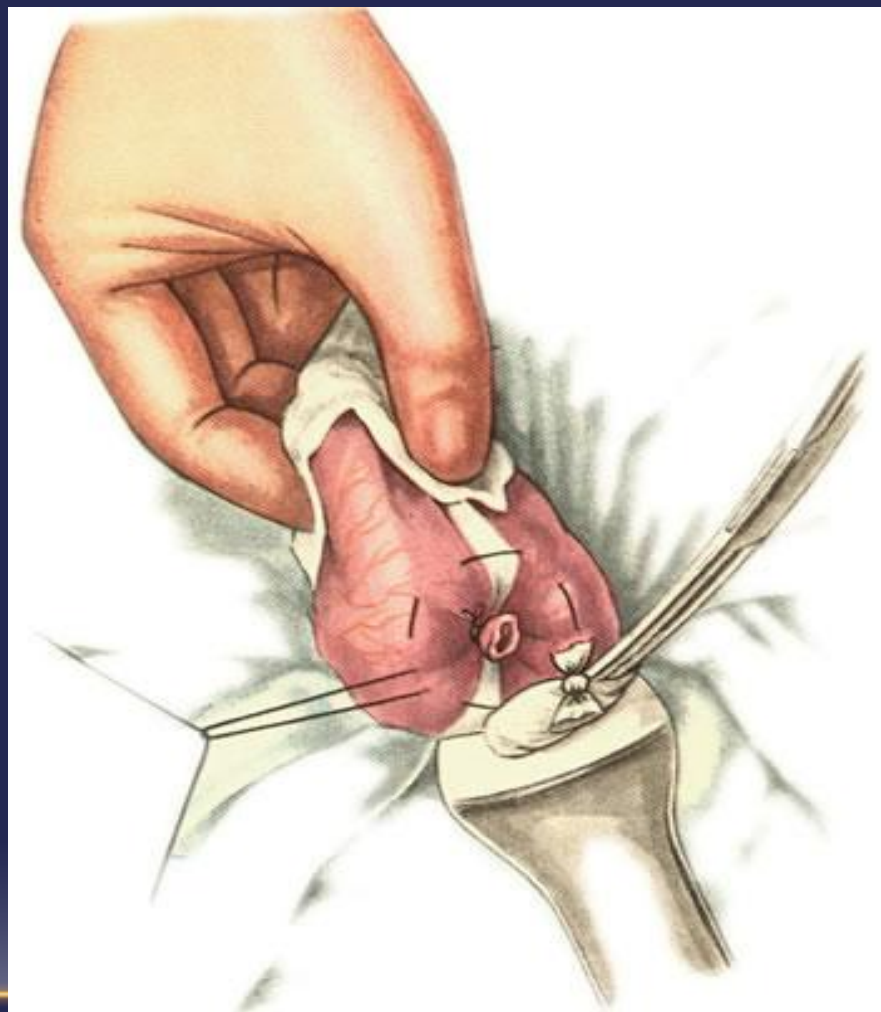
Перевязка червеобразного отростка у основания.



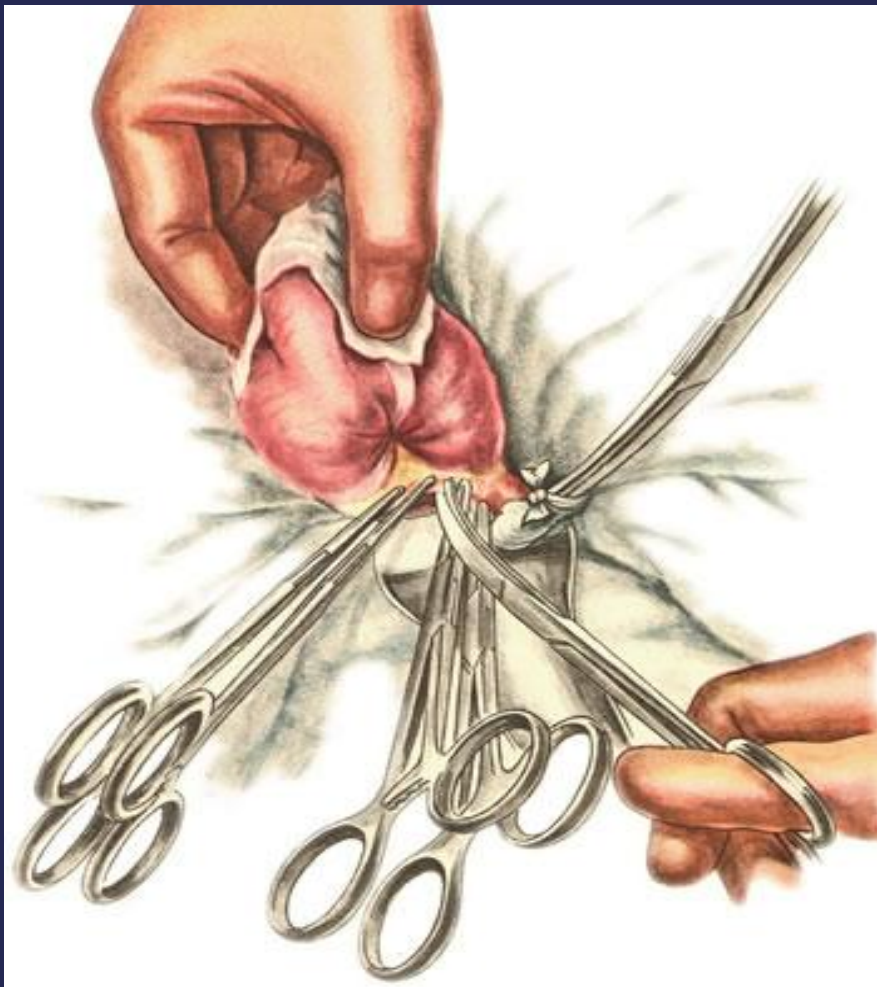
Отсечение червеобразного отростка.



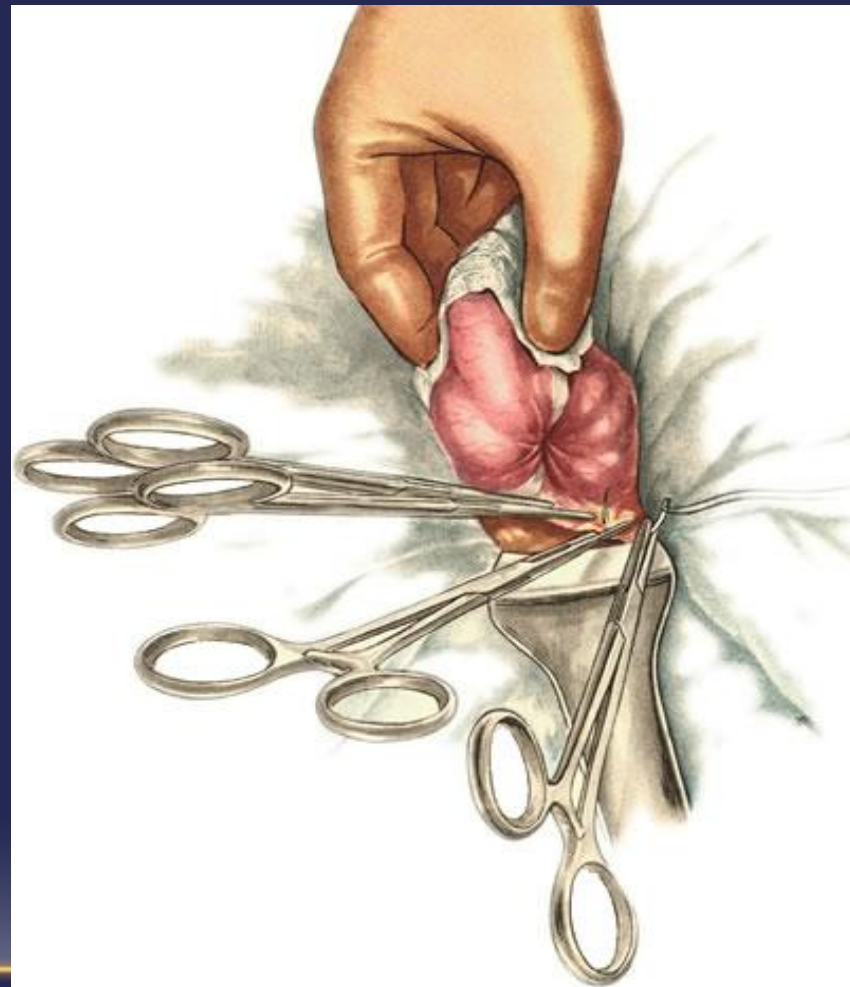
Погружение культи червеобразного отростка кисетным швом.



