

«Чтобы выразить свою мысль в нескольких словах, я заявляю, что ни один больной не должен умереть от острого аппендицита»

Жорж Дьелафуа

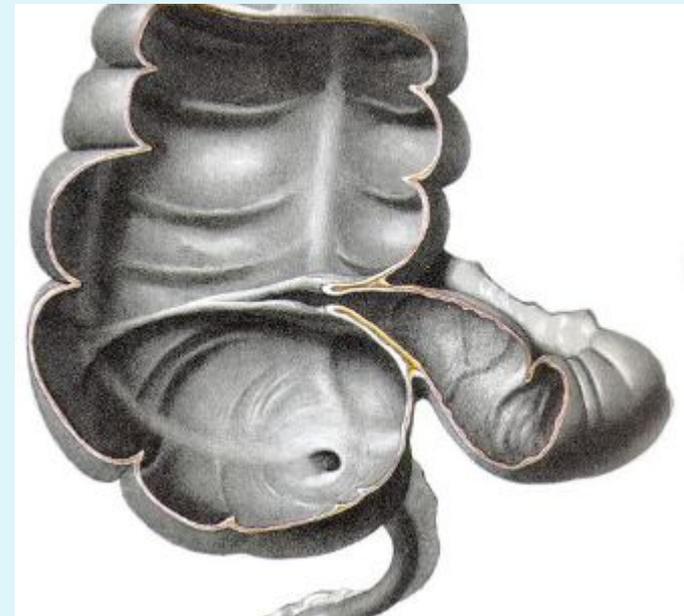
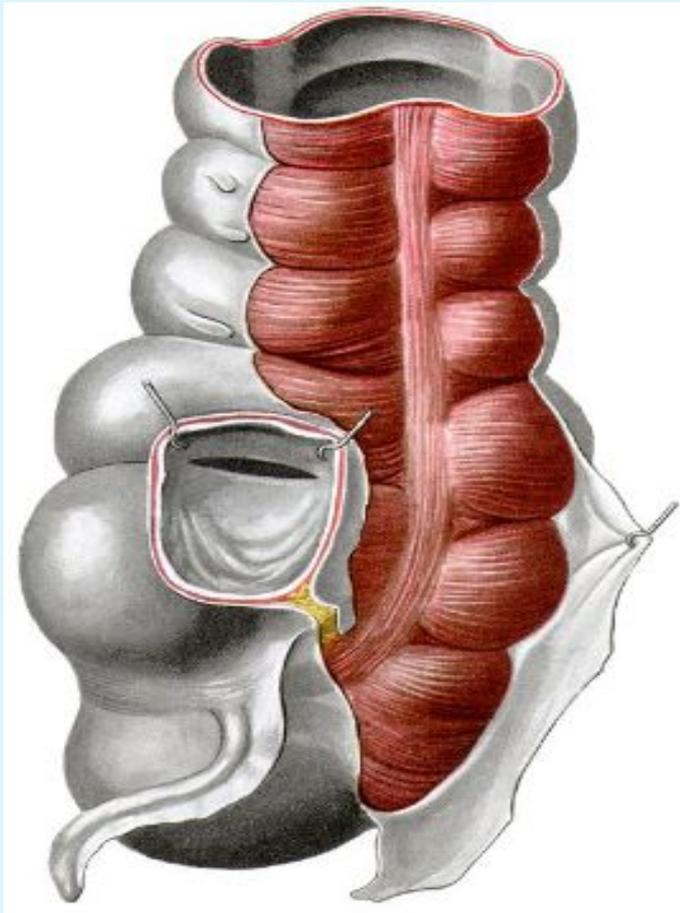
АППЕНДИЦИТ. ПОНЯТИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Тульский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра хирургических болезней №1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Понятие **«острый аппендицит»** содержит в себе различные по этиологии и патогенезу острые воспалительные и деструктивные изменения в этом органе, проявляющиеся рядом одинаковых клинических признаков и объединяемые единством диагностических и тактических принципов лечения больных.

Анатомия слепой кишки и червеобразного отростка



Анатомия червеобразного отростка

Артериальная кровь направляется к ЧО
по следующей магистрали: aorta
abdominalis-a.mesenterica
superior-a.ileocolica-a.appendicularis.

Венозный отток:

v.appendicularis-v.ileocolica-v.mesenterica
sup.-v.porta

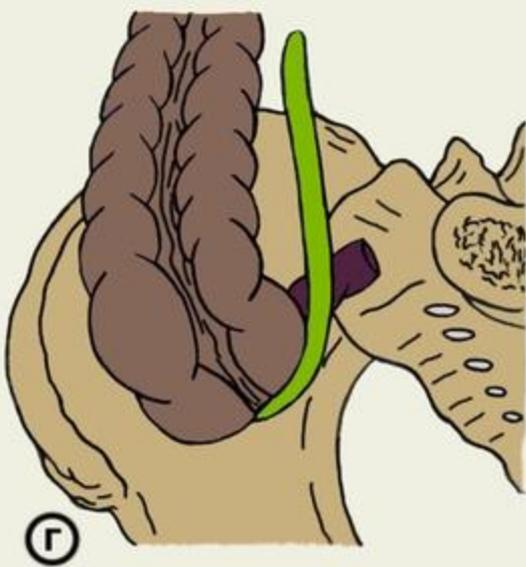
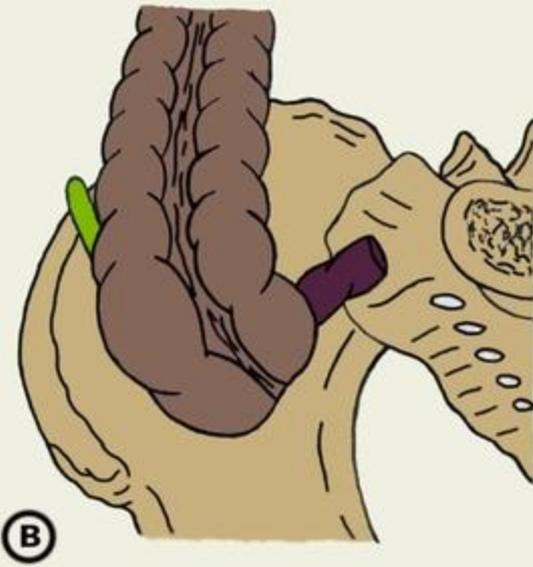
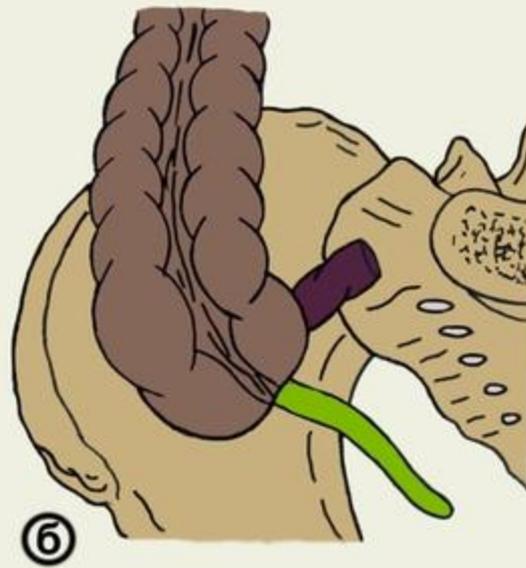
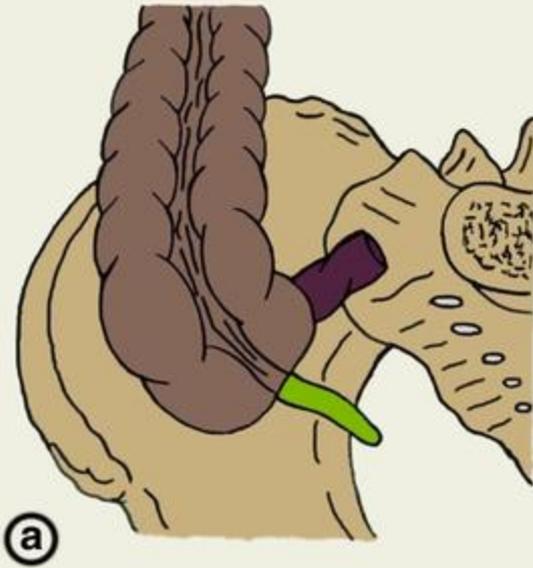
Расположение червеобразного отростка

