

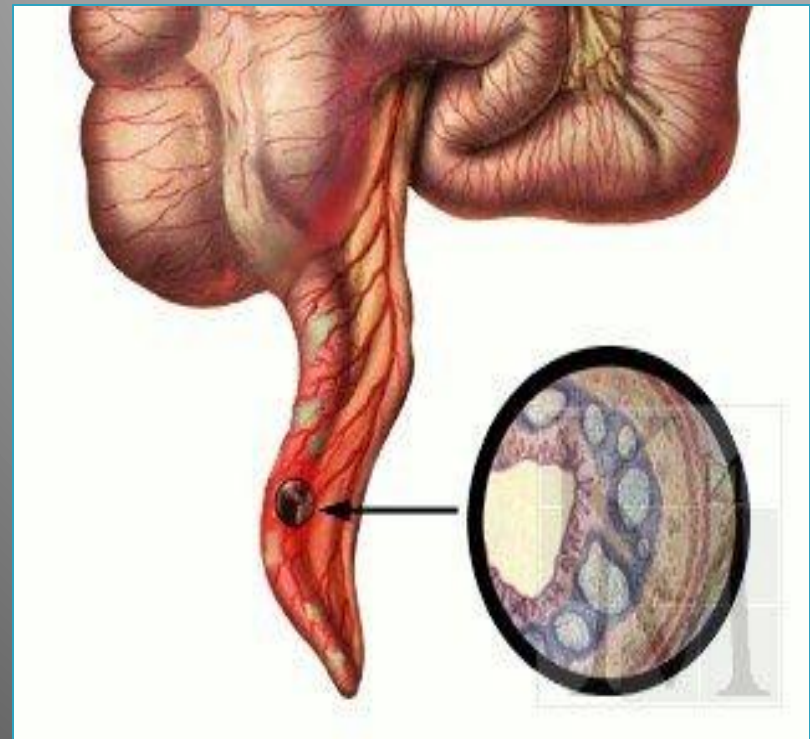
# Осложнения острого аппендицита

Подготовил: Головин Р.В.

Киров 2015 год

# Острый аппендицит

Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки – обыденное для общих хирургов заболевание, требующее экстренной операции. Острый аппендицит сосуществовал с людьми с момента их возникновения.



# Исторические факты

- Впервые описание червеобразного отростка встречается в трудах [Леонардо да Винчи](#), а также [Андрея Везалия](#) в [XVI веке](#) - внимание хирургов привлекали случаи воспалительных процессов в правой подвздошной области, однако они трактовались как воспаление мышц («псоит») или послеродовые осложнения («маточные нарывы») и, как правило, лечились консервативно.
- Первую достоверную [аппендэктомию](#) выполнил в 1735 году в Лондоне королевский хирург, основатель госпиталя Святого Георгия Claudius Amyand.
- В первой половине XIX века французский клиницист [Гийом Дюпюитрен](#) высказал предположение, что воспалительный процесс в правой подвздошной области развивается вследствие первичного воспаления слепой кишки; в рамках этой теории немецкий врач и патолог [Иоганн Альбер](#) предложил термин «тифлит» (от греч. typhlon), то есть воспаление слепой кишки, а его последователи — термины «паратифлит» и «перитифлит» (1838).
- 1839 году - британские хирурги Брайт и Аддисон в своём труде «Элементы практической медицины» подробно описали клинику острого аппендицита и привели доказательства существования данного заболевания и его первичности по отношению к воспалению кишки.

# Исторические факты

- 1886 г. R. H. Fitz (1843—1913 гг.) ввёл термин «аппендицит» и пришёл к выводу, что лучшее лечение аппендицита — это удаление червеобразного отростка.
- 1889 г. А. Мак-Бурней (A. McBurney) в первые описал клиническую картину — один из **симптомов** аппендицита носит его имя.
- Первые операции удаления червеобразного отростка были проведены в 1884 году в **Англии** (Фредерик Махоумд) и в **Германии** (Рудольф Кренлейн) по поводу, соответственно, ограниченного гнойника и разлитого гнойного перитонита.
- Косой разрез, выполняемый **хирургами** для доступа к червеобразному отростку, также носит имя Мак-Бурнея, однако впервые его применил Мак-Артур.
- В **России** первая операция по поводу аппендикулярного гнойника была сделана в 1888 году, провёл её врач К. П. Домбровский в Петропавловской больнице — трёхлетнему ребёнку червеобразный отросток был перевязан у основания. А. А. Троянов в Обуховской больнице **Санкт-Петербурга** произвёл первую в Россию аппендэктомию (1890).
- Однако, российские хирурги продолжали придерживаться выжидательной тактики, прибегая к оперативному вмешательству лишь при появлении осложнений. Активно же оперировать по поводу аппендицита начали только в 1909 году, после IX Съезда российских хирургов.

# Исторические факты



В 1921 году 60-  
летний  
американский  
хирург Эван Кейн  
успешно произвёл  
себе  
аппендэктомию,  
изучая вопрос  
переносимости  
пациентами местной  
анестезии

# Исторические факты



В 1961 году в Антарктиде, будучи единственным врачом в экспедиции, операцию аппендэктомии выполнил на себе хирург

Л. И. Rogozov

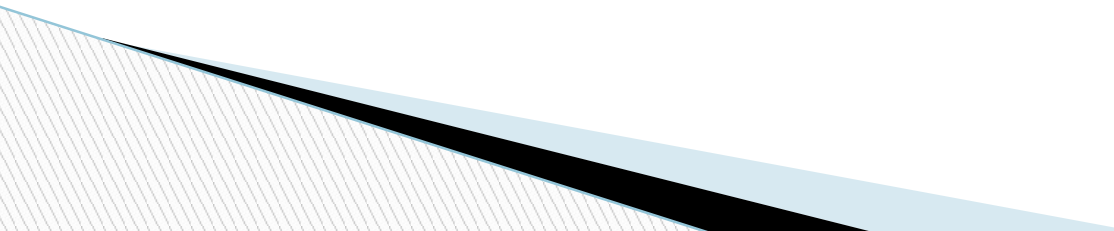
# Исторические факты

История о мужественном подвиге хирурга **Леонида Рогозова** и необычной операции стала известна на всю страну.

Правильно поставив диагноз и решив не медлить, он спас себе жизнь.

На сегодняшний день иного лечения, кроме хирургического, у аппендицита нет. В случае с аппендицитом ни в коем случае нельзя терпеть боль, так как это состояние чревато осложнениями. Если не сделать вовремя операцию, то это чревато развитиями осложнений

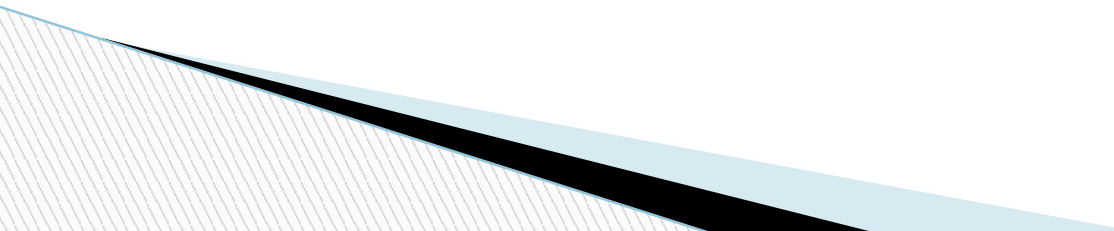
# Причины осложнений

- позднее оперативное вмешательство вследствие позднего установления диагноза (атипичное расположение отростка, несвоевременное обращение, сопутствующие состояния).
  - дефекты хирургической техники.
  - непредвиденные причины.
- 



# Осложнения острого аппендицита

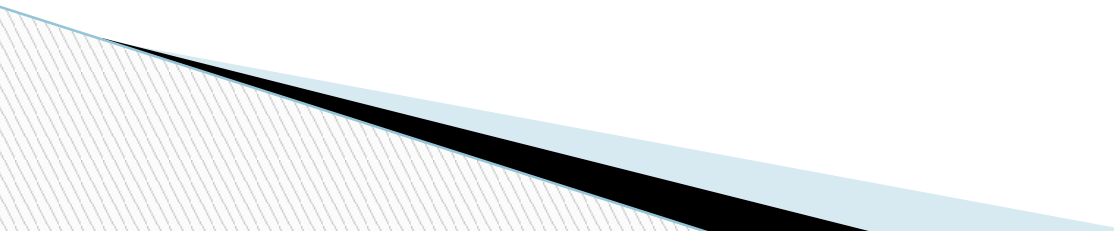
## Периоды течения

- Ранний (1-2 сутки)
  - Промежуточный период (3-5 сутки)
  - Поздний период (позднее 5 суток)
- 