Пересечение сращений и брыжейки червеобразного отростка между кровоостанавливающими зажимами.

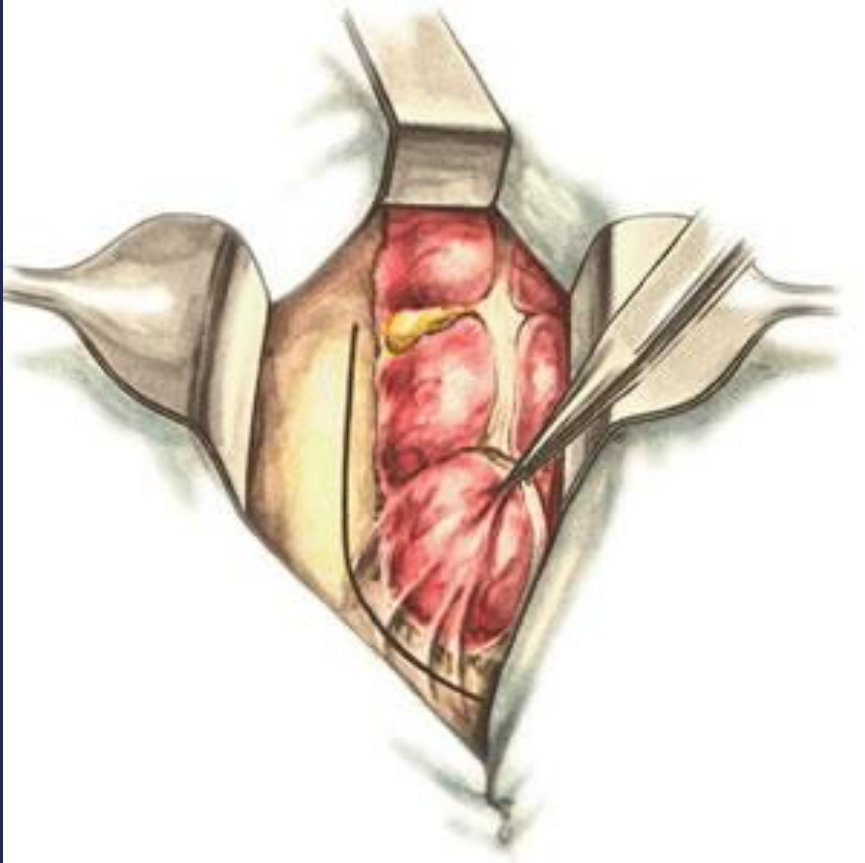


Прошивание и перевязка брыжейки червеобразного отростка.

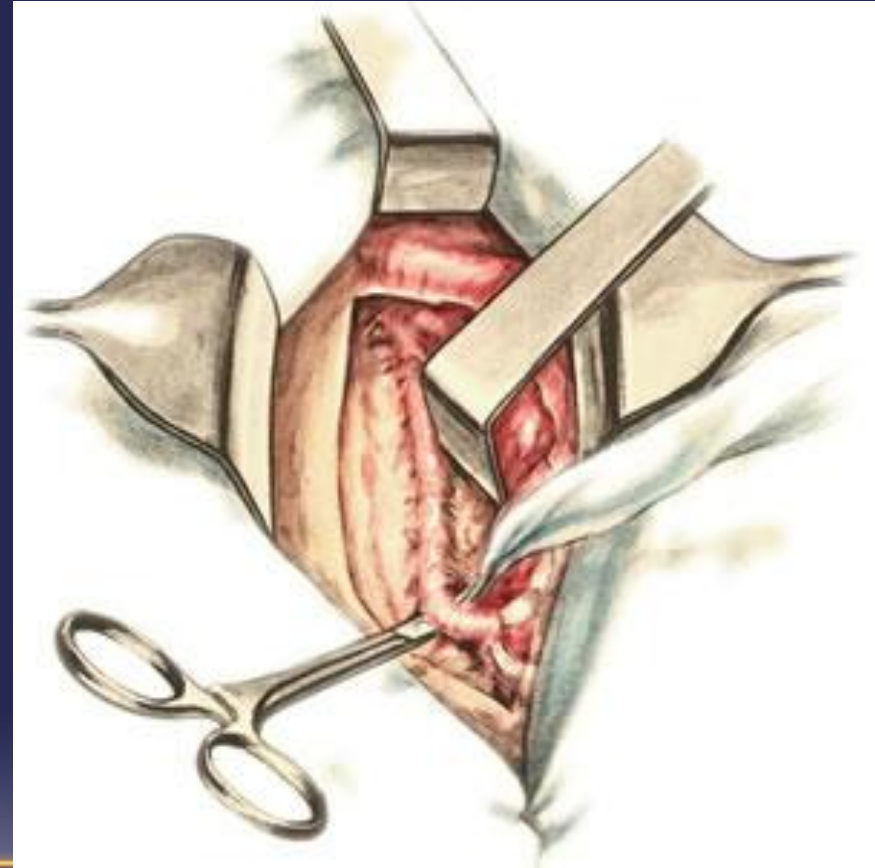


Аппендэктомия при забрюшинном положении отростка.

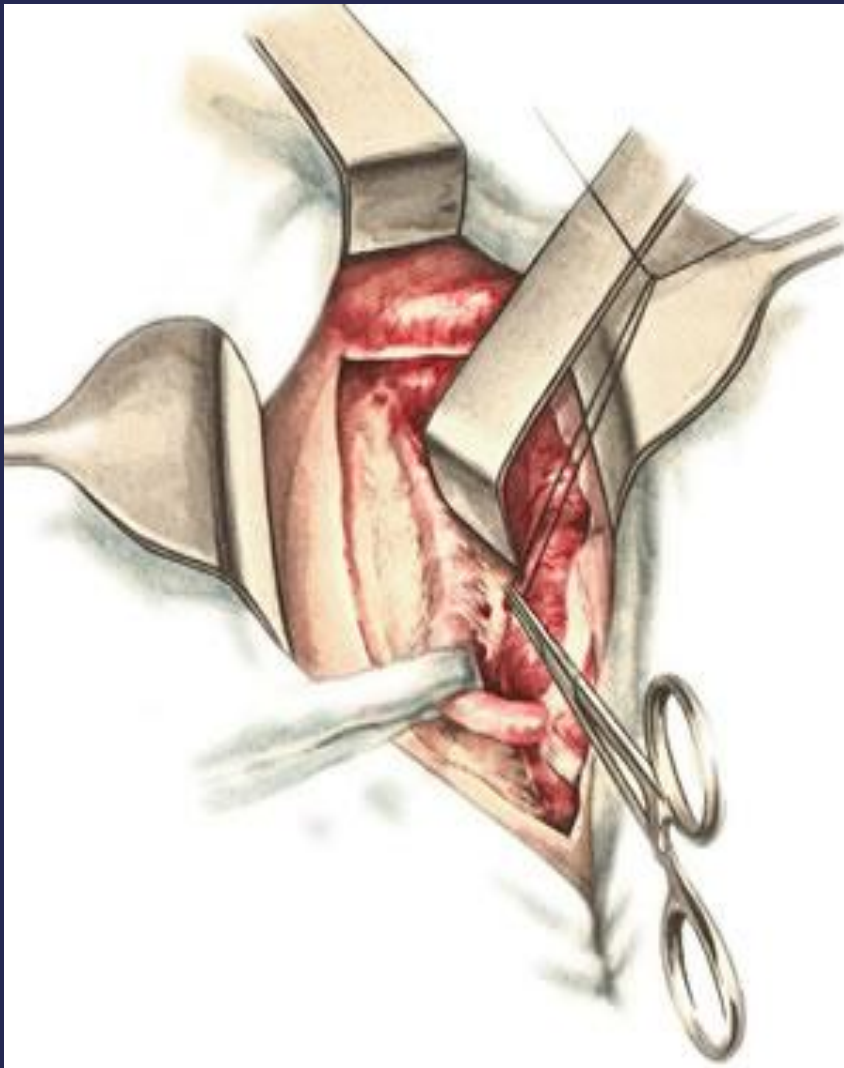
Линия разреза париетальной брюшины.



