

Кафедра хирургических болезней БГМУ

ТЕМА ЛЕКЦИИ:

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Подготовили: проф. Нигматуллин Р.А., проф. Нуртдинов М.А.,
проф. Суфияров И.Ф.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ

- К настоящему времени описано около 60 возможных осложнений острого аппендицита, а летальность при осложнённых формах в шестьдесят раз выше чем при неосложнённых формах аппендицита (И.З. Козлов). Общая частота которых по данным разных авторов составляет около 12%.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- осложнения до операции
- ВО ВРЕМЯ АППЕНДЕКТОМИИ
(ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ)
- ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА.

Осложнения после операции.

- I/ Со стороны раны – а/ гематомы, серомы, б/ инфильтрат, в/ нагноение (в подкожной клетчатке, под апоневрозом).
- 2/ Со стороны брюшной полости – а/ кровотечение – чаще всего из культи брыжеечки отростка – картина анемии, затем перитонеальные симптомы, притупление (часто поздно диагностируется, тяжело протекает – с последующим инфицированием гематомы), б/ недостаточность культи отростка – перитонеальные симптомы, в/ инфильтраты и абсцессы разной локализации (см. следующую лекцию), г/ разлитой перитонит, сепсис, д/ ранняя спаечная непроходимость, е/ эмболия легочной артерии.
- *Поздние осложнения.* а/ лигатурные свищи, б/ кишечные свищи (0,6-6,0%), в/ спайки брюшной полости, г/ послеоперационные грыжи.

Классификация осложнений острого аппендицита

- 1. Аппендикулярный инфильтрат.
- 2. Периаппендикулярный абсцесс.
- 3. Перитонит.
- 6. Пилефлебит.
- 7. Сепсис.

Профилактика большинства осложнений острого аппендицита

- 1) в своевременное и правильное распознавание острого аппендицита;
- 2) раннее оперативное вмешательство с достаточным анестезиологическим пособием.

Аппендикулярный инфильтрат

- Аппендикулярный инфильтрат - это конгломерат органов /воспалительная опухоль/, куда входят слепая кишка, конечный отдел подвздошной кишки, червеобразный отросток, сальник.

классификация

- Рыхлый
- Плотный

Клиника аппендикулярного инфильтрата

- Клинически аппендикулярный инфильтрат чаще всего выявляется на 3-4 день после начала приступа.

Анамнез

- Из анамнеза выясняется, что за несколько дней до поступления в стационар больной перенес приступ острого аппендицита.

КЛИНИКА

- Общее состояние таких больных обычно остается удовлетворительным. Температура тела повышена, частота пульса соответствует температуре. Самостоятельные боли в животе либо незначительны, либо вовсе отсутствуют.

Объективное исследование

- При ощупывании живот остается мягким и безболезненным, кроме правой подвздошной области, где определяется образование с более или менее четкими контурами, с гладкой поверхностью, плотной консистенции /плотный инфильтрат/, если же мягкой консистенции, то рыхлый инфильтрат.

Объективное исследование

- Размеры инфильтрата колеблются от 3-4 до 10-12 см и более в диаметре. Как правило, инфильтрат не смещается и только в начальной стадии иногда бывает подвижен. Местоположение его обычно соответствует области слепой и отчасти восходящей толстой кишки.

Объективное исследование

- В начальном периоде образования инфильтрата может быть положительным симптом Щеткина-Блюмберга. Стул и мочеиспускание в большей частью нормальны. Состав крови при наличии инфильтрата меняется не резко. Имеется невысокий лейкоцитоз, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускоренная СОЭ.

Рыхлый инфильтрат

- Показано оперативное лечение

Плотный инфильтрат

- консервативная терапия:
- антибиотики,
- местно - УВЧ-терапия,
- щадящая диета,
- постельный режим.

Тактика лечения

- В случае обратного развития аппендикулярного инфильтрата отмечается улучшение состояния больного, самостоятельные боли постепенно стихают, пальпация становится малоболезненной, температура тела через несколько дней нормализуется, инфильтрат уменьшается и, наконец, совершенно перестает прощупываться.

Тактика лечения

- Оперативное лечение плотного аппендикулярного инфильтрата – через 3-4 месяца после выписки больного из стационара

Тактика лечения

- Если воспалительный инфильтрат обнаруживается во время операции по поводу острого аппендицита, то при рыхлом инфильтрате показана аппендэктомия, при плотном инфильтрате - введение тампонов и ниппельной трубки для введения антибиотиков. В этом последнем случае поиски червеобразного отростка могут оказаться тщетными и сопряжены с опасностью разрыва стенки кишки, кровотечением, даже в руках опытного хирурга.