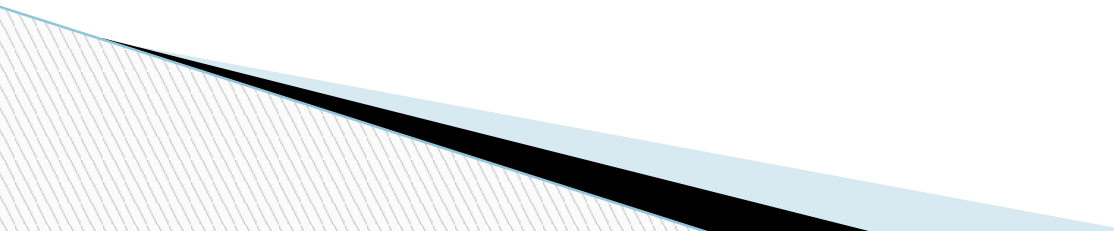
# Осложнения острого аппендицита

- Ранний период (первые двое суток) характеризуется отсутствием осложнений, процесс обычно не выходит за пределы отростка, хотя могут наблюдаться деструктивные формы и даже перфорация, особенно часто у детей и стариков.

# Осложнения острого аппендицита

- ▣ Промежуточный период (3-5 сутки)-обычно возникают:
    1. Перфорация отростка
    2. Местный перитонит
    3. Тромбофлебит вен брыжеечки отростка
    4. Аппендикулярный инфильтрат.
- 

# Осложнения острого аппендицита

- Поздний период (после 5 суток) - наблюдаются:
    1. Разлитой перитонит.
    2. Аппендикулярные абсцессы (вследствие абсцедирования инфильтрата или в результате отграничения после перитонита).
    3. Тромбофлебит воротной вены – пилефлебит.
    4. Абсцессы печени.
    5. Сепсис.
- 

# Аппендикулярный инфильтрат

Одно из осложнений острого аппендицита промежуточного периода (3—5 дней).

Представляет собой конгломерат плотно спаянных друг с другом, воспалительно изменённых тканей, включающих сам аппендикс, а также окружающие его образования: слепую кишку, тонкую кишку, сальник.



# Аппендикулярный инфильтрат

Аппендикулярный инфильтрат развивается на 2—4-й день от начала заболевания. При этом в правой подвздошной области, реже в других участках, появляется ограниченное, болезненное при пальпации, плотное и неподвижное образование.



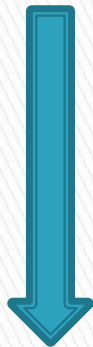
# Аппендикулярный инфильтрат

- аппендикулярный инфильтрат является практически единственным противопоказанием к аппендэктомии (вторым противопоказанием является отказ пациента от операции), из-за отсутствия технической возможности выделить червеобразный отросток из воспалительного конгломерата.
- Аппендикулярный инфильтрат необходимо дифференцировать в первую очередь с опухолью толстой кишки и болезнью Крона.



# Аппендикулярный инфильтрат

Рассасывание



Аппендэктомия  
через 2-3  
месяца

Исход

Периаппендикулярный  
абсцесс



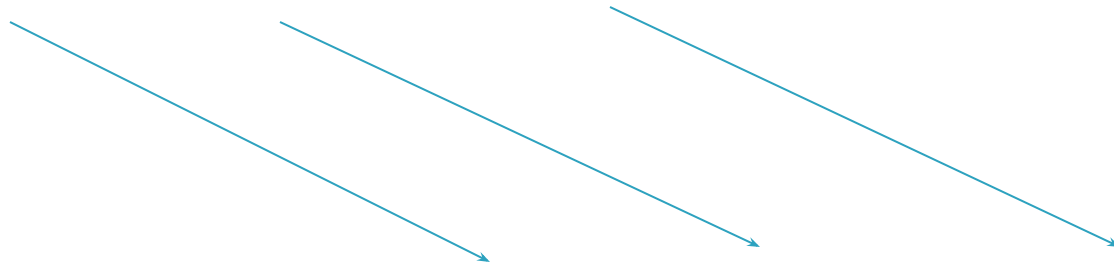
Оперативное  
вмешательство

Исход



# Аппендикулярный абсцесс

Аппендикулярный инфильтрат



Аппендикулярный абсцесс

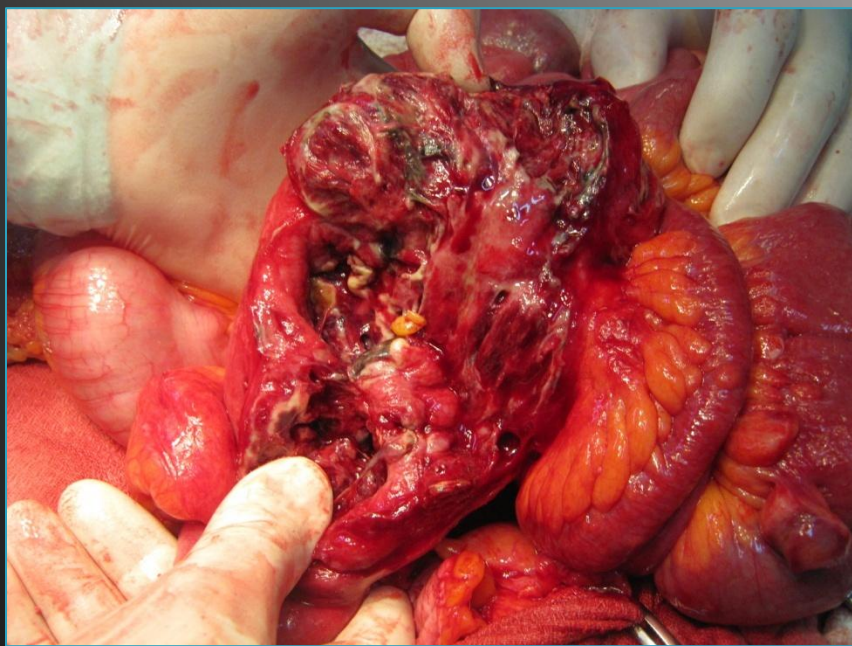
«Инфильтрат — это волк в овечьей шкуре»  
(А. Г. Бржозовский).

# Аппендикулярный абсцесс

образование абсцесса сопровождается усилением боли, увеличением размера инфильтрата, появлением флюктуации, ухудшением общего состояния, иногда — симптомами раздражения брюшины.