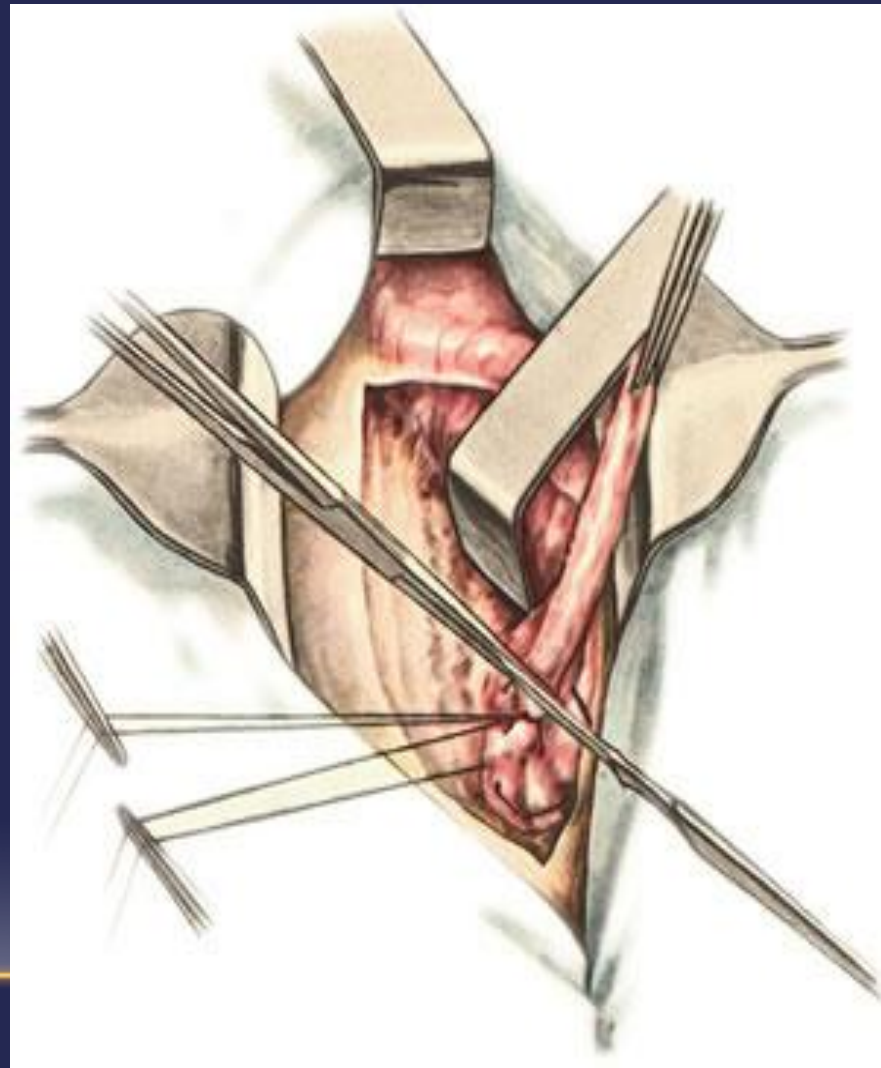
Подведение марлевой держалки под основание червеобразного отростка.



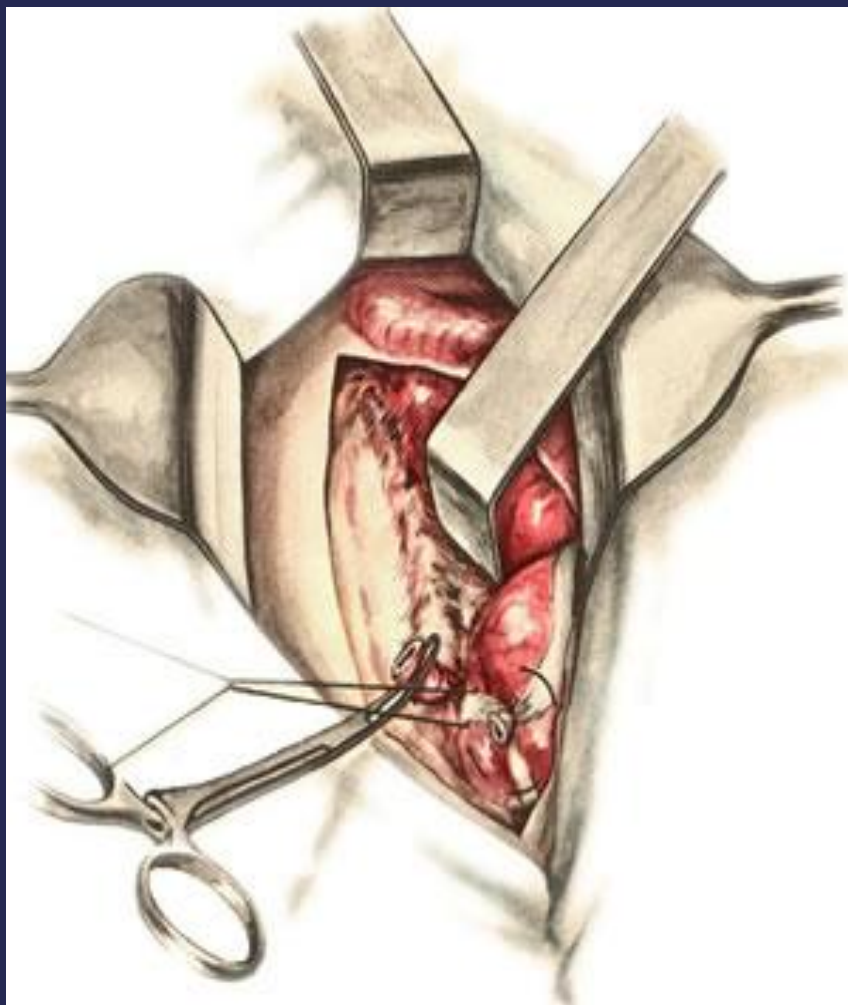
Перевязка сосудов, подходящих к червеобразному отростку.