- ▣ **Типичное расположение аппендикса:**

- нисходящее
- латеральное
- переднее

- ▣ **Атипичное расположение:**

- ретроцекальное
- тазовое
- медиальное
- подпеченочное
- левостороннее



В чем проблема?

- отсутствие четкого представления о патогенезе аппендицита
- нет однозначности в классификации форм и стадий (целесообразность стадирования вообще?) аппендицита
- самые современные методы лабораторной и инструментальной диагностики «нельзя признать великолепными»
- спорными остаются выбор сроков (продолжительность наблюдения в неясных случаях) и метода оперативного лечения, возможность излечения интенсивной антибиотикотерапией, предпринятой в ранние сроки развития инфекции (неосложненный аппендицит)
- показания к дренированию брюшной полости и антибиотикопрофилактика п/о раневой инфекции

Этиопатогенез

Острый аппендицит - полиэтиологическое заболевание. В его основе лежит неспецифическое воспаление, вызванное гноеродными микробами (стафилококк, стрептококк) с участием кишечной палочки, энтерококка, условно-патогенной флоры.

Этиопатогенез (продолжение)

Способствующими факторами являются:

- Обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой содержимого или образование замкнутой полости. Закупорка может быть обусловлена копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка.
- Сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбозу, появлению сегментарного некроза.
- Нейрогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, растяжением просвета, повышенным слизиобразованием, нарушениями микроциркуляции.

Этиопатогенез (продолжение)

Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:

- Алиментарный фактор.
- Существование в организме очага инфекции, из которого происходит гематогенное распространение.
- Заболевания, сопровождающиеся выраженными иммунными реакциями

Патологоанатомическая классификация (А.И. Абрикосов, 1946г.)

- Поверхностный аппендицит
- Флегмонозный
 - простой флегмонозный
 - флегмонозно-язвенный
 - апостематозный с образованием мелких
внутристеночных абсцессов
- Гангренозный

Классификация ОА

Формы острого аппендицита.

- Острый простой (поверхностный, катаральный) аппендицит.
- Острый деструктивный аппендицит.
 - Флегмонозный (с перфорацией и без перфорации)
 - Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)

Осложнения ОА

Дооперационные осложнения:

- Перитонит (местный, разлитой, диффузный, общий)
- Аппендикулярный инфильтрат
- Периаппендикулярный абсцесс
- Флегмона забрюшинной клетчатки
- Сепсис, генерализованная воспалительная реакция
- Пилефлебит

Послеоперационные осложнения

Осложнения со стороны
операционной раны:

- Инфильтрат
- Нагноение
- Гематома
- Лигатурный свищ

Послеоперационные осложнения

Осложнения со стороны брюшной полости:

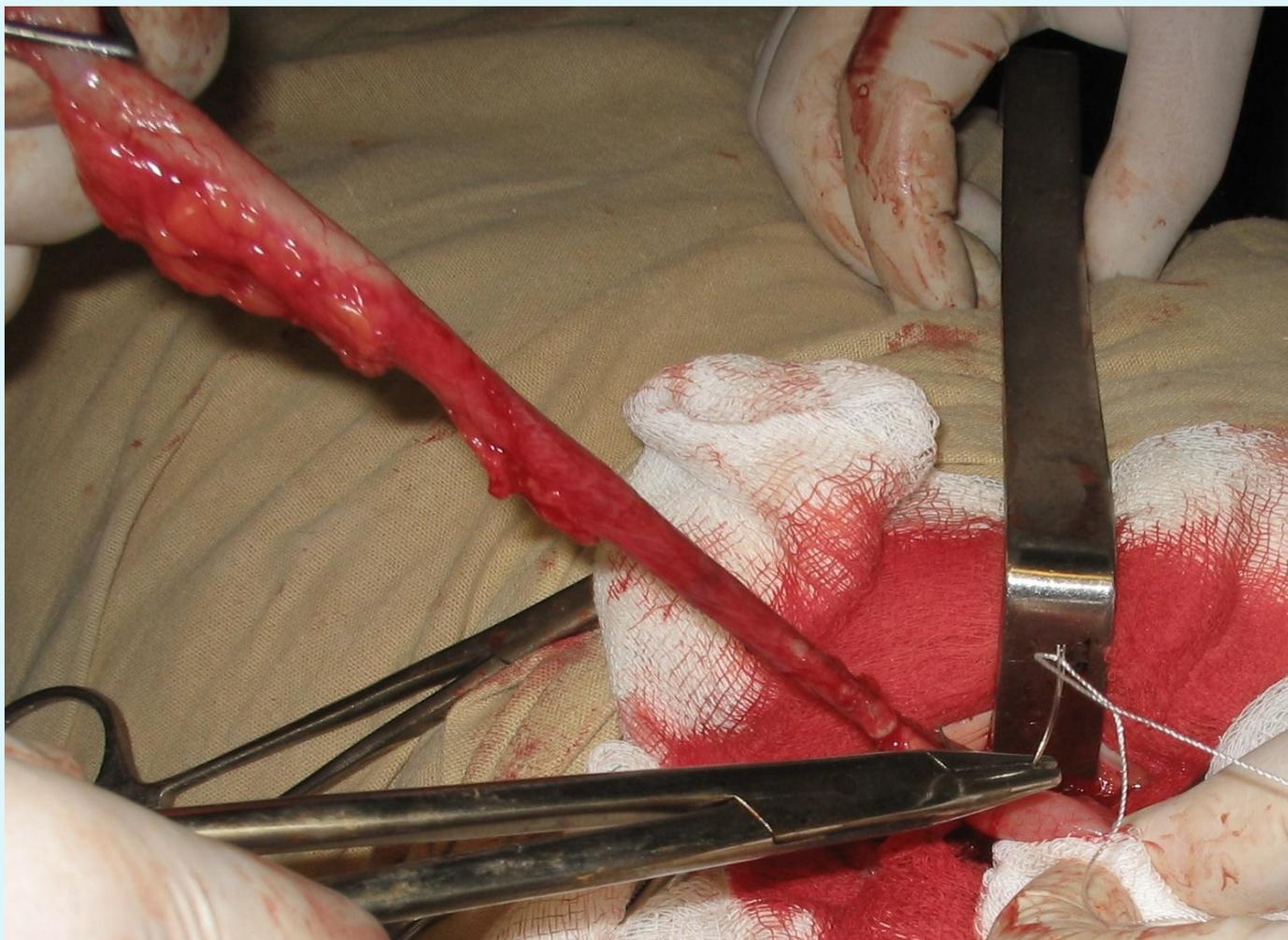
- Инфильтрат
- Абсцесс брюшной полости (илеоцекальный, дугласова пространства, межпетлевой, поддиафрагмальный)
- Непроходимость кишечника
- Перитонит
- Кишечный свищ
- Желудочно-кишечные и внутрибрюшинные кровотечения