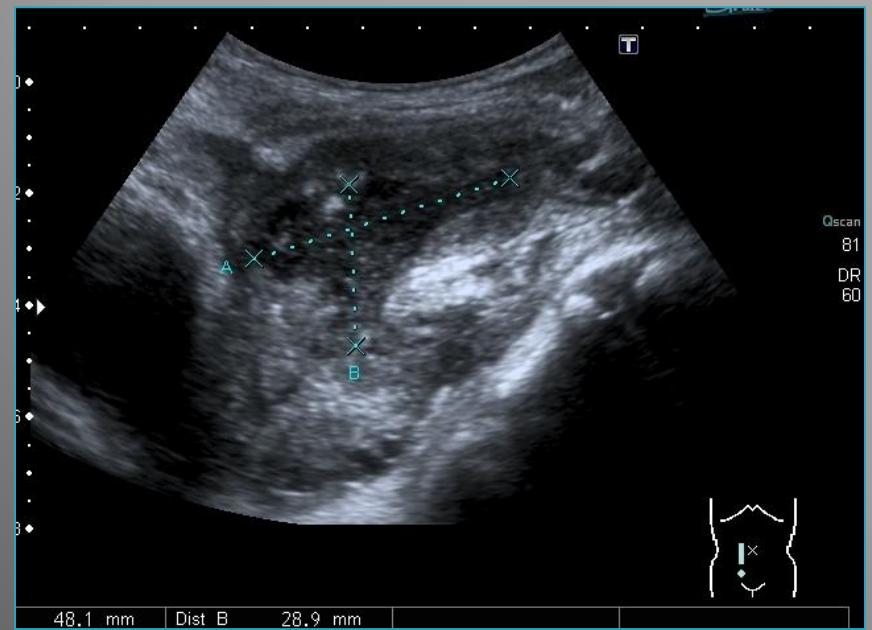
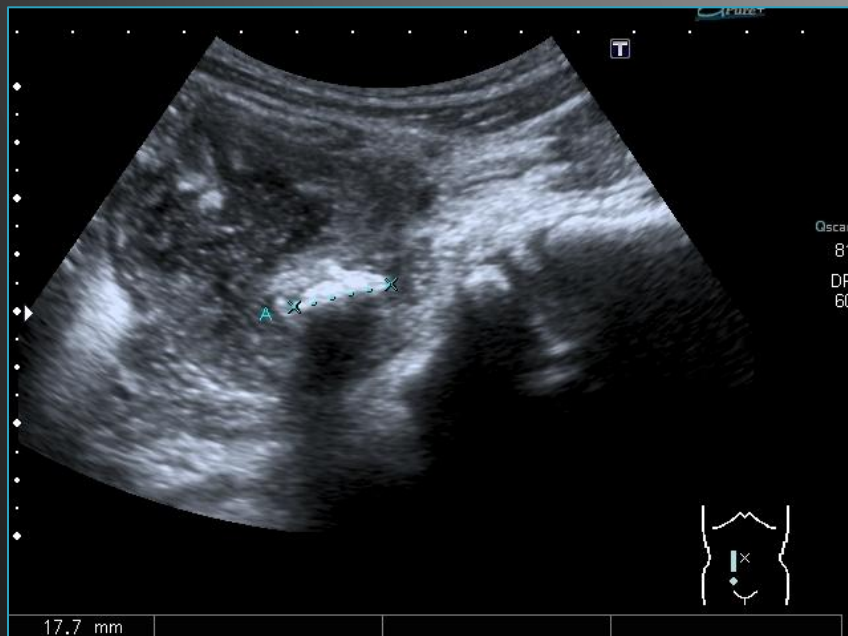


# Аппендикулярный абсцесс



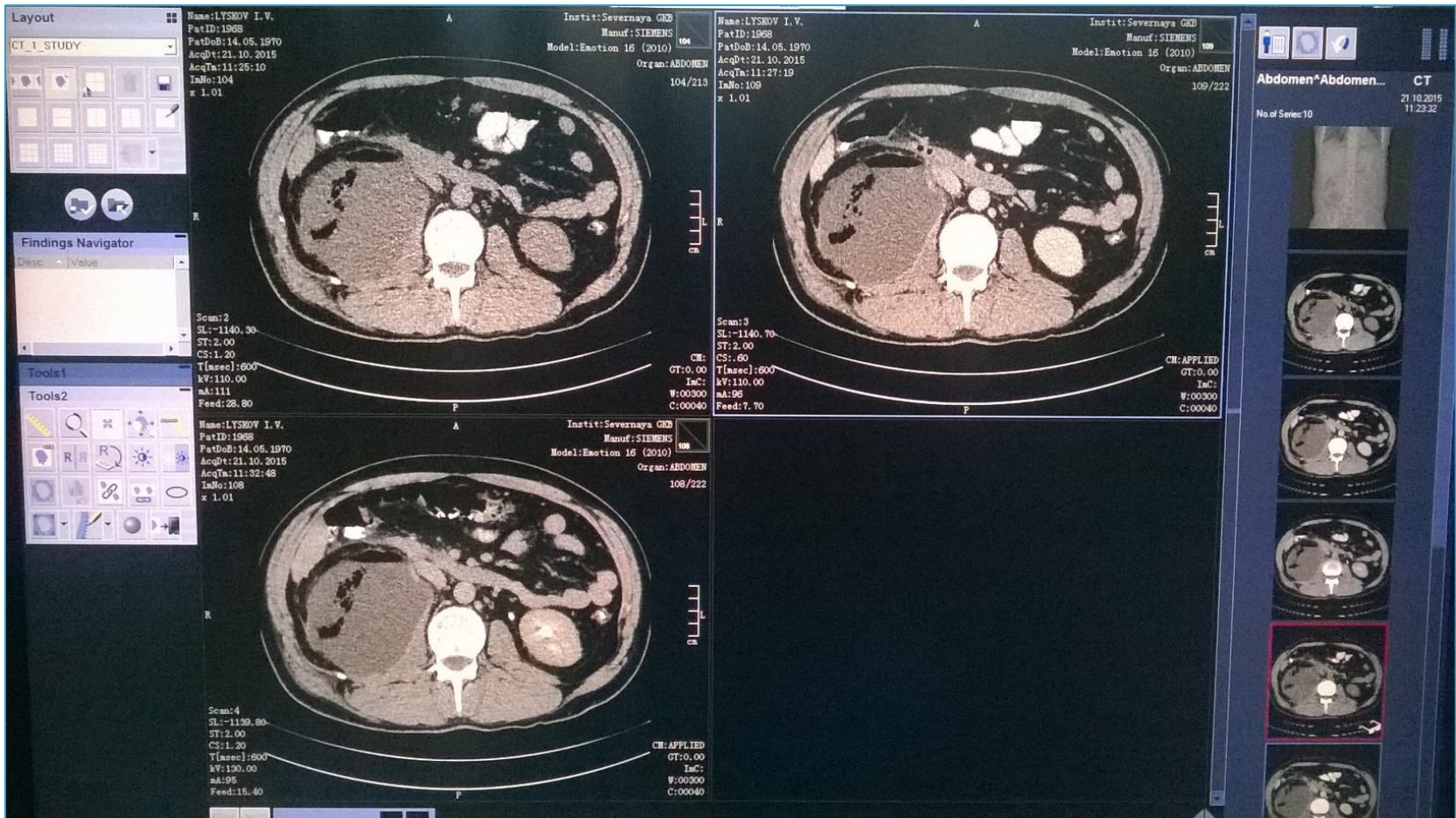
- выраженность деструктивных изменений зависит от времени протекания заболевания, места расположения и соматического состояния пациента

# УЗИ-диагностика аппендикулярного абсцесса





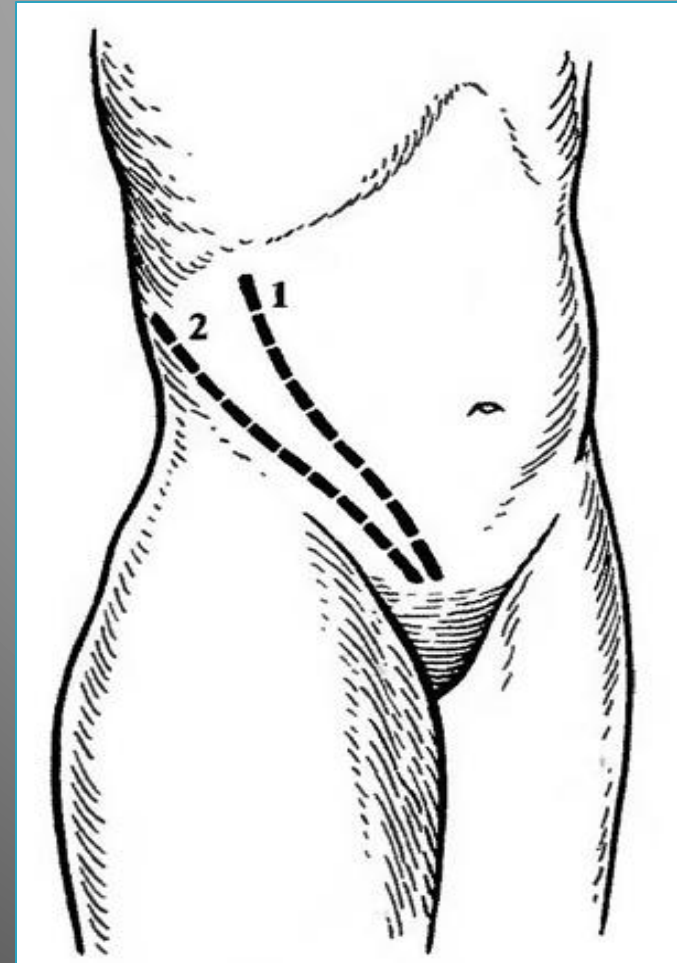
# КТ-диагностика аппендикулярного абсцесса