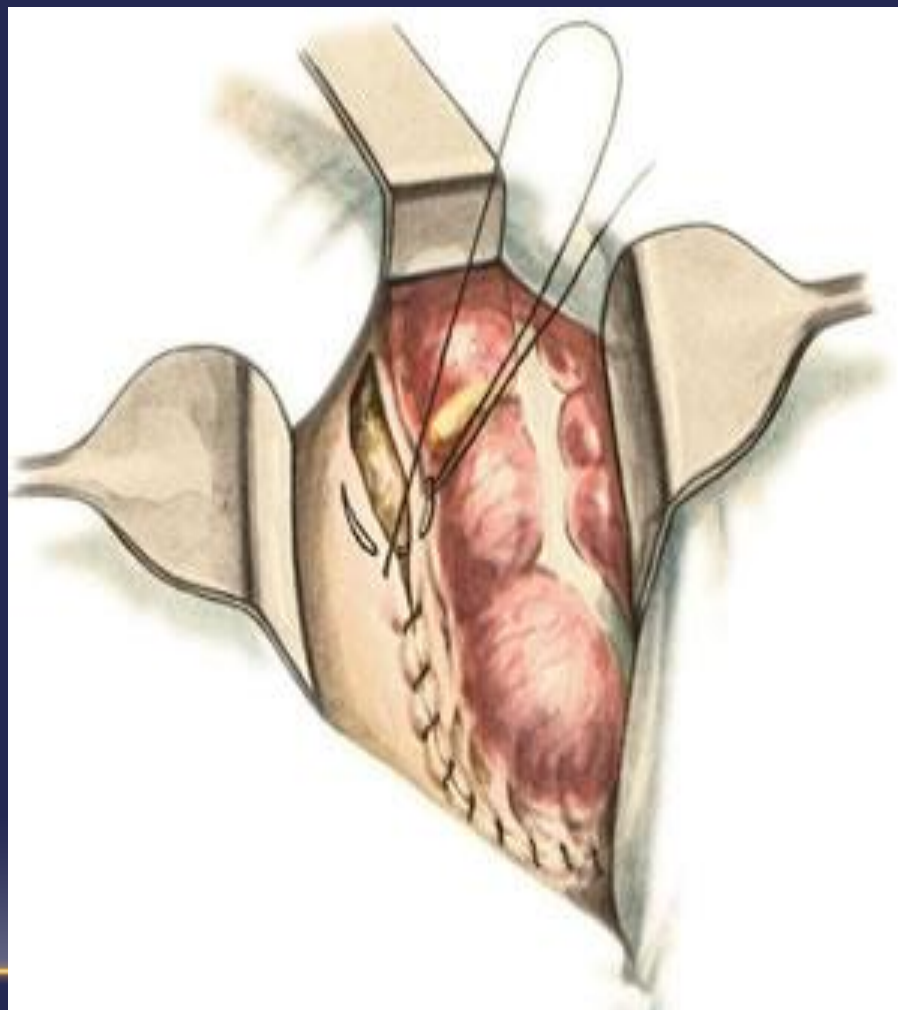
Отсечение червеобразного отростка.



Червеобразный отросток пересечен.
Культия его погружается кисетным
ШВОМ.



Зашивание париетальной брюшины.



Если отросток не изменен или мало изменен, а клинические явления перитонита были достаточно выражены, то необходимо до аппендэктомии произвести ревизию органов брюшной полости (перед ревизией в брыжейку вводят 0,25% раствор новокаина). В первую очередь эвентрируют петли подвздошной кишки на протяжении 80—100 см от илеоцекального угла. У детей можно обнаружить воспаленный дивертикул Меккеля или удвоение кишки, которые подлежат удалению. Если в брыжейке тонкой кишки видны увеличенные лимфатические узлы, то один из них следует взять на гистологическое исследование.



Для этого над лимфатическим узлом, расположенным вдали от сосудов брыжейки, надсекают париетальную брюшину, узел приподнимают пинцетом, пережимают и лигируют сосуды, идущие к этому узлу. Узел иссекают. На брюшину накладывают швы кетгутом. У девочек производят пальпаторную ревизию яичников и матки, при увеличении органов их подтягивают в рану и осматривают.

Техника операции при перитоните.

Наиболее целесообразным доступом мы считаем разрез Волковича—Дьяконова. Рекомендуемая некоторыми авторами срединная лапаротомия опасна ввиду возможной в послеоперационном периоде эвентрации. По вскрытии брюшной полости гнойный выпот удаляют электроотсосом, а не марлевыми салфетками во избежание травмирования серозной оболочки кишки и последующего образования спаек. По окончании операции в брюшной полости на 1 сут оставляют ниппельный микрорригатор, выведенный через отдельный прокол передней брюшной стенки, для введения антибиотиков в послеоперационном периоде.

Тампоны в брюшную полость вводят только при частично неудаленном отростке и при невозможности полностью остановить кровотечение из рыхлых спаек. В остальных случаях брюшную полость зашивают наглухо. При перитонитах и деструктивных аппендицитах у детей с большим слоем подкожной жировой клетчатки к брюшине подводят на 1 — 2 дня тонкий резиновый выпускник. Если измененный отросток находится в ретроцекальном пространстве, то следует производить дренирование забрюшинной клетчатки через небольшой дополнительный разрез в поясничной области.

Во всех случаях до зашивания раны в брюшную полость вводят антибиотики (суточную возрастную дозу в 7—10 мл 0,25% раствора новокаина). Препараты немицинового ряда лучше вводить через микроиригатор после выхода ребенка из состояния наркоза, так как иногда они пролонгируют действие миорелаксантов.

В тех стационарах, где используются лазерные установки, целесообразно у детей при деструктивных формах аппендицита, осложненного перитонитом, проводить профилактику раневых послеоперационных осложнений, применяя углекислотный лазер во время операции. Интраоперационная обработка раневого канала включает в себя последовательную, послойную обработку всех его слоев (брюшина, мышцы, апоневроз, подкожная жировая клетчатка) расфокусированным излучением в оптимальном антибактериально-тканевом режиме.

Послеоперационное лечение.

Характер послеоперационного лечения зависит в первую очередь от тяжести и распространенности обнаруженного в брюшной полости воспалительного процесса. Кроме того, на ведение послеоперационного периода влияют сопутствующие заболевания, возраст ребенка и его реактивность.



Лечение детей с неосложненным аппендицитом.

Через 3—4 ч после операции ребенку придают в кровати возвышенное положение, а через 12—14 ч начинают заниматься лечебной гимнастикой. В течение 5—7 дней назначают антибиотики внутримышечно. В первые 2 дня вводят обезболивающие средства в возрастных дозах. Со 2-го дня после операции дети получают физиотерапевтическое лечение в течение 7 дней, направленное на уменьшение воспаления (электрическое поле УВЧ на область чревного сплетения и рану). Кормление детей начинают через сутки. В первые 2—3 дня ребенок получает жидкий стол без хлеба, затем пища становится более грубой (густая каша, суп, паровые котлеты). При нормальном течении послеоперационного периода к 6—7-му дню назначают общий стол. Если к 4—5-му дню после операции у ребенка не было стула, то следует сделать гипертоническую клизму. Швы снимают на 7-й день, к этому времени ребенку разрешают ходить. Выписывают домой на 8—10-й день после операции при нормальной температуре тела, неизменной картине крови и хорошем состоянии послеоперационного рубца. Перед выпиской необходимо провести пальцевое ректальное исследование в связи с возможностью образования ограниченных инфильтратов или гнойников, не проявляющихся клинически на фоне антибиотикотерапии. Посещение школы разрешают через 2 нед после выписки (при обязательном контрольном осмотре в поликлинике). Детей освобождают от занятий физкультурой на 1 мес.

Лечение детей с перитонитом.

Основой послеоперационного лечения детей с аппендицитом, осложненным перитонитом, является противовоспалительная и стимулирующая терапия, а также профилактика осложнений. После операции ребенка помещают в палату интенсивной терапии, через 3—4 ч переводят в умеренно возвышенное положение, а через 6—8 ч — в положение полусидя (с валиком под согнутыми в коленных суставах конечностями). Возвышенное положение в кровати улучшает дыхательные движения, уменьшая напряжение брюшных мышц. Кроме того, при этом экссудат стекает в нижние отделы брюшной полости.