Послеоперационные осложнения

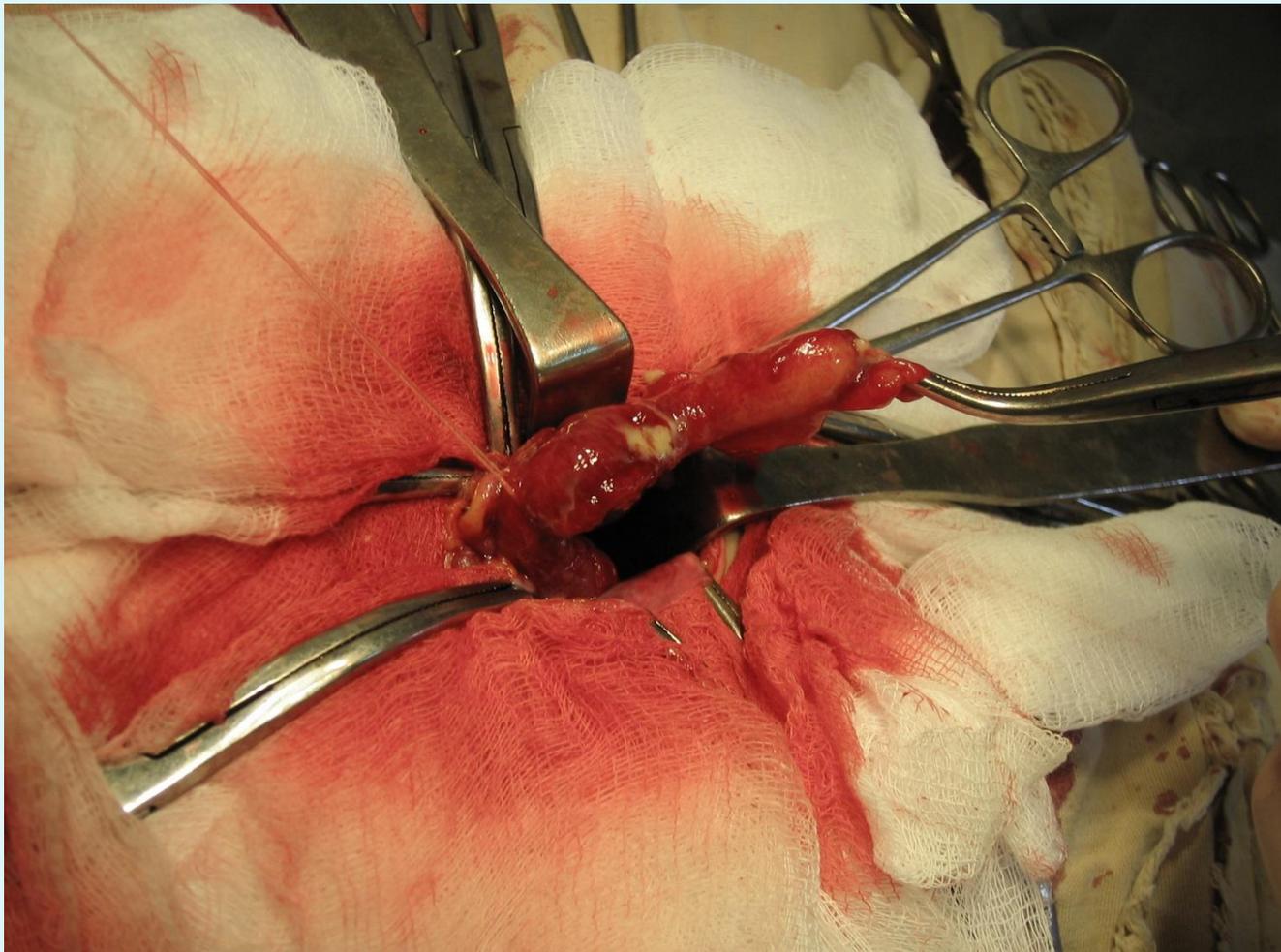
Осложнения, не связанные с операционной областью:

- Со стороны органов дыхания (ОРВИ, бронхит, пневмония)
- Прочие осложнения (миокардит, перикардит, пиелонефрит, психофункциональные нарушения)

«Катаральный» аппендицит



Флегмонозный аппендицит



Клиника

Жалобы:

- Боли в правой подвздошной области
- Боли в эпигастрии с дальнейшей миграцией в правую подвздошную область (симптом Кохера)
- Тошнота, рвота
- Стул:задержка или жидкий стул при тазовой локализации отростка