# Оперативное лечение аппендикулярного абсцесса

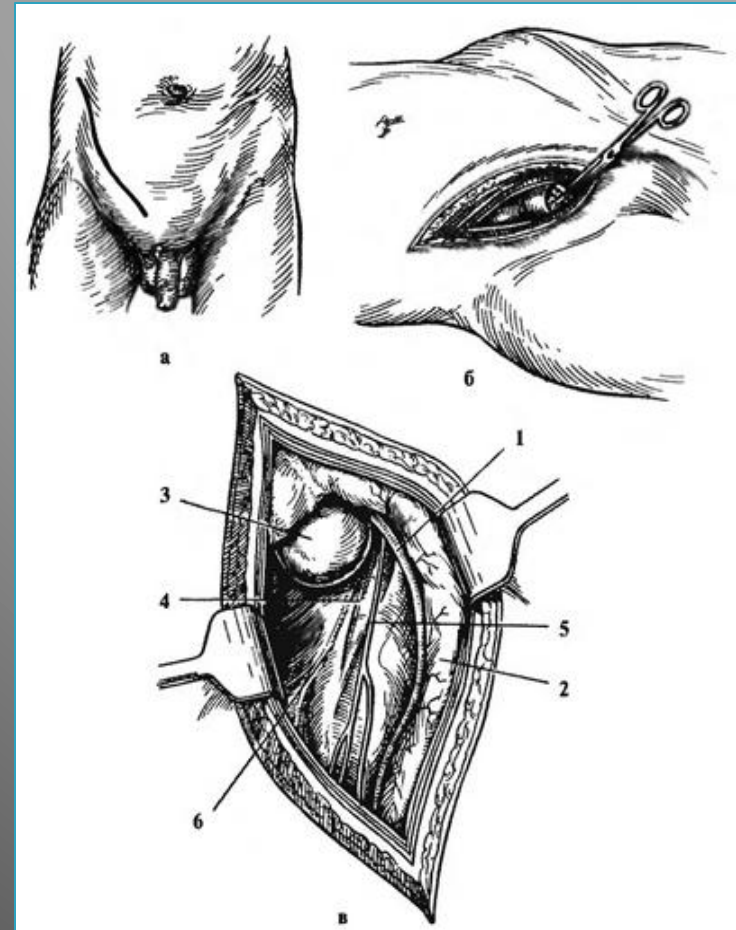
## Доступы

- ▣ доступ по Пирогову
- ▣ доступ по Шевкуненко



# Оперативное лечение аппендикулярного абсцесса

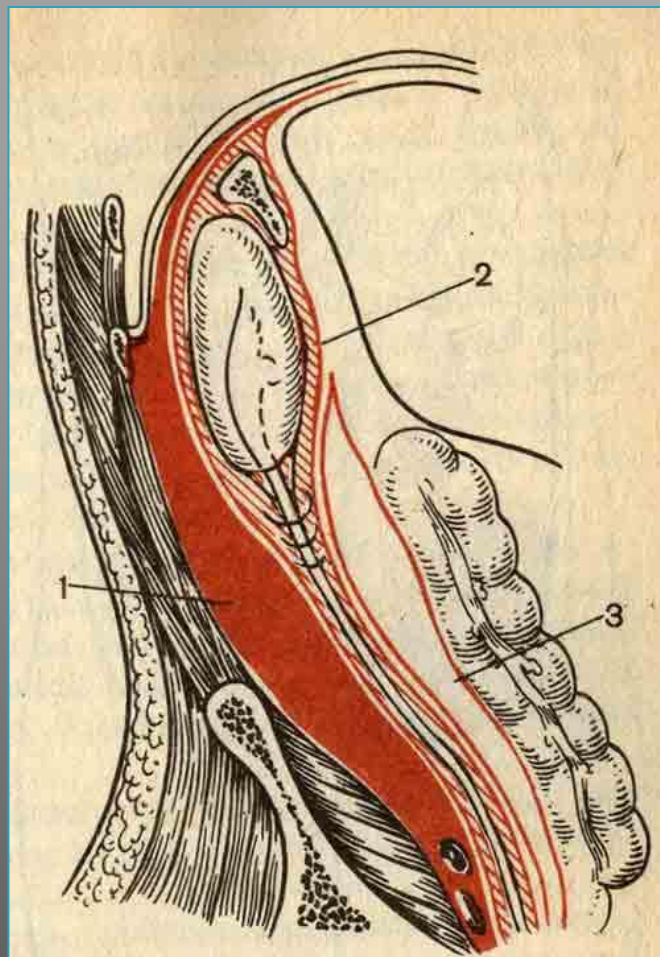
После  
осуществления  
доступа к  
париетальной  
брюшине – вскрытие  
абсцесса  
производят  
максимально тупым  
путём