Периаппендикулярный абсцесс

- Как только установлены симптомы нагноения аппендикулярного инфильтрата, показана срочная операция. Промедление с операцией угрожает прорыву гнойника в свободную брюшную полость и развитием перитонита или прорывом в соседние органы (кишку, мочевой пузырь), в забрюшинное пространство, либо через брюшную стенку наружу.

СИМПТОМЫ

- Симптомами нагноения аппендикулярного инфильтрата будут: размягчение уплотнения, местная температура, усиление болей в животе, появление симптомов раздражения брюшины, резкое повышение лейкоцитоза и СОЭ, в некоторых случаях выявляются рентгенологические данные об образовании гнояника в брюшной полости

Локализация периаппендикулярных абсцессов

- разные отделы брюшной полости,
- наиболее типичные локализации таких гнойников:
- передний пристеночный, боковой /в боковом канале брюшной полости/,
- внутрибрюшной /межкишечный/,
- тазовый или абсцесс дугласова пространства,
- поддиафрагмальный,
- множественные.

обезболивание

- Операция по поводу аппендикулярного гнойника производится под местной анестезией или наркозом.

Оперативные доступы

- При типичном абсцессе в правой подвздошной области, спаянном с передней брюшной стенкой, делается разрез по Волковичу-Мак-Бурнею.

Оперативные доступы

- При расположении гнойника ближе к крылу подвздошной кости вскрытие его производят разрезом Пирогова в непосредственной близости от гребня подвздошной кости и передне-верхней ости.

Этапы операции

- мышцы разъединяют тупым путем по ходу волокон. В том же направлении разъединяется и поперечная фасция. Далее следует осторожно раздвинуть брюшину, и тогда вслед за этим начинает вытекать гной. После удаления гнойного экссудата и ориентировки с помощью пальца в размерах и форме полости необходимо решить, как поступить с отростком. Удаление червеобразного отростка допустимо лишь в тех случаях, когда он лежит свободно, а поиски его проходят без грубого разделения сращений и спаек, без риска вызвать повреждение кишки.

Этапы операции

- В полость гнойника вводят тампон. После заживления раны и рассасывания инфильтрата больным следует делать аппендэктомияю.

Перитониты аппендикулярного происхождения

- Перитониты аппендикулярного происхождения занимают **первое** место среди перитонитов различной этиологии.

КЛИНИКА

- Перитонит после аппендэктомии не дает бурной клинической картины, поэтому своевременная диагностика и лечение иногда запаздывают

КЛИНИКА

- постоянным является симптом боли. Боль, которая держится в животе дольше вторых-третьих суток после операции, всегда должнастораживать хирургов.
- Почти всегда встречается тошнота, рвота и отрыжка

ЛЕЧЕНИЕ- ХИРУРГИЧЕСКОЕ

- ДОСТУП- СРЕДНЕ- СРЕДИННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ
- НИЖНЕСРЕДИННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ
- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ

ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ

- При разлитом перитоните брюшную полость тщательно saniруют, промывают антисептическими растворами с антибиотиками широкого спектра действия и по показаниям налаживают фракционный перитонеальный диализ

Пилефлебит

- ГНОЙНЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ ВЕТВЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ
- ЛЕТАЛЬНОСТЬ – 98,8%

КЛИНИКА

- Общее состояние больных при пилефлебите всегда тяжелое. Больные жалуются на боли в животе, слабость, плохой сон, отсутствие аппетита. Боли возникают в правом подреберье, подложечной области, изредка они иррадиируют в спину, правое плечо. Лицо бледное, осунувшееся, с желтушной окраской, с запавшими глазами.

КЛИНИКА

- Самым постоянным симптомом пилефлебита являются потрясающие ознобы, с повышением температуры тела до 40° Пульс частый, слабый. Дыхание затруднено. Живот малоболезненный, иногда вздут. Печень почти всегда увеличена, чувствительна при пальпации. Селезенка может быть увеличена. Лейкоцитоз высокий.

ДИАГНОСТИКА

- УЗТ
- РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
- КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
- МРТ

лечение - операция

- вскрытие гнойников в сочетании с применением антибиотиков;
- по показаниям применение антикоагулянтов
- ТРОМБОИНТИМИЭКТОМИЯ

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ
- ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ
- ГЕПАТОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
- АНТИБИОТИКИ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ