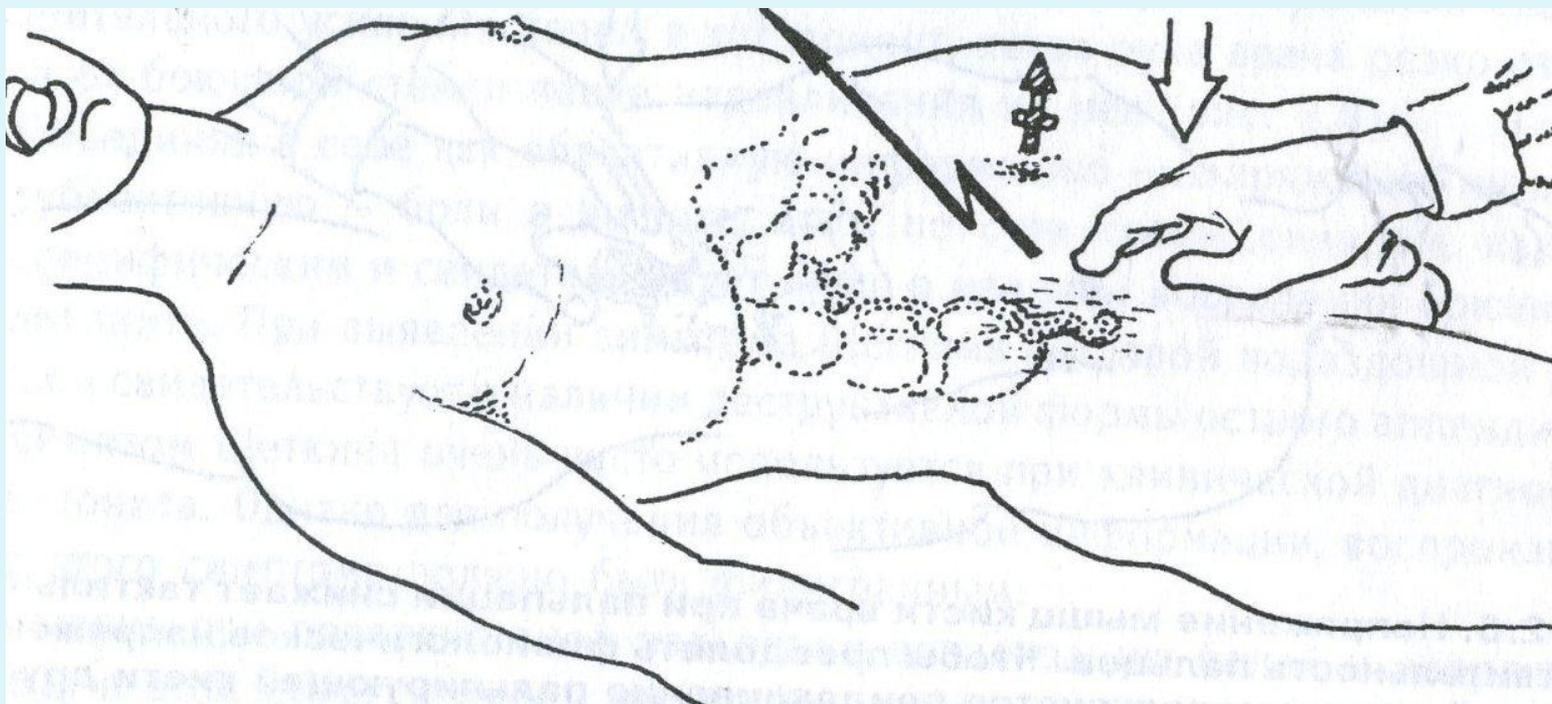
Объективное исследование

Все симптомы, которые воспроизводит врач, сводятся к механическому воздействию на червеобразный отросток и окружающую его брюшину. При наличии их воспаления результатом такого воздействия будет появление боли.

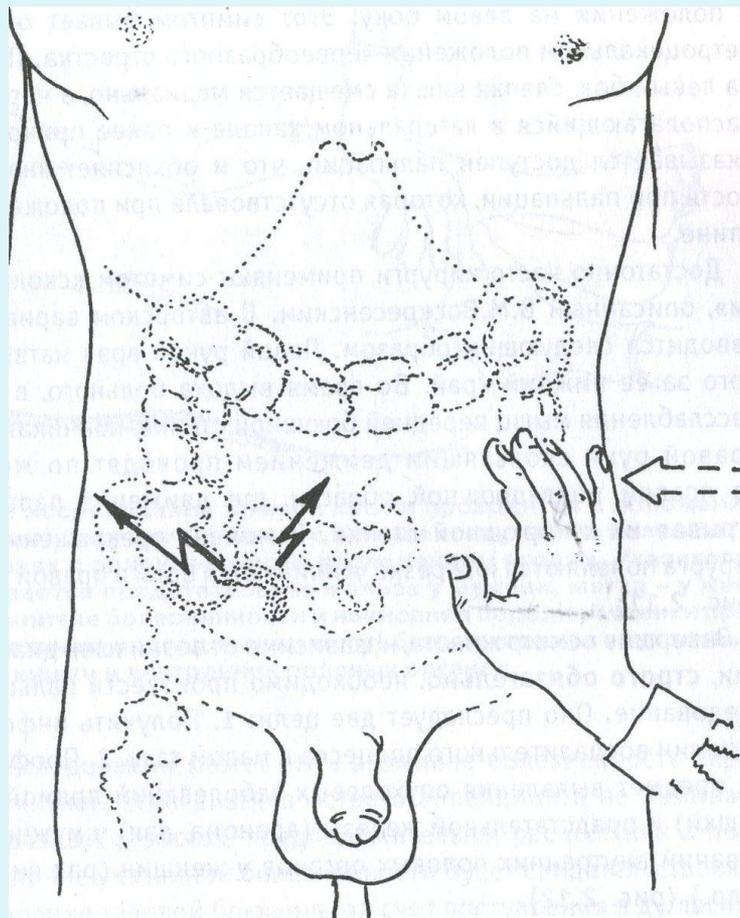
Аппендикулярные симптомы

- Симптом Раздольского -болезненность при перкуссии передней брюшной стенки в правой подвздошной области
- Симптом Ровзинга –появление болей в правой подвздошной области при толчках, совершаемых рукой врача в левой половине живота
- Симптом Ситковского –появление болей в правой подвздошной области при повороте больного со спины на левый бок