# Забрюшинные флегмоны

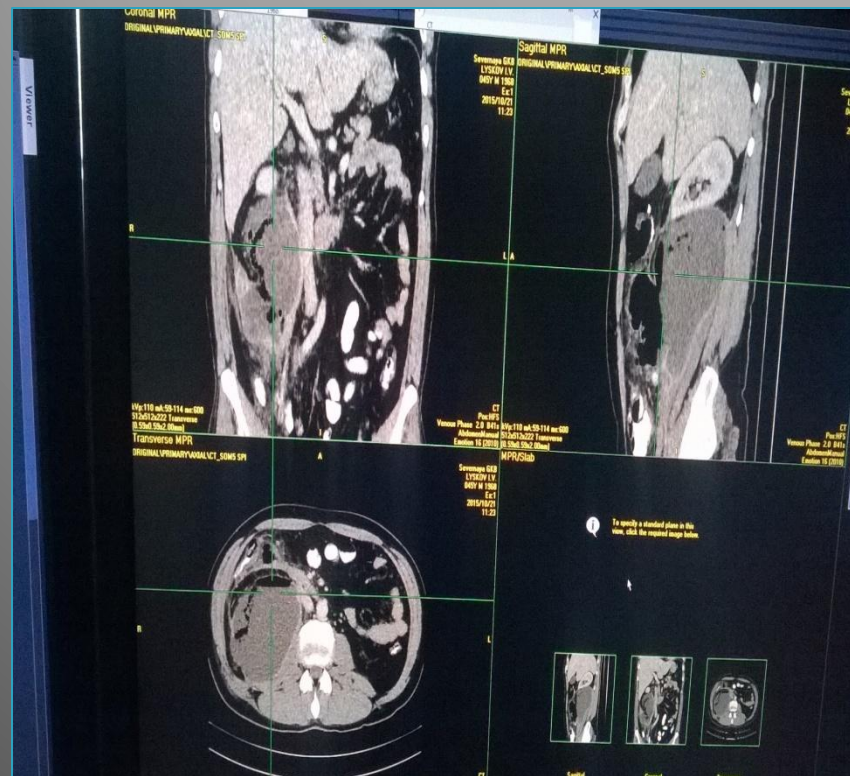
- ▣ Параколит
- ▣ Паранефрит



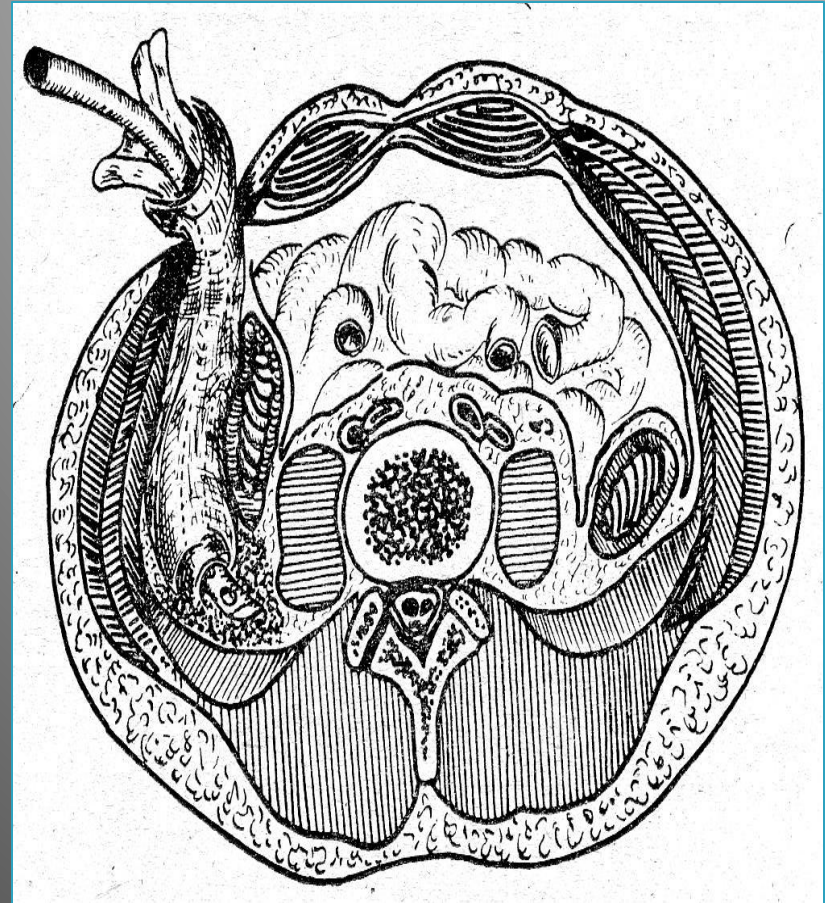
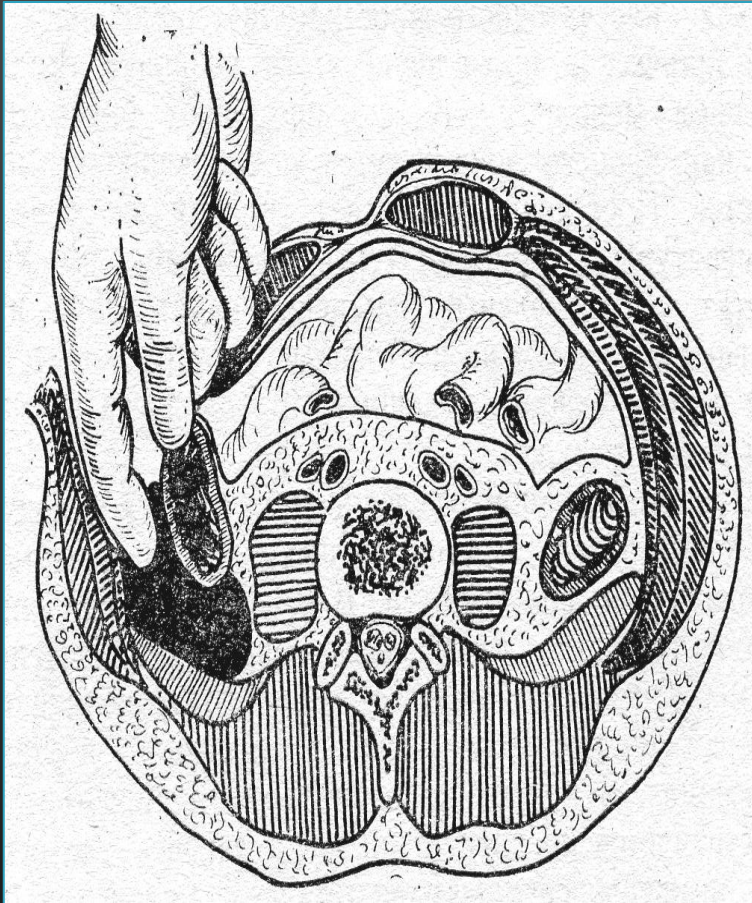


# Забрюшинные флегмоны

Вскрытие гнойников  
должно  
осуществляться по  
возможности после  
верификации  
диагноза  
(инструментальная  
диагностика)



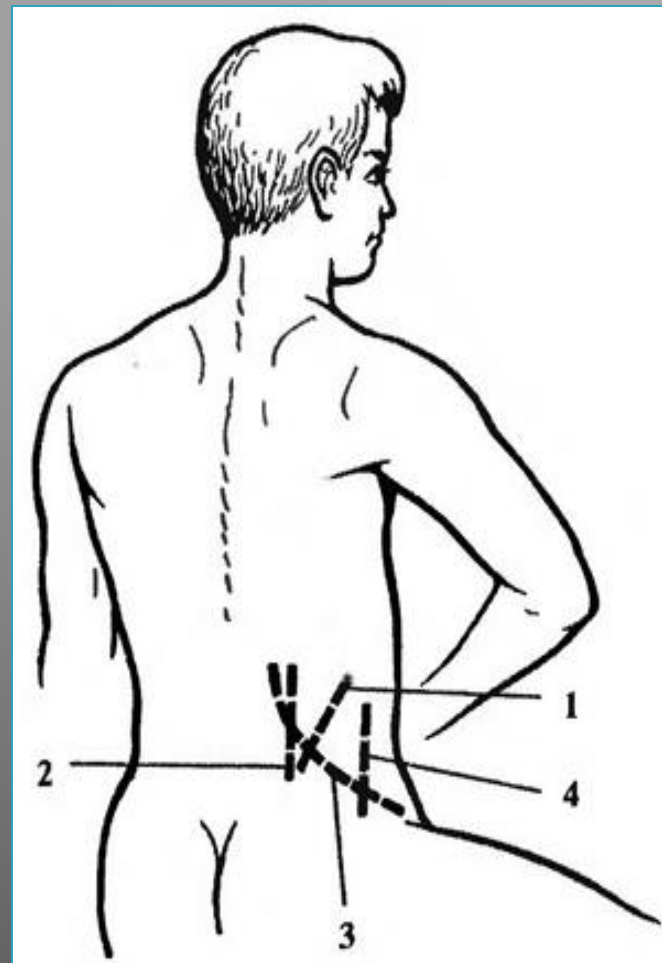
# Вскрытие забрюшинных абсцессов передне-боковым доступом





# Вскрытие забрюшинных абсцессов задним (поясничным доступом)

- 1-заднелатеральный доступ
- 2-доступ по Симону
- 3-доступ по Израэлю
- 4-передне-латеральный доступ