Предупреждение и лечение легочной недостаточности являются одним из важных моментов в послеоперационном периоде. Вследствие интоксикации, вызывающей метаболический ацидоз, гипертермии и болевого компонента у детей может возникать угнетение легочной вентиляции. На этом фоне возможно развитие легочных осложнений (ателектазы, пневмонии и др.). Мероприятиями, предупреждающими подобные осложнения, являются возвышенное положение ребенка, оксигенотерапия, ранние активные движения, лечебная дыхательная гимнастика, горчичники, поле УВЧ на грудную клетку, постоянный зонд в желудке и своевременное его промывание. При наличии большого количества мокроты или подозрении на ателектаз показана активизация кашлевого рефлекса. Если это не помогает, то применяют прямую ларингоскопию с отсасыванием слизи из трахеобронхиального дерева.



Парентеральное питание и детоксикационную жидкостную терапию при перитоните продолжают в течение 2—3 дней (иногда дольше). Жидкость вводят внутривенно капельно. Для этого наиболее рационально использовать подключичную или бедренную вену. Катетеризацию центральной вены по Сельдингеру проводят, как правило, до операции. Количество вводимой жидкости зависит от состояния ребенка, его возраста и степени изменений в биохимическом анализе крови .



После начала кормления ребенка систему для внутривенного капельного вливания снимают, по 2—3 раза в неделю продолжая трансфузию плазмы, крови, альбумина до полного «выхода» ребенка из тяжелого состояния, нормализации картины крови по данным клинического и биохимического исследования.

Антибиотики играют важную роль в лечении детей с перитонитом. В первые дни послеоперационного периода назначают антибиотики широкого спектра действия, вводимые внутривенно и в брюшную полость через микроирригатор. Следует помнить о том, что антибиотики должны быть взаимосочетаемы и усиливать действие друг друга. Курс лечения длится 5—7 дней. Затем, если ребенок нуждается в продолжении антибактериальной терапии, назначают антибиотик, к которому чувствительны микроорганизмы, выделенные при посеве из брюшной полости. В брюшную полость антибиотики вводят 2 раза в день в 0,25% растворе новокаина в количестве 5—10 мл. Для профилактики кандидамикоза ребенок должен получать витамины, нистатин (с 7—8-го дня антибиотикотерапии), препараты кальция и др.



Опорожнение желудка осуществляют путем отсасывания застойного содержимого через оставленный на 1—3 сут. зонд, введенный через носовой ход. Если постоянный зонд вызывает беспокойство ребенка, то его вводят только на время промывания желудка 2—3 раза в день.

Борьбу с парезом кишечника проводят путем применения продленной эпидуральной анестезии.

Сердечно-сосудистая система поддерживается внутривенным введением кокарбоксилазы, в тяжелых случаях назначают коргликон или строфантин. При отсутствии эффекта от комплекса детоксикационной терапии необходимо применение методов экстракорпоральной детоксикации.

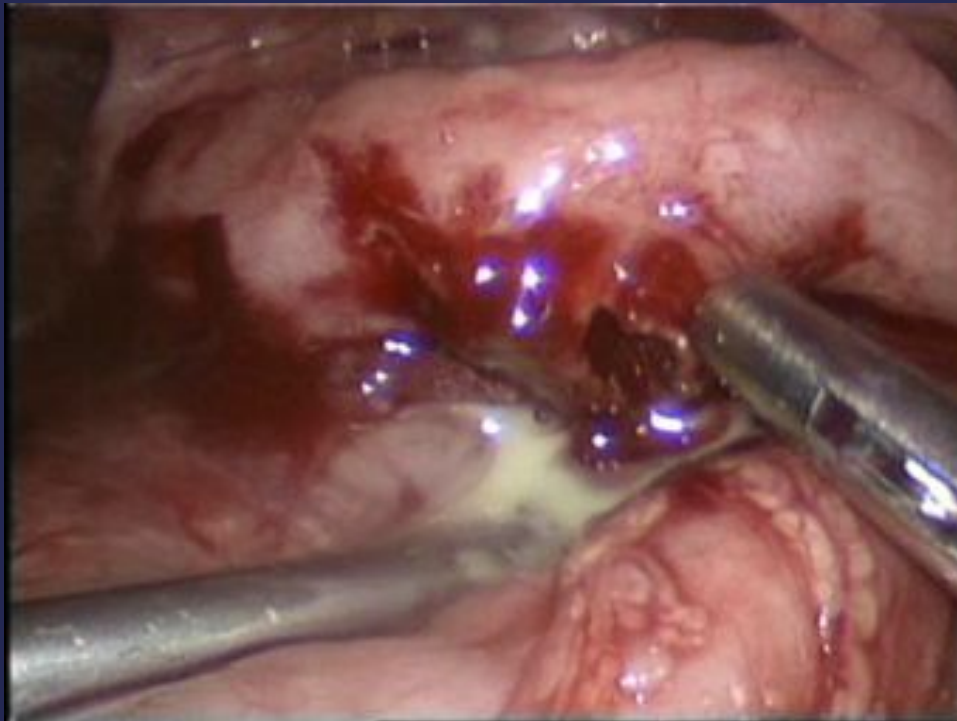
Всем детям со 2-го дня после операции назначают **физиотерапию**: электрическое поле УВЧ 2 раза в день — на область чревного сплетения и в рану (в течение 7 дней), а также диадинамические токи на брюшную стенку с целью стимуляции перистальтики кишечника (3—4 дня).

Кормление детей с перитонитом начинают на 3—4-й день после операции. Вначале дают жидкую пищу (чай, бульон, кефир, ацидофилин, жидкая каша). Затем к 5—6-му дню диету постепенно расширяют, назначая яйцо всмятку, белые сухари, густую кашу, овощное пюре, паровую котлету. На общий стол детей переводят только после налаживания функций желудочно-кишечного тракта.

Ежедневно производят перевязку и туалет послеоперационной раны. Подведенный к брюшине выпускник подтягивают через 24 ч и извлекают на 2—3-й день. Тампон из брюшной полости извлекают на 5—6-й день. Швы с операционной раны снимают на 7-й день. Выписку из стационара осуществляют не ранее 18—21-го дня после операции при удовлетворительном общем состоянии, отсутствии осложнений, нормальной температуре тела, хорошем состоянии рубца, нормализации картины крови. Перед выпиской производят ректальный пальцевой осмотр для выявления возможного образования вялотекущих воспалительных инфильтратов в прямокишечно-маточном или в прямокишечно-пузырном углублении. Посещение школы детям, перенесшим перитонит, разрешают не ранее 14—15-го дня после выписки из стационара; от занятий физкультурой освобождают на 2—3 мес.

Лечение детей с аппендикулярным инфильтратом.

Инфильтраты аппендикулярного происхождения в подавляющем большинстве случаев подлежат консервативному лечению. Исключением является нагноение инфильтрата, при котором показано оперативное вмешательство.



I стадия аппендикулярного инфильтрата (стадия отграничения воспаления). Ребенку предписывают строгий постельный режим и создают возвышенное положение в кровати. Пища должна быть достаточно питательной, не вызывающей усиления кишечной перистальтики и процессов брожения (протертые супы, жидкие каши, сливочное масло, кисели, белые сухари). Назначают антибиотики широкого спектра действия. Отграничению инфильтрата способствуют продленная эпидуральная анестезия и физиотерапевтические процедуры (микроволновая терапия). На область инфильтрата назначают лед. Кроме того, проводят активное общеукрепляющее и стимулирующее лечение (трансфузии крови, плазмы, альбумина, витаминотерапия, инсулино-глюкозотерапия и др.).

II стадия аппендикулярного инфильтрата (стадия обратного развития). В период рассасывания инфильтрата ребенка оставляют на постельном режиме. В диету включают паровые котлеты, творог, простоквашу. Продолжают антибактериальную терапию, эпидуральную анестезию и физиотерапевтические процедуры; местно применяют согревающие компрессы. Вставать и ходить больному разрешают по исчезновении всех клинических проявлений инфильтрата и при нормализации картины крови. В это же время отменяют антибактериальную терапию, и через неделю больного выписывают из стационара. Ребенка, перенесшего аппендикулярный инфильтрат, необходимо через 2 мес. после выписки вновь госпитализировать и произвести аппендэктомию.

Лечение детей с абсцедирующим аппендикулярным инфильтратом.

Выбор доступа для вскрытия абсцесса зависит от его локализации. При расположении гнойника в правой подвздошной области производят разрез Волковича—Дьяконова, при ретроцекальном абсцессе продлевают его к поясничной области или делают разрез у подвздошного гребня. Абсцесс в прямокишечно-маточном или прямокишечно-пузырном углублении вскрывают через прямую кишку.

Характер оперативного вмешательства зависит от положения гнойника по отношению к передней брюшной стенке.

Техника операции при наличии абсцесса, спаянного с передней брюшной стенкой. Производят разрез кожи и подкожной клетчатки в месте флюктуации. Тупым путем разделяют инфильтрированные мышцы и брюшину, попадают в полость абсцесса. Аспиратором отсасывают гной из полости, промывают ее раствором антибиотиков, тампонируют марлевыми полосками с мазью Вишневского и подводят ниппельные микроирригаторы для введения антибиотиков в течение 3—4 дней.

При самопроизвольном прорыве абсцесса в брюшную полость показаны лапаротомия, отсасывание гноя из брюшной полости и введение в нее ниппельных микроирригаторов для орошения антибиотиками. Кроме того, производят вскрытие гнойника отдельным разрезом брюшной стенки (над инфильтратом) и тампонирование этой полости.

Послеоперационное лечение детей при аппендикулярных абсцессах в основном проводят так же, как после операций по поводу острого деструктивного аппендицита. Тампоны, постепенно подтягивая, извлекают через 7 дней и заменяют их новыми, перевязки производят под наркозом. Сроки выписки больных из стационара зависят от общего состояния ребенка и заживления раны. Родителям детей необходимо разъяснить, что если при вскрытии аппендикулярного гнойника не удален червеобразный отросток, то ребенку показана аппендэктомия в плановом порядке — через 2—3 мес.

Тактика хирурга при случайном нахождении аппендикулярного инфильтрата во время операции.

Если инфильтрат является случайной находкой при оперативном вмешательстве по поводу острого аппендицита, то тактика хирурга может быть различной. Когда отросток окружен рыхлыми спайками и легко отделяется от окружающих органов и тканей, производят обычную аппендэктомию. При наличии в брюшной полости плотного, неподвижного и хорошо ограниченного инфильтрата настойчивые поиски червеобразного отростка противопоказаны из-за опасности возникновения разлитого перитонита. В таких случаях ограничиваются подведением к инфильтрату марлевого тампона и ирригатора. Брюшную полость зашивают (до тампона). В послеоперационном периоде ребенок нуждается в интенсивном общеукрепляющем и антибактериальном лечении. Тампон подтягивают на 3—5-й день, удаляют— на 7-й. Через 2 мес. ребенку показана аппендэктомия в плановом порядке.

Осложнения в послеоперационном периоде.



Осложнения со стороны операционной раны

- 1) Гематомы
- 2) Инфильтраты
- 3) Лигатурные свищи

Осложнения, возникшие и локализующиеся в брюшной полости

- 1) Инфильтраты брюшной полости
- 2) Внутривнутрибрюшное кровотечение
- 3) Абсцессы брюшной полости
- 4) Абсцессы в прямокишечно-маточном или прямокишечно-пузырном углублении
- 5) Каловые свищи
- 6) Вторичный подострый оментит
- 7) Эвентрация внутренних органов

Гематомы в области послеоперационной раны у детей встречаются редко. Основной причиной их образования является недостаточный гемостаз, особенно при большом слое подкожной клетчатки или повышенной кровоточивости тканей. Гематома обычно диагностируется на 3—6-й день после вмешательства. В области раны замечают выбухание, кожа над которым приобретает синеватую окраску. Пальпация припухлости умеренно болезненна, имеется флюктуация. При диагностировании гематомы показано разведение краев раны на участке 1—2 см и ее опорожнение. При неинфицированной гематоме после ее удаления края раны стягивают липким пластырем. При нагноении гематомы рану оставляют раскрытой на протяжении 3—4 см.

Инфильтраты послеоперационных ран обычно диагностируются на 5—8-й день после аппендэктомии. У ребенка повышается температура тела до субфебрильных величин. При осмотре отмечается выбухание раны, края ее гиперемированы. При пальпации определяется болезненное уплотнение различной ширины и глубины, захватывающее иногда всю толщу брюшной стенки.

Инфильтраты обычно рассасываются при проведении антибактериальной терапии, назначении ультразвука и согревающих компрессов. При нагноении, которое сопровождается гектической температурой тела и появлением флюктуации, показано снятие 1—3 швов, разведение краев раны, введение в нее марлевого выпускника с раствором антибиотика и проведение электрофореза. После очищения раны целесообразно сблизить ее края при помощи полоски липкого пластыря.

Лигатурные свищи чаще всего образуются спустя 3—6 нед после операции. Они нередко самостоятельно закрываются после отхождения инфицированных нитей, но иногда приходится раскрывать свищевой ход и удалять лигатуру. Детей с осложнениями, возникшими в области операционной раны, не следует выписывать до полного выздоровления, показателями которого являются удовлетворительное общее состояние, нормализация температуры тела, ликвидация воспалительных явлений и заживление раны, нормализация картины крови.



Внутрибрюшное кровотечение после удаления червеобразного отростка возникает в связи с техническими ошибками при аппендэктомии (соскальзывание лигатуры с брыжейки отростка, повреждение сосудов при разделении спаек) или при заболеваниях крови (гемофилия, гемолитическая анемия и т.д.). Клиническая картина внутрибрюшного кровотечения обычно довольно отчетлива. Ребенок бледнеет, становится вялым. Отмечается тахикардия, иногда аритмичный пульс. Артериальное давление снижается. Появляются боли в животе, нередко тошнота, рвота. Живот умеренно напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. В редких случаях капиллярного кровотечения анемия нарастает постепенно. Для своевременной диагностики, помимо клинических признаков, следует руководствоваться данными исследования крови. Внутрибрюшное послеоперационное кровотечение требует срочной релапаротомии, во время которой находят и лигируют кровоточащий сосуд. Если источник кровотечения не обнаружен, то применяют тампонаду ложа отростка с гемостатической губкой. Во время операции производят возмещение кровопотери.

Инфильтраты брюшной полости в большинстве случаев располагаются в правой подвздошной области, реже — в левой половине живота, около пупка или над лобком. Причиной их возникновения является инфицирование брюшной полости. Инфильтраты в правой подвздошной области могут развиваться также в результате оставления участков червеобразного отростка, некротических тканей в области его ложа или наличия инородных тел (марлевых шариков, тампонов и т.п.). Диагностируются инфильтраты чаще всего на 5—7-й день после операции. У ребенка повышается температура тела, появляются тянущие боли в области послеоперационной раны. При осмотре отмечается отставание в дыхании половины живота, соответствующей локализации инфильтрата.

Пальпаторно выявляют инфильтрат разных размеров, резко болезненный, несмещаемый, распространяющийся в глубину брюшной полости. При ректальном исследовании инфильтрат при его расположении в подвздошных областях и над лобком обычно определяется довольно отчетливо.

Комплексное консервативное лечение инфильтратов брюшной полости (антибиотики, гемотрансфузии, витамины, микроволновая терапия, согревающие компрессы, продленная эпидуральная анестезия или околопочечные новокаиновые блокады) обычно приводит к ликвидации воспалительного процесса. Реже происходит нагноение инфильтрата.

Абсцессы брюшной полости могут возникать в правой подвздошной области, между петлями кишечника, под печенью, под диафрагмой или в прямокишечно-маточном или в прямокишечно-пузырном углублении. Клинически формирование гнояника проявляется болями в животе, повышением температуры тела, ознобами. Инfiltrат увеличивается, появляются участки размягчения. Пальпация его болезненна. В крови отмечается повышение СОЭ И количества лейкоцитов со сдвигом в формуле влево. Возникновение напряжения мышц брюшной стенки, появление положительного симптома Щеткина—Блумберга, нарастающая интоксикация могут быть предвестниками прорыва абсцесса в брюшную полость и указывают на необходимость срочного оперативного вмешательства.

Значительные трудности возникают при диагностике и лечении изолированных межкишечных абсцессов, так как они развиваются чаще всего на фоне перитонита и тяжелого общего состояния ребенка. Однако при внимательном наблюдении за больным можно заподозрить наличие осложнения в связи с ухудшением общего состояния, несмотря на проводимую интенсивную терапию. При этом температура тела повышается и носит гектический характер, нарастают интоксикация, боли в животе, парез кишечника

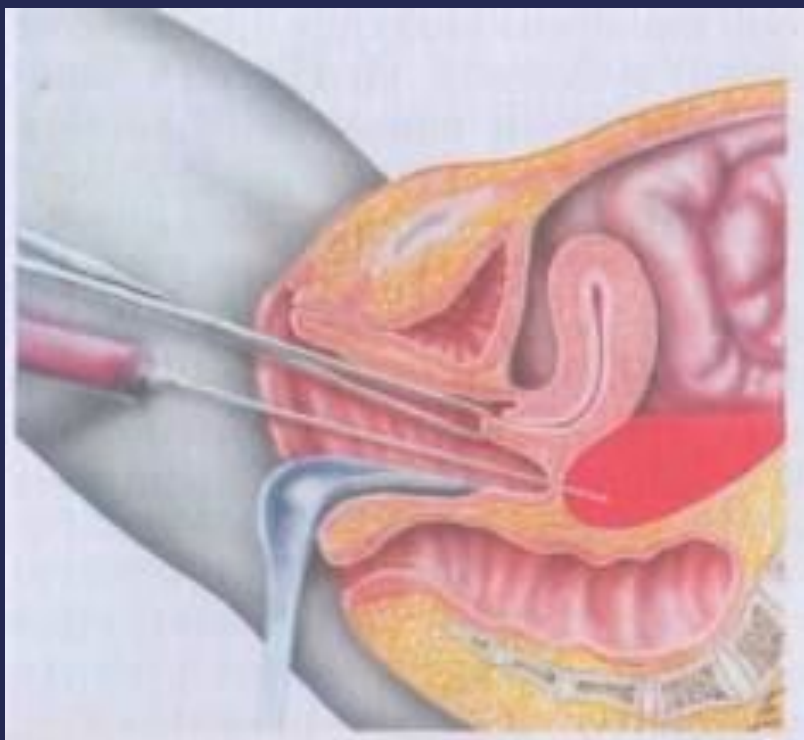
Установленный диагноз межкишечного абсцесса обычно является показанием к оперативному лечению.

Поддиафрагмальные абсцессы после операций по поводу острого аппендицита у детей наблюдаются относительно редко, и диагностика их бывает затруднена. Клинические симптомы проявляются постепенно. Вначале ребенок жалуется на боли в правой половине грудной клетки и правом подреберье. Вдох резко затруднен из-за болезненности. При осмотре отмечаются отстаивание в дыхании правой половины грудной клетки, некоторое выступание печени из подреберья, болезненность при ее пальпации, положительный симптом Орнера. В более поздних стадиях выявляются притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в задненижних отделах грудной клетки справа за счет «сочувственного» выпота в плевральной полости. Течение поддиафрагмального гноя сопровождается потрясающими ознобами, резкой потливостью. Температура тела носит гектический характер. В крови определяется повышение количества лейкоцитов со сдвигом в формуле влево. При рентгенологическом исследовании обнаруживают высокое стояние диафрагмы, ограничение ее движения. Иногда под диафрагмой прослеживается небольшой газовый пузырь с горизонтальным уровнем жидкости. Диагностическая пункция позволяет окончательно убедиться в наличии абсцесса. При выборе метода пункции руководствуются клиническими и особенно рентгенологическими данными. Обычно пункцию производят на уровне девятого-десятого межреберья по передней или средней подмышечной линии. Если не удастся получить гной, то пункцию повторяют в другом месте. Поддиафрагмальный абсцесс подлежит вскрытию из доступа Мельникова.

Абсцессы в прямокишечно-маточном или прямокишечно-пузырном углублении обычно начинают проявляться на 4—6-й день после операции. Общее состояние ребенка ухудшается, повышается температура тела. Дети жалуются на болезненное мочеиспускание и дефекацию. Часто наблюдается жидкий стул малыми порциями с примесью слизи. Иногда возникают приступообразные боли в животе. Окончательный диагноз устанавливают при ректальном осмотре — прощупывают плотный, резко болезненный инфильтрат, расположенный по передней стенке прямой кишки. В ранние сроки инфильтрат расположен высоко и едва достижается пальцем. В этот период ребенку назначают интенсивную антибактериальную и детоксикационную терапию, ежедневно производят околопочечную новокаиновую блокаду (или проводят продленную эпидуральную анестезию. Возможно рассасывание инфильтрата, но чаще он несколько увеличивается, «спускается» ниже, и тогда при пальпации через прямую кишку выявляется отчетливая флюктуация, что позволяет диагностировать абсцесс в прямокишечно-маточном или в прямокишечно-пузырном углублении. К этому времени состояние ребенка ухудшается, а температура тела приобретает гектический тип; характерна значительная разница между температурой в подмышечной впадине и в прямой кишке (1—1,5 °C). Если не применять правильное лечение, то абсцесс может самопроизвольно вскрыться в прямую кишку или в брюшную полость. Последнее осложнение является особенно грозным.

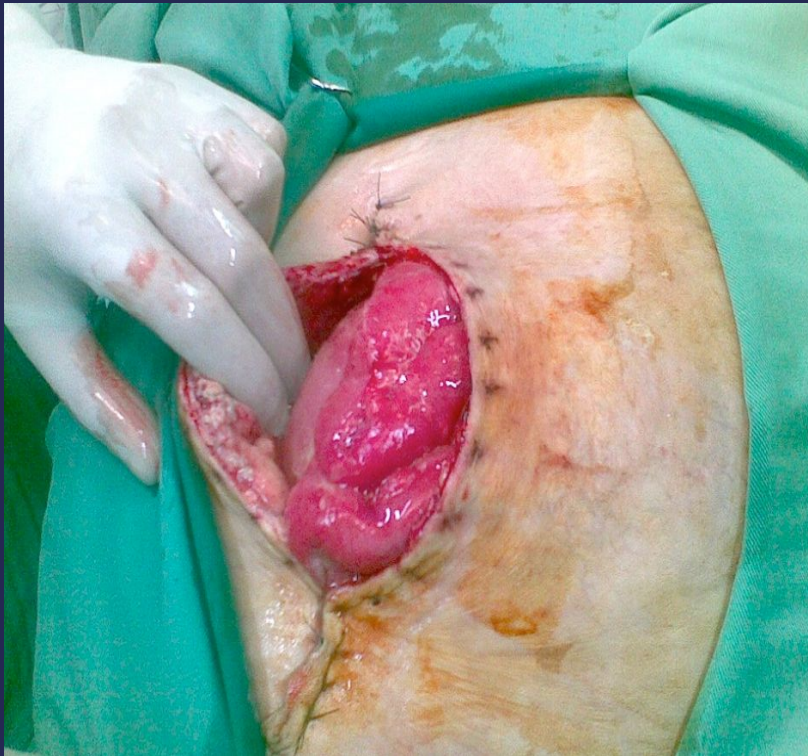
Лечение абсцесса в прямокишечно-маточном или в прямокишечно-пузырном углублении оперативное.