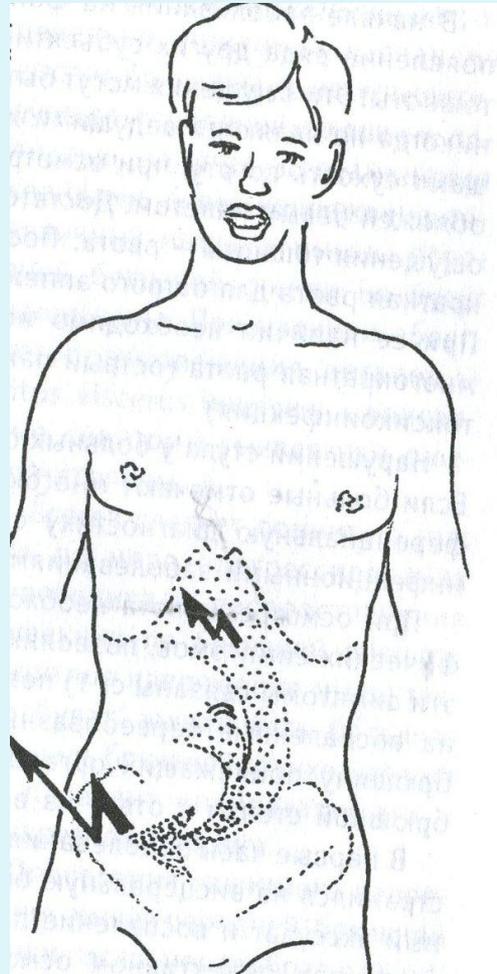
Симптом Раздольского



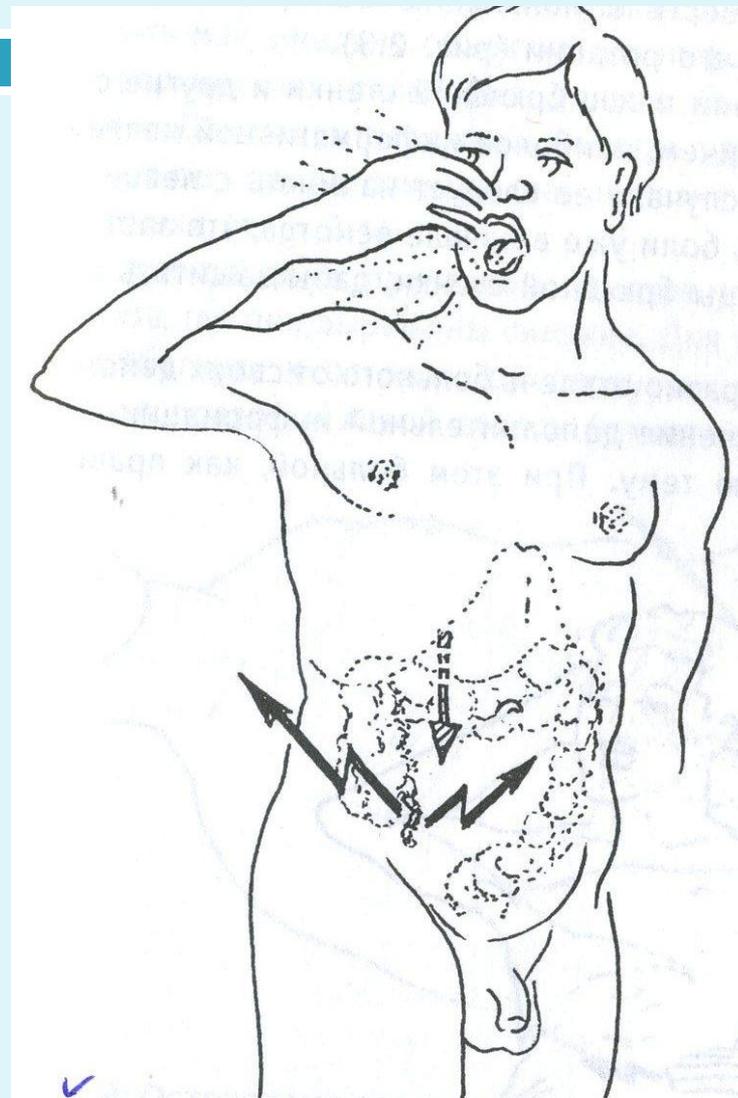
Симптом Ровзинга



Симптом Кохера



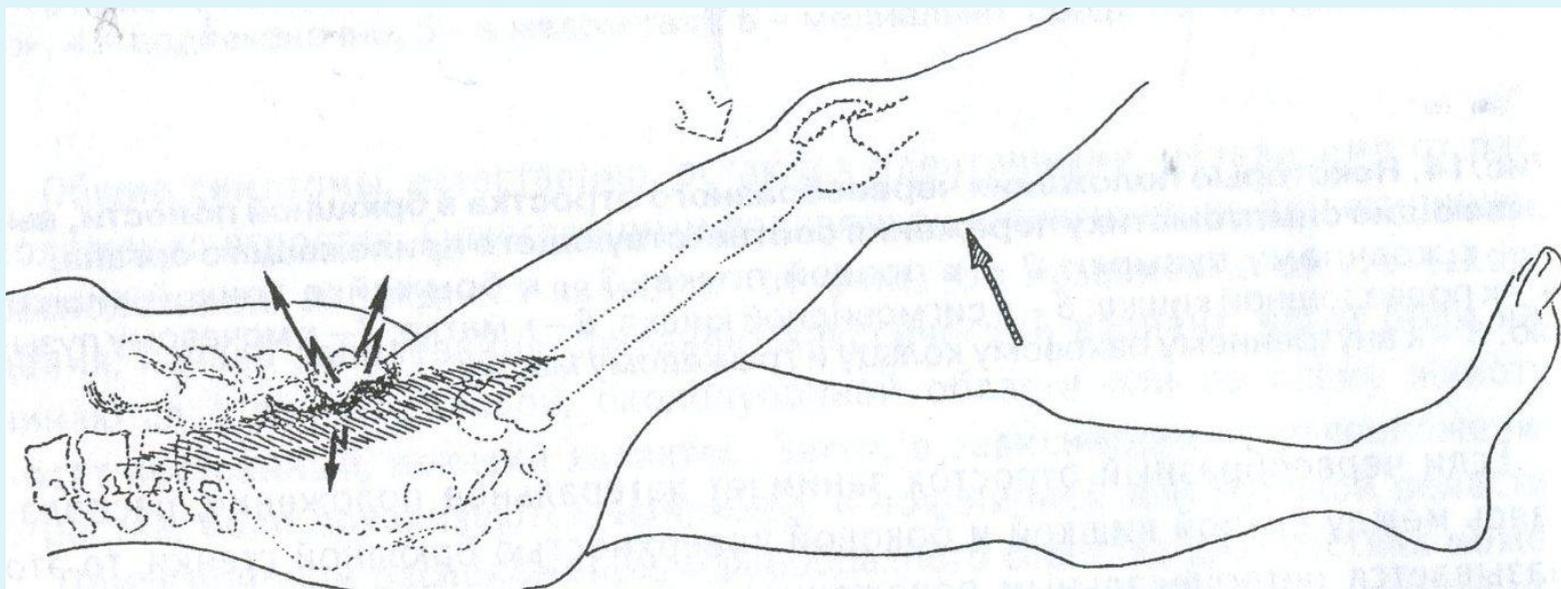
- Усиление или появление боли в правой подвздошной области при кашле



Симптом Воскресенского (симптом «рубашки»)



Симптом Образцова



Аппендикулярные симптомы

- Симптом Бартомье-Михельсона – усиление болезненности в правой подвздошной области при пальпации живота в положении больного на левом боку
- Симптом Образцова – усиление болезненности при глубокой пальпации в правой подвздошной области при подъеме больным выпрямленной правой ноги (при ретроперитонеальном расположении отростка)

Особенности клиники ОА при атипичном расположении червеобразного отростка

- ▣ **Ретроцекальное расположение:**
 - боли могут иррадиировать в поясницу
 - пальпаторная болезненность в правой подвздошной области минимальна
 - симптом Образцова – усиление пальпаторной болезненности при подъеме выпрямленной правой ноги

▣ Ретроперитонеальное расположение:

-боли в пояснице

-дизурия

-фебрильная лихорадка с ознобом

-болезненность при поколачивании по поясничной области

Воспалительный процесс в замкнутом пространстве быстро приобретает черты забрюшинной флегмоны

□ **Тазовое расположение:**

- боли локализуются над лоном
- отсутствует напряжение брюшных мышц
- частый жидкий стул
- дизурические явления

□ **Подпеченочное расположение:**

клиника напоминает симптомы острого холецистита

Лабораторная диагностика

- Повышение содержания лейкоцитов в периферической крови
- Палочкоядерный сдвиг
- Анализ мочи в норме (в типичных случаях).
При тазовой локализации может быть лейкоцитурия, макрогематурия

Инструментальные методы диагностики

Инструментальную диагностику проводят больным при наличии сомнений в диагнозе аппендицита.