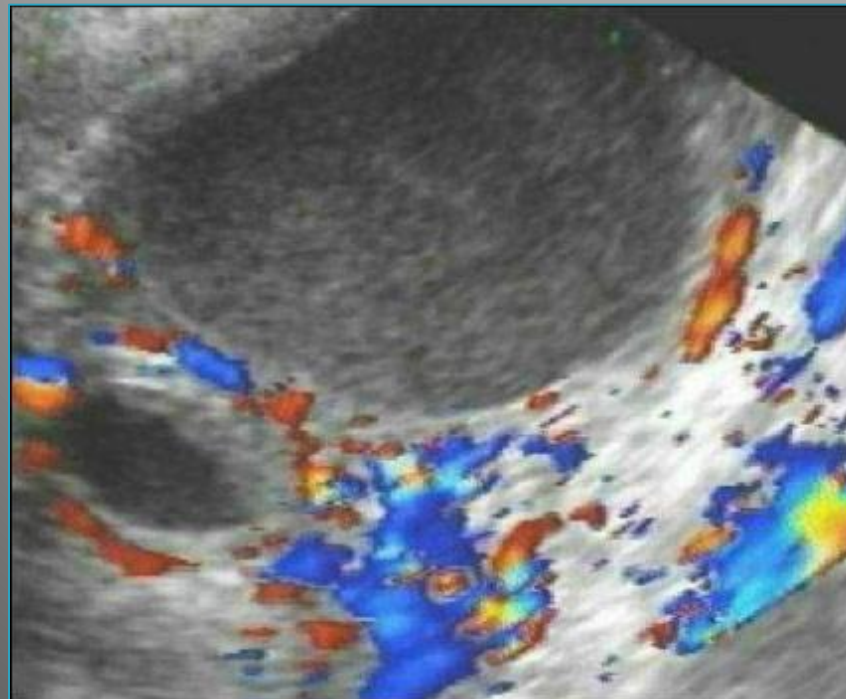


# Абсцессы брюшной полости

Поддиафрагмальный абсцесс



Абсцесс Дугласова пространства

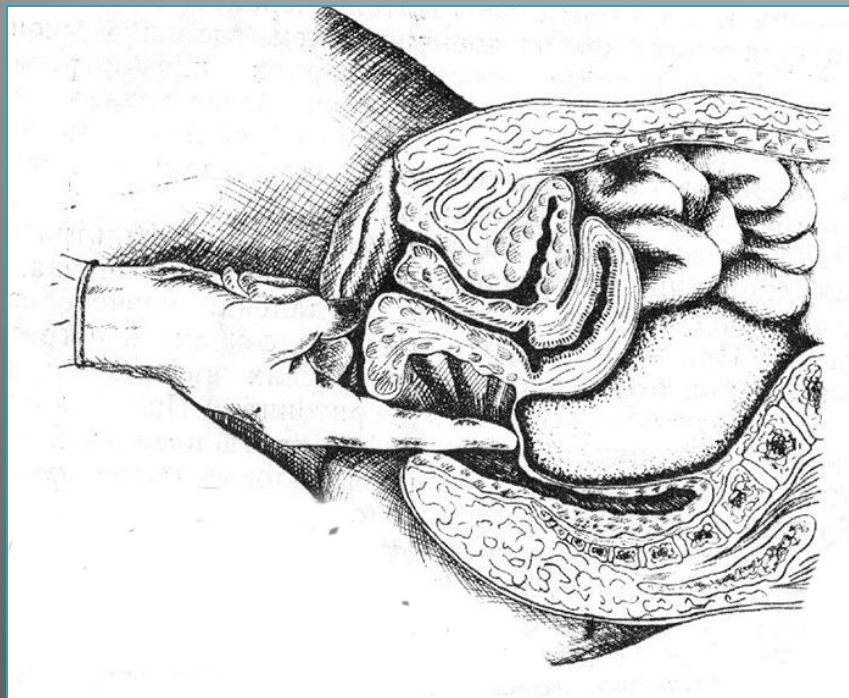


# Абсцессы брюшной полости

Поддиафрагмальный абсцесс



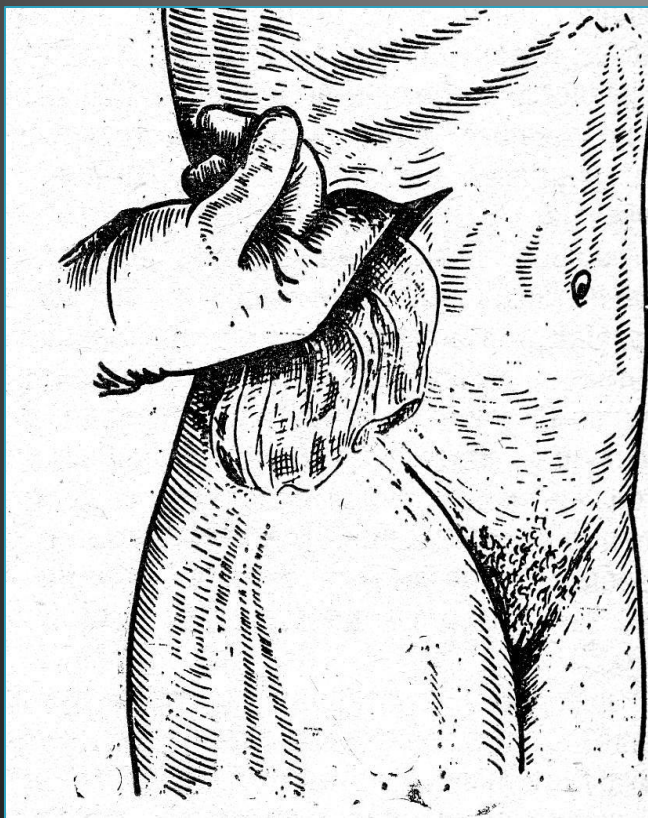
Абсцесс Дугласова пространства



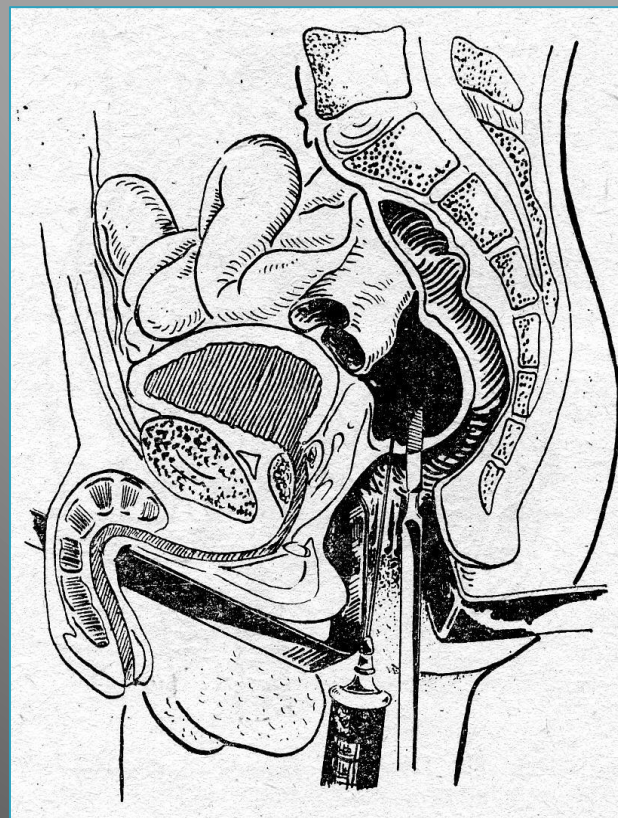


# Абсцессы брюшной полости

Поддиафрагмальный абсцесс



Абсцесс Дугласова пространства

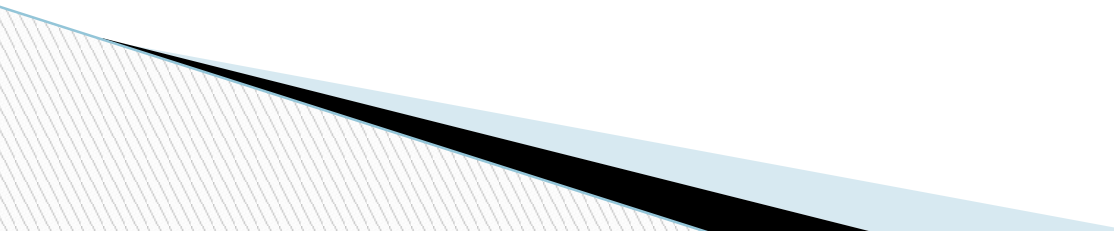


# Перитонит

- Аппендикулярный перитонит развивается на фоне деструктивных форм аппендицита и бывает следствием распространения воспалительного процесса на брюшину.
- Частота развития перитонита при остром аппендиците составляет 4-8%



# Стадии аппендикулярного перитонита

- ▣ Реактивная стадия характеризуется потерей организмом солей, белков и воды, без существенного нарушения клеточного метаболизма. Отсутствуют признаки гипоксии. Преобладает местная симптоматика. Имеют место компенсаторные механизмы, так как организм справляется с возникшими нарушениями.
- 



# Стадии аппендикулярного перитонита

- Токсическая стадия характеризуется нарушениями клеточного метаболизма. Отмечается дефицит воды, солей, белка. Выраженная интоксикация. В брюшной полости большое количество гнойного экссудата, выраженный парез кишечника с микроциркуляторными нарушениями в нем.

# Стадии аппендикулярного перитонита

- Терминальная стадия обусловлена глубокими нарушениями функций организма и воздействиями токсинов на центральную нервную систему. Тяжелые функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта с развитием стаза и расширения петель кишечника, скоплением большого количества жидкости и газов.