Хирургическое вмешательство производят под наркозом. Положение больного — на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах конечностями, с валиком, подложенным под таз.



Техника вскрытия абсцесса прямокишечно-маточного (прямокишечно-пузырного) пространства. Растягивают сфинктер прямой кишки ректальными зеркалами и по II пальцу левой руки, введенному в прямую кишку, толстой иглой пунктируют гнойник. При появлении гноя острым скальпелем по игле прокалывают переднюю стенку прямой кишки и вскрывают тазовый абсцесс. После эвакуации гноя в полость абсцесса вводят резиновый дренаж на 1—2 сут.

Эвентрация внутренних органов (относительно редкое послеоперационное осложнение) может быть фиксированной и нефиксированной. Последняя возникает на 4—6-е сутки после операции, чаще у детей до 3 лет, при срединном доступе, при беспокойстве ребенка, кашле или во время разведения краев раны при ее нагноении. Общее состояние больного резко ухудшается, усиливаются боли в животе, повязка намокает серозным или гнойным отделяемым. После снятия повязки обнаруживаются выпавшие, свободно лежащие петли кишки или сальник.



Фиксированная эвентрация обычно наблюдается у детей старшего возраста на 7—9-е сутки после операции. Подобная эвентрация возникает преимущественно после дренирования нагноившейся раны. Вследствие спаечного процесса органы брюшной полости не выходят за пределы раны, образуя ее дно, быстро покрываются грануляциями. В таких случаях иногда диагноз эвентрации устанавливают лишь после наступления некроза кишечной стенки и возникновения калового свища.

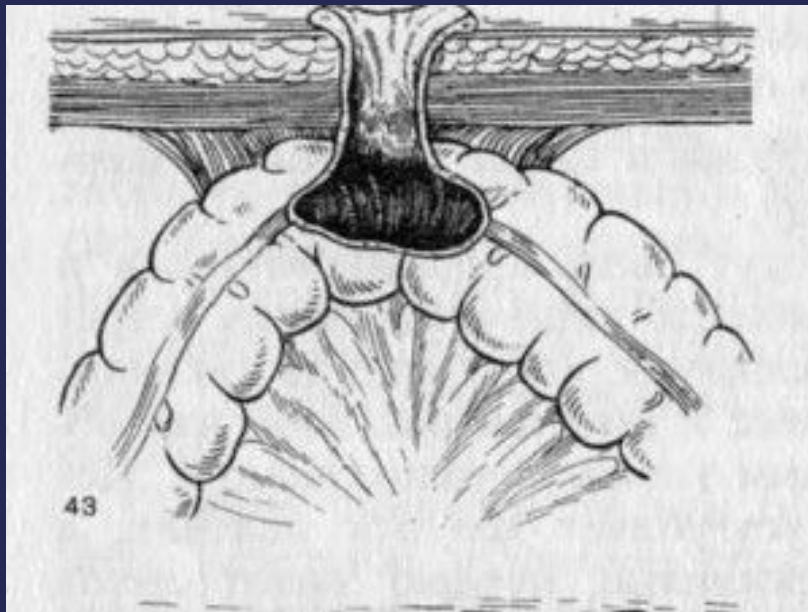
Лечение эвентрации должно быть комплексным. Назначают (или при ранней эвентрации продолжают) интенсивное общеукрепляющее лечение, направленное на восстановление гомеостаза и перистальтики кишечника.

При нефиксированных эвентрациях показана срочная операция, которую проводят под общим обезболиванием.

Техника операции при эвентрации. Удаляют ранее наложенные швы. Тщательно обрабатывают выпавшие петли кишки (сальник) 0,25% раствором новокаина с антибиотиками. Производят повторный туалет краев раны, при необходимости иссекая некротизированные участки. Затем погружают выпавшие органы в брюшную полость и накладывают послойные капроновые швы и несколько «разгрузочных» П-образных швов с применением амортизирующих пластиковых трубочек.

В некоторых случаях в результате нагноения послеоперационной раны может возникнуть повторная эвентрация, лечение которой проводят по указанной выше методике. Местное лечение фиксированной эвентрации состоит в регулярном туалете раны и постепенном стягивании ее краев узкими полосками липкого пластыря.

Каловые свищи после операций по поводу аппендицита возникают преимущественно у больных с перфорацией червеобразного отростка и запущенным перитонитом. Образованию свищей способствуют нерациональное лечение (дренирование марлевыми тампонами брюшной полости при перитонитах) и возникновение эвентрации. Кроме того, причиной их образования могут быть трофические изменения при аппендикулярных абсцессах и инфильтратах. Кишечные свищи бывают разных размеров (от 0,1 до 1,5 см) и локализуются чаще в области илеоцекального угла.



Иногда каловые свищи образуются в области межкишечных абсцессов, открываясь в ограниченную инфильтратом брюшную полость (внутренние свищи).

Лечение наружных каловых свищей может быть консервативным и оперативным. Терапевтические мероприятия сводятся к частой смене повязок с мазями на водорастворимой основе, применению обтураторов, физиотерапевтических процедур. Трубчатые свищи обычно закрываются самостоятельно, губовидные приходится ликвидировать оперативным путем.



Внутренние, множественные и высокие тонкокишечные свищи нуждаются в срочном хирургическом вмешательстве — производят операцию «отключения» петли кишки, несущей свищи, и создают обходной анастомоз.

Вторичный подострый оментит (относительно редкое осложнение) клинически проявляется подостро на 2—3-й неделе после операции по поводу деструктивного аппендицита (чаще перфоративного). Общее состояние ребенка постепенно ухудшается и расценивается как тяжелое. Температура тела повышается до 38 °С, но характер лихорадки не гектический. Больные жалуются на постоянные боли в животе без определенной локализации. Появляются непостоянное вздутие живота, ригидность передней брюшной стенки, затрудняющая глубокую пальпацию, которая умеренно болезненна. Отчетливых перитонеальных симптомов нет. При осторожной пальпации определяется поверхностный инфильтрат, умеренно болезненный, «плоский», без четких границ, иногда несколько подвижный. Локализация инфильтрата различна, но чаще в правой половине живота. Пальпация под наркозом позволяет более четко установить его размеры, консистенцию, локализацию и подвижность. В крови определяются умеренный лейкоцитоз и повышенная СОЭ. Поставленный диагноз инфильтративного подострого оментита является показанием к релапаротомии, которую производят под эндотрахеальным наркозом.

Техника операции при оментите.

Нижним срединным разрезом послойно вскрывают брюшную полость. Выпота обычно нет. Предлежит, как правило, измененный сальник хрящевидной плотности, утолщенный до 2—3 см, «сращенный» с париетальной брюшиной. От последней хирург отделяет сальник пальцами на всем протяжении. Затем с большой осторожностью край пласта сальника подтягивают в рану и тупым путем отделяют от кишечных петель. Внимательное и четкое выделение кишечника позволяет избежать повреждения его стенки. Если произошла перфорация кишки, то отверстие зашивают в поперечном направлении двухрядным швом. Измененную часть сальника резецируют в пределах здоровых тканей (иногда сальник удаляют полностью). Брюшную полость послойно зашивают наглухо.



В ряде случаев вторичный подострый оментит ошибочно расценивают как воспалительный инфильтрат брюшной полости и проводят консервативное лечение. Через 1—2 нед у таких больных обычно прогрессируют явления кишечной непроходимости, что является показанием к экстренной операции.

Будьте здоровы



Спасибо за внимание