- УЗИ брюшной полости
- КТ
- Ирригография
- Лапароскопия (видеолапароскопия)
- Колоноскопия

УЗИ брюшной полости

Визуализация воспаленного аппендикса возможна примерно в 80%.

Воспаленный отросток виден как трубчатая структура со слоистой утолщенной стенкой. Диаметр его увеличен, он не перистальтирует и не сжимается при компрессии брюшной стенки датчиком.

Косвенные УЗИ-признаки острого аппендицита

- Инфильтрация брыжеечки ЧО
- Утолщение стенки илеоцекального перехода
- Расширение петель подвздошной кишки в правой подвздошной области
- Наличие свободной жидкости в брюшной полости
- Увеличение регионарных лимфоузлов

УЗИ. КТ

- Увеличение диаметра отростка до 1-1,5 см, эхонегативные включения парааппендикулярно



Компьютерная томография

Чувствительность метода -95%.

Широкое внедрение КТ для диагностики аппендицита ограничивается значительной лучевой нагрузкой и высокой стоимостью исследования.

Лапароскопическая диагностика

Применение лапароскопии позволяет с точностью 95-99% установить правильный диагноз, своевременно определить показания к экстренной операции или избежать ее в тех случаях, когда она не показана. Это особенно важно у больных пожилого возраста и лиц с высоким операционным риском.

Лапароскопические признаки острого аппендицита

- Прямые признаки:
 - ригидность аппендикса
 - гиперемия серозного покрова с геморрагиями
 - наложения фибрина
 - инфильтрация брыжеечки

Лапароскопические признаки острого аппендицита

- Непрямые признаки:
 - наличие мутного выпота в брюшной полости, преимущественно в правой подвздошной ямке
 - гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области
 - гиперемия и инфильтрация стенки купола слепой кишки

ЛАПАРОСКОПИЯ



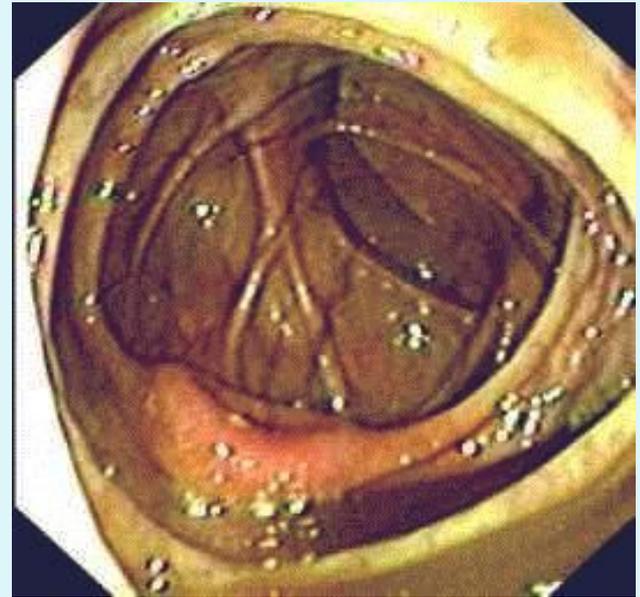
- Лапароскопическая картина неизмененного червеобразного отростка

Лапароскопия

- Лапароскопическая картина острого флегмонозного аппендицита



КОЛОНОСКОПИЯ



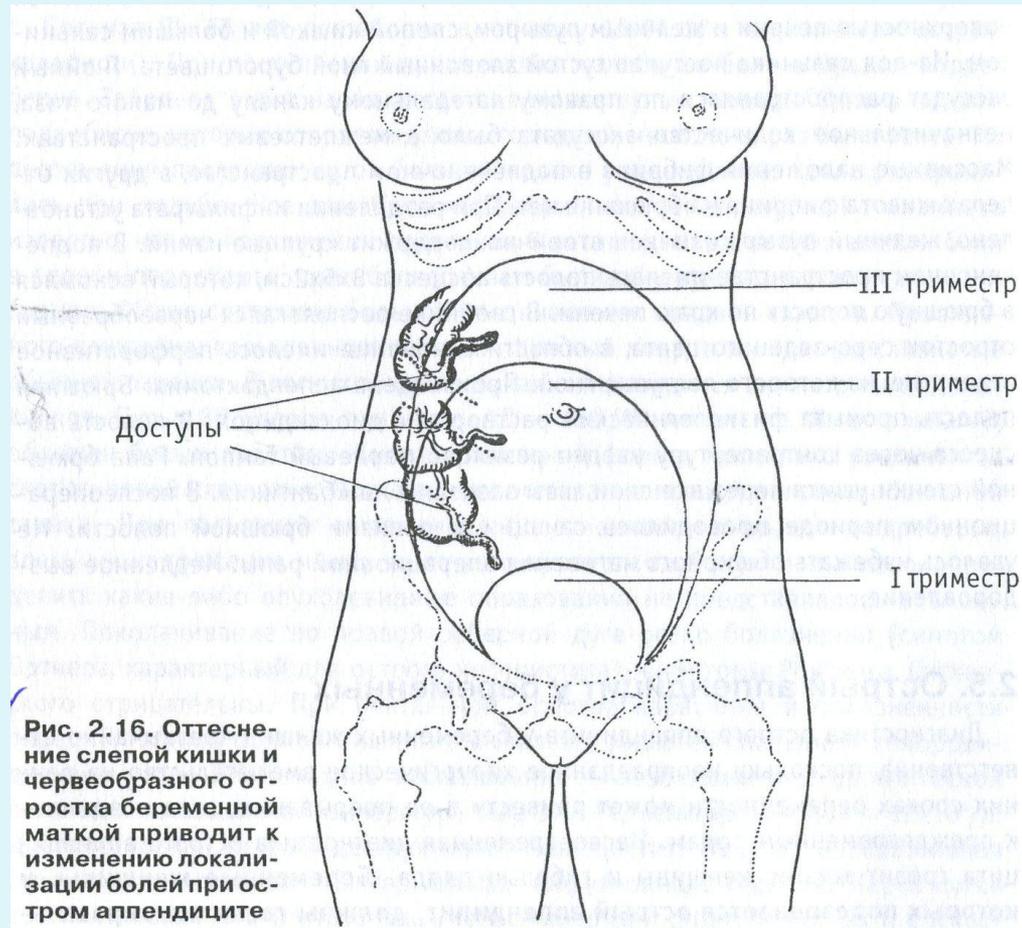
Особенности острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста

- Боли в животе выражены незначительно
- Температура тела часто нормальная
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки слабо выражено
- Быстрое развитие деструкции ЧО (вследствие склероза его сосудов)
- Позднее обращение за мед.помощью

Особенности острого аппендицита у беременных

- Во 2-й половине беременности боль локализуется выше обычного
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки выражено слабо
- Проявления гестоза на ранних сроках беременности могут маскировать острый аппендицит
- Анализ лабораторных данных затрудняется наличием физиологического лейкоцитоза

Локализация болей при ОА у беременных



Особенности острого аппендицита у детей

- Быстрое развитие деструктивных изменений в червеобразном отростке
- Частое развитие распространенного перитонита вследствие незаконченного развития сальника
- Выражены симптомы тяжелой интоксикации (рвота, понос, высокая температура тела)
- Слабо выраженное напряжение мышц брюшной стенки

Дифференциальная диагностика

Острый аппендицит надо дифференцировать со следующими группами заболеваний:

- Заболевания органов брюшной полости
- Органов забрюшинного пространства
- Органов грудной клетки
- Инфекционные заболевания
- Болезни сосудов и крови

Диф.диагностика с перфоративной язвой желудка

- Внезапное появление резких интенсивных болей в эпигастрии
- Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
- Исчезновение печеночной тупости при перкуссии
- † тела в первые часы нормальная
- Рентгенологически: свободный газ под правым куполом диафрагмы

Диф.диагностика ОА и острого холецистита

- Локализация болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку
- Связь болей с погрешностью в диете
- При пальпации болезненность и напряжение мышц в правом подреберье
- Пальпируемый напряженный увеличенный желчный пузырь
- Данные УЗИ (наличие конкрементов и изменение стенки желчного пузыря)

Диф.диагностика ОА и острого панкреатита

- Интенсивные боли в эпигастрии опоясывающего характера
- Многократная рвота
- Связь приступа с нарушением диеты, приемом алкоголя
- Болезненность, защитное мышечное напряжение в эпигастрии
- Рентгенологически: парез кишечника
- Повышение уровня диастазы мочи, амилазы крови

Диф.диагностика ОА и острого аднексита

- Воспалительные заболевания гениталий в анамнезе
- Боли внизу живота, иррадиирующие в промежность, крестец
- Фебрильная лихорадка с ознобом
- Болезненность внизу живота при отсутствии мышечного напряжения
- Вагинальное исследование: увеличение, болезненность придатков матки, болезненность при смещении шейки матки (положительный симптом Промптова)

Диф.диагностика ОА и почечной КОЛИКИ

- Интенсивные приступообразные боли в поясничной области, иррадиирующие в половые органы
- Учащенное болезненное мочеиспускание
- Положительный симптом Пастернацкого
- Отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки
- В анализе мочи -микрогематурия

Диф.диагностика ОА и острых кишечных инфекций

- Схваткообразные боли в животе
- Многократная рвота пищей
- Частый жидкий стул
- При пальпации нет напряжения мышц брюшной стенки
- В анализе крови нормальное количество лейкоцитов

Осложнения ОА: перитонит

Частота этого осложнения достигает 8%.

Разлитой гнойный перитонит является основной причиной летальности от ОА.

Клиническая картина не отличается от перитонитов другого происхождения.

Особенности послеоперационного перитонита

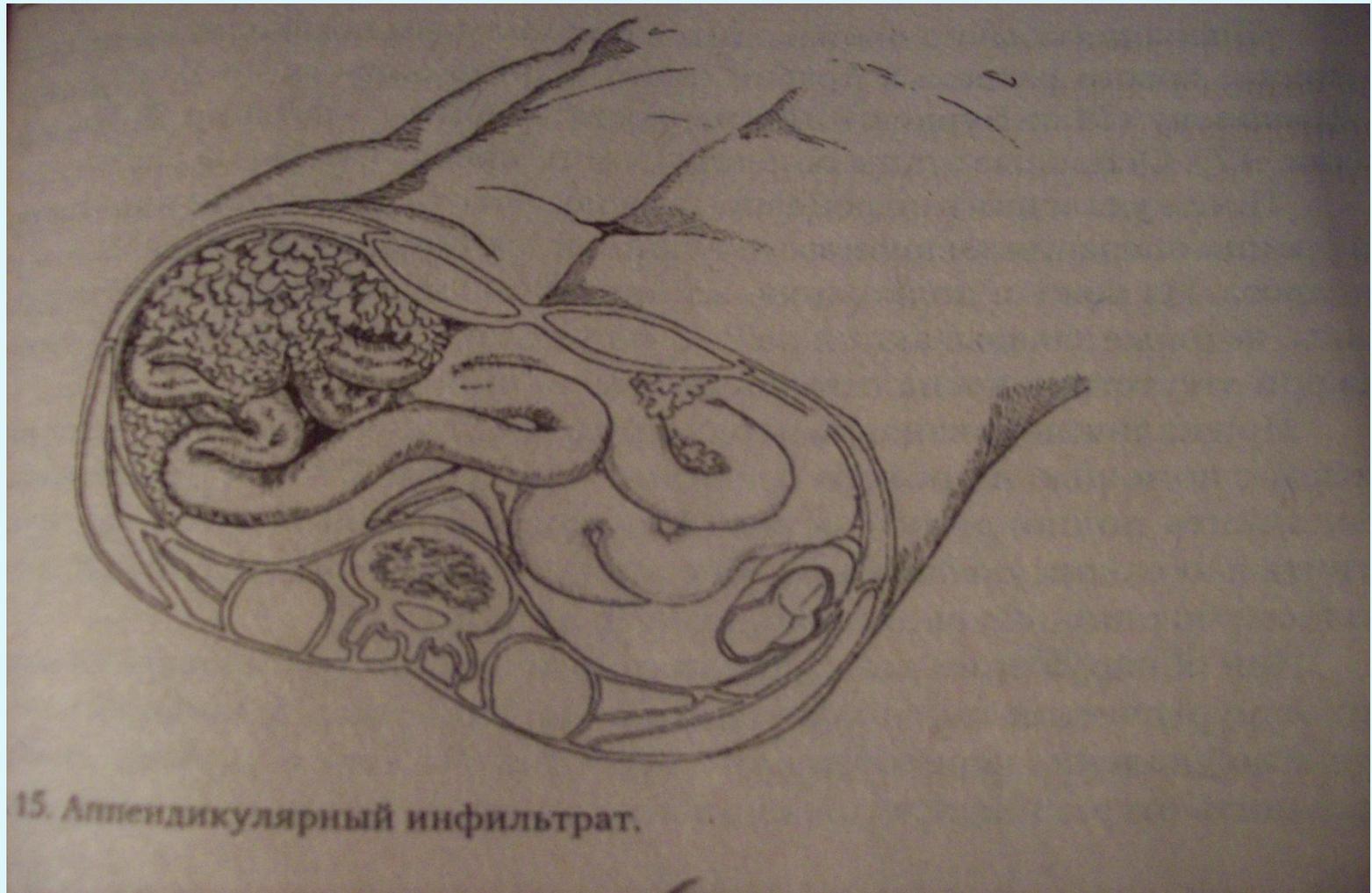
- Боли носят постоянный характер
- Отсутствует напряжение брюшной стенки
- Выражен парез кишечника
- Гектическая температура
- Гнойно-токсический сдвиг в формуле крови
- УЗИ: свободная жидкость в брюшной полости, признаки пареза кишечника