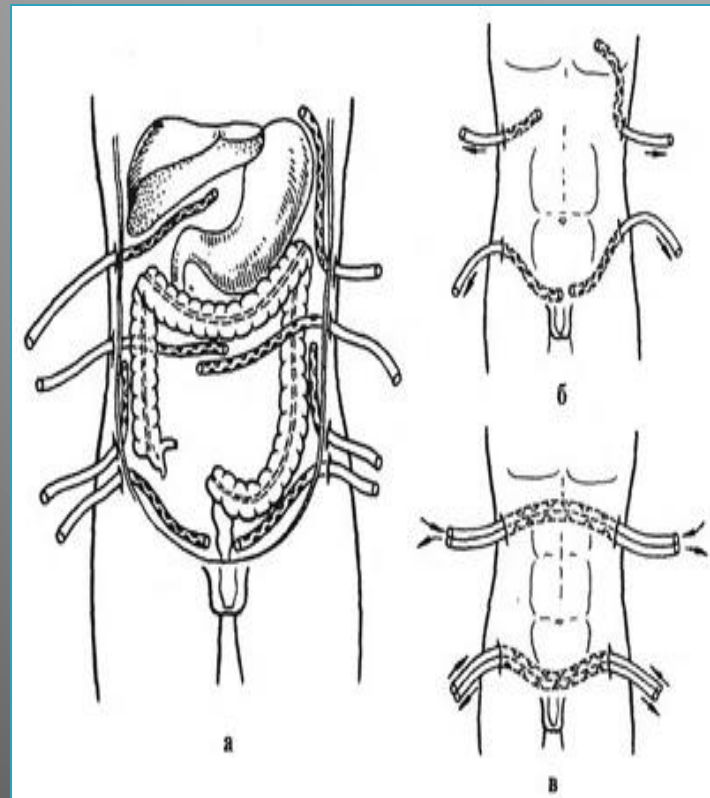
# Перитонит

Диагноз ставиться на основании совокупности, клинического наблюдения, лабораторных и инструментальных методов лечения



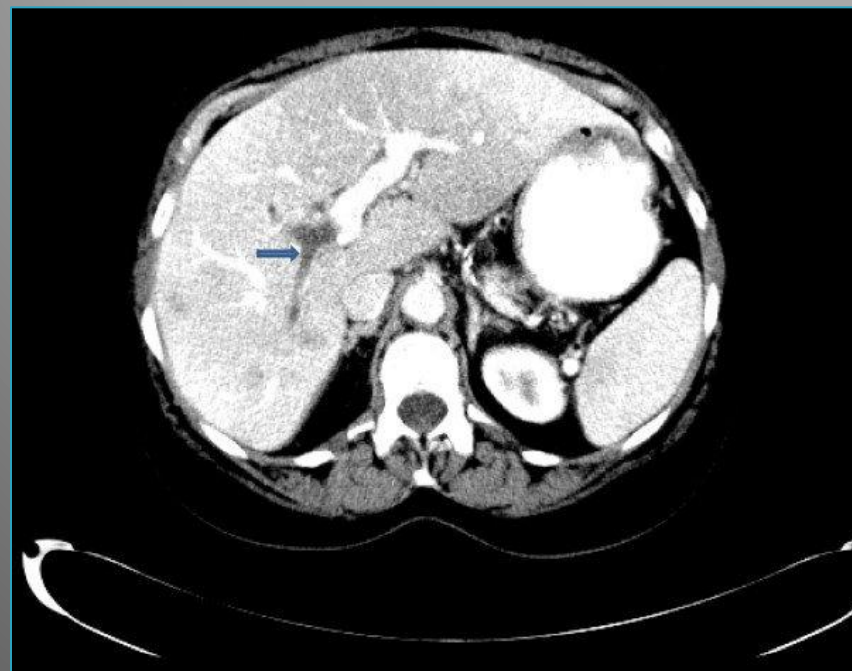
# Лечение аппендикулярного перитонита

- Немедленная операция
- Удаление червеобразного отростка
- Санация, дренирование брюшной полости



# Пилефлебит

Одним из самых редких осложнений острого деструктивного аппендицита является септический тромбофлебит брыжеечных и воротной вен. Летальность при развитии этого осложнения достигает практически 100%.



# Пилефлебит

- Причиной возникновения пилефлебита, как правило, является перфорация стенки червеобразного отростка по брыжеечному краю с развитием флегмоны или абсцесса брыжеечки. В последующем инфекционный процесс распространяется на *v. mesenterica sup.* с переходом на воротную вену, достигая ее мельчайших внутripеченочных ветвей.
- Клинические проявления заболевания в таких случаях характеризуются «аппендикулярными» симптомами в начале заболевания с последующим стремительным развитием сепсиса с преобладанием проявлений печеночно-почечной недостаточности.

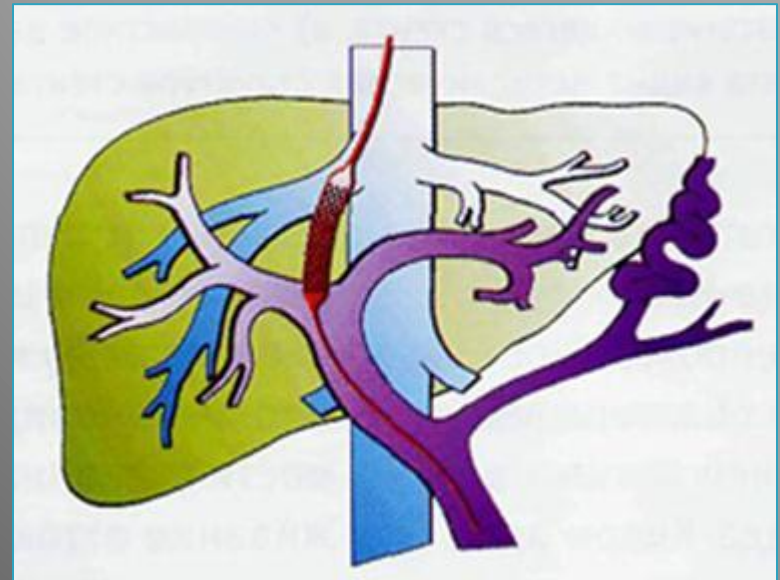
# Пилефлебит

- При развитии этого осложнения после аппендэктомии, спустя несколько часов, а иногда — суток, повышается температура, принимая гектический характер, появляются ознобы, боли в правом подреберье, гепатоспленомегалия.
- Вскоре удается отметить легкую желтушность кожного покрова и слизистых оболочек. Лабораторные исследования крови обнаруживают выраженный лейкоцитоз с резким сдвигом формулы влево, билирубинемию, умеренное повышение показателей трансаминаз и других печеночных ферментов.
- При УЗИ подтверждается увеличение печени и селезенку без наличия очаговых изменений. При доплеровском исследовании может быть обнаружено нарушение кровотока по ветвям воротной вены.

# Пилефлебит

Лечение пилефлебита представляет чрезвычайно сложную задачу, справиться с которой бывает

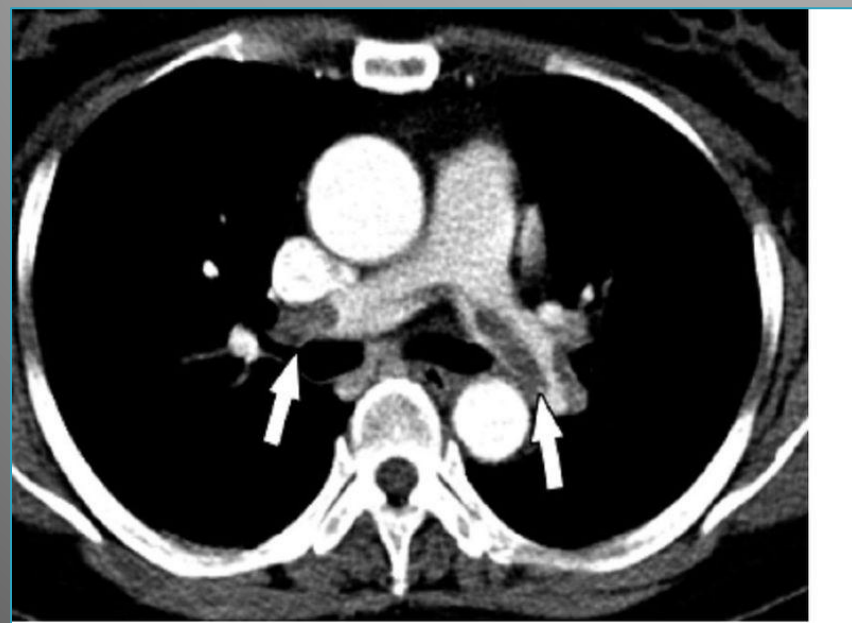
трудно или  
невозможно





# Газовая эмболия вен портальной системы

Газ во внепеченочных или внутрипеченочных венах портальной системы может быть обнаружен случайно во время компьютерной томографии органов брюшной полости независимо от показаний к этому исследованию.



# Газовая эмболия вен портальной системы

- ▣ Этот феномен в большинстве случаев является поздним признаком тотального некроза кишечника. В то же время газовая эмболия возможна и в ситуациях иного рода: при воспалительных заболеваниях кишечника, инфекциях желчевыводящих путей, при трансплантации печени и сердца, при остром панкреатите, вследствие тупой травмы живота.
- ▣ Газ может проникнуть в портальную систему через поврежденную слизистую оболочку кишки при повышении внутрикишечного давления. Другим источником происхождения газа могут быть бактерии, проникающие через кишечную стенку при абдоминальном сепсисе.

# Газовая эмболия вен портальной системы

- ▣ В течение длительного времени основной причиной газовой эмболии вен портальной системы считали некротический процесс в кишечнике, но в настоящее время взгляды на это были пересмотрены и изменились. Все чаще и чаще встречается эмболия, не имеющая ишемической природы. Причинами попадания воздуха в портальную систему могут быть перфорация червеобразного отростка или перфорация прямой кишки.

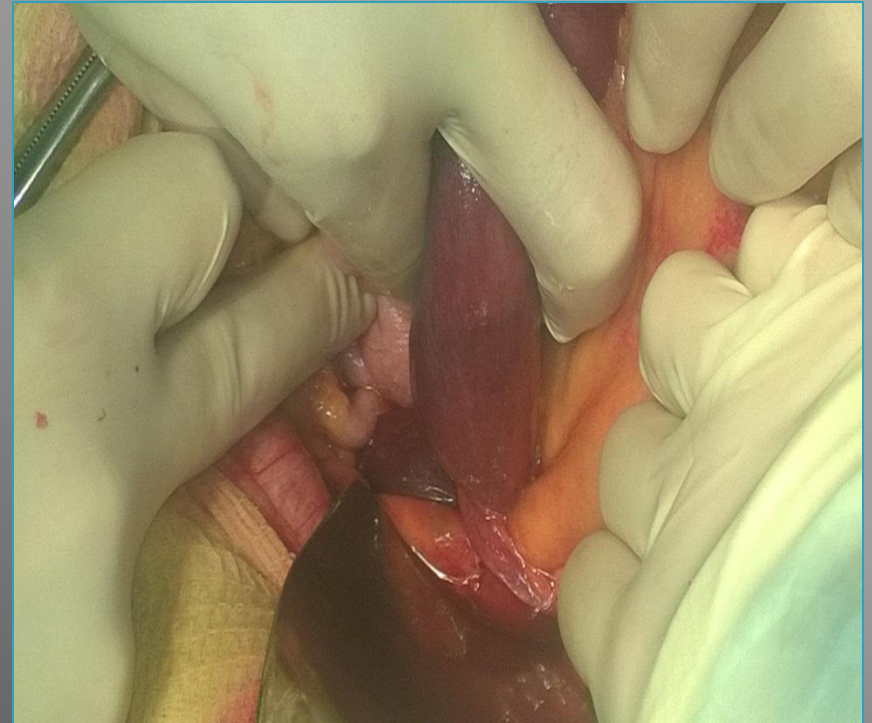
# Кишечная непроходимость

Первые случаи  
острого  
аппендицита,  
приведшие к  
развитию острой  
кишечной  
непроходимости,  
были описаны еще в  
1901 г. в США.



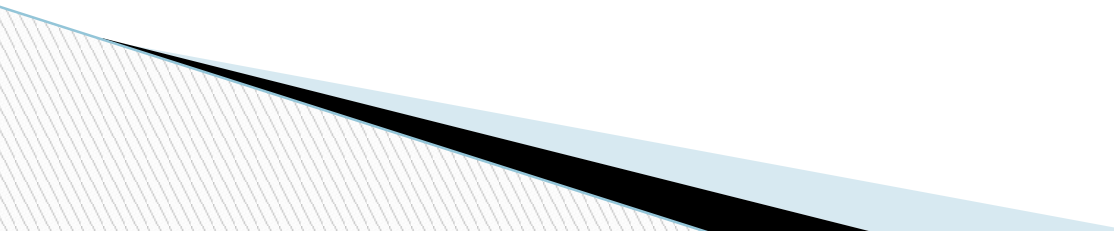
# Кишечная непроходимость

В 1908 г. Hawks выделил механический, септический и комбинированный типы кишечной непроходимости, ассоциированной с острым аппендицитом.





# Кишечная непроходимость

- адинамическую
  - механическую
  - странгуляционную
  - ишемическую.
- 

# Кишечная непроходимость

- Адинамическая кишечная непроходимость при остром аппендиците развивается вследствие локального паралича подвздошной кишки, развивающегося по причине распространения воспалительного процесса с червеобразного отростка на прилегающую стенку слепой кишки. Это наиболее частый тип кишечной непроходимости, ассоциированной с острым аппендицитом, встречающийся в 1 - 5 % наблюдений.

# Кишечная непроходимость

- Механическая непроходимость возникает вследствие перекручивания, компрессии или растяжения сегмента тонкой кишки, фиксированного воспалительным инфильтратом или аппендикулярным абсцессом. Ущемления и тем более некроза кишки при этом не происходит. Это состояние можно разрешить консервативными мероприятиями. Активная противовоспалительная терапия способствует ликвидации кишечной непроходимости, что связано с устранением одного из патогенетических компонентов данного состояния.

# Кишечная непроходимость

- ▣ Странгуляционная непроходимость может развиваться при обертывании червеобразного отростка вокруг основания кишечной петли или в том случае, когда воспаленный червеобразный отросток припаивается к слепой кишке, тонкой кишке или к брюшине задней брюшной стенки, вследствие чего часть тонкой кишки ущемляется в образовавшейся апертуре. Данное состояние чрезвычайно редкое.

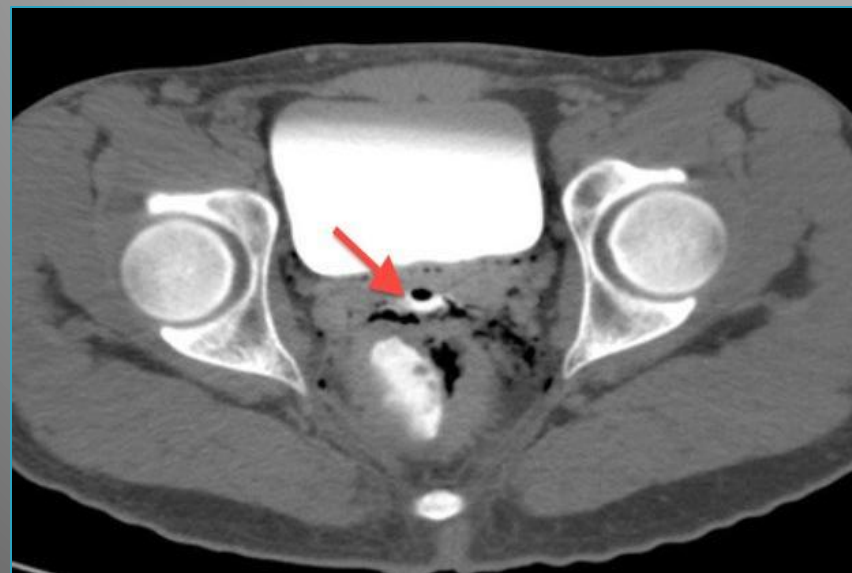
# Кишечная непроходимость

- Ишемическая непроходимость, основным механизмом которой является мезентериальная ишемия, встречается также крайне редко. Если воспаленный червеобразный отросток припаивается к брыжейке вблизи подвздошно-ободочной артерии, это может привести к тромбозу этой артерии с последующей гангреной терминального сегмента подвздошной кишки.



# Перфорация прямой кишки

Дефект прямой кишки относится ко вторичному осложнению ретроперитонеального абсцесса, который в свою очередь формируется по причине перфорации некротизированного червеобразного отростка с прорывом его содержимого.



*«Всякий приступ аппендицита каким бы доброкачественным он не казался вначале может перейти в самый тяжкий аппендицит. Нет терапевтического лечения острого аппендицита. Лучшее лечение заключается в операции в первые 24 часа»*

Спасибо за внимание!