Осложнения ОА: аппендикулярный инфильтрат

Это конгломерат спаянных между собой органов, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка.

- Развивается к 3-5-му дню от начала заболевания
- Анамнез типичен для аппендицита
- В правой подвздошной области пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование
- Исходы: выздоровление или абсцедирование
- Лечение консервативное: холод местно, антибиотики (цефалоспорины+метрогил)
- Через 3 месяца показана плановая аппендэктомия

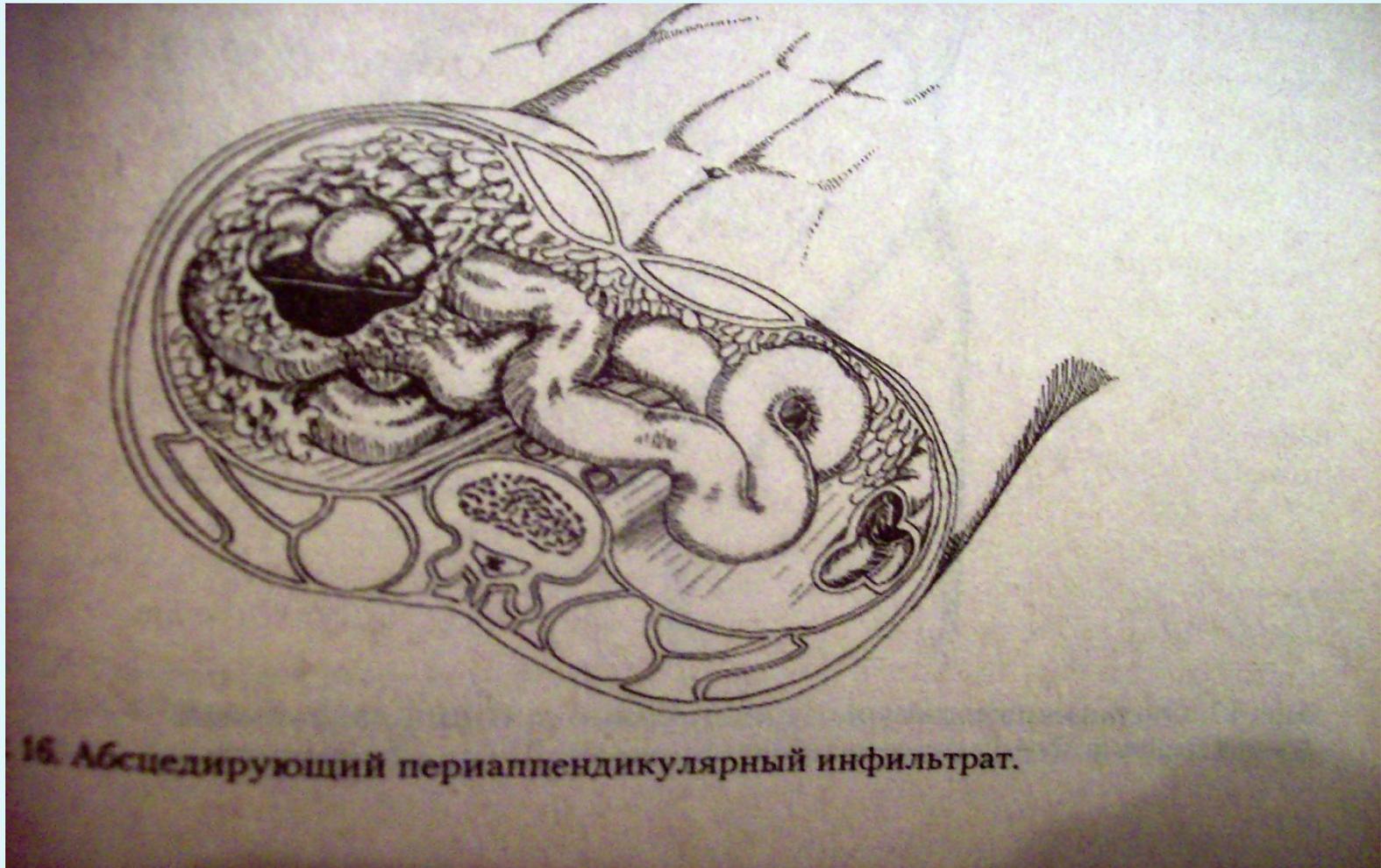
Аппендикулярный инфильтрат



Осложнения ОА: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат

- Происходит прогрессирование воспалительных изменений, которое приводит к гнойному расплавлению тканей с образованием абсцесса.
- К проявлениям аппендикулярного инфильтрата присоединяются симптомы интоксикации (гектическая лихорадка, тахикардия, в ан.крови – палочкоядерный сдвиг)
 - УЗИ: неоднородное жидкостное образование, расположенное в толще инфильтрата
 - Лечение оперативное: вскрытие, дренирование гнойной полости

Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат



Осложнения ОА: пилефлебит

Это септический тромбофлебит воротной вены.

Путь распространения инфекционного процесса: v.appendicularis

—v.ileocolica-v.mesenterica sup.-v.porta.

Клиника:гектическая лихорадка, озноб, боли в правом подреберье, увеличение печени, желтуха. В анализах: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, гипербилирубинемия. При УЗИ: гепатомегалия, нарушение кровотока по ветвям воротной вены.

Летальность достигает 90%.

Осложнения ОА: абсцессы брюшной полости

- Тазовый абсцесс
- Поддиафрагмальный абсцесс
- Межкишечный абсцесс
- Подпеченочный абсцесс

Абсцессы могут сформироваться к моменту хирургического вмешательства (при многодневном анамнезе) или возникают в послеоперационном периоде как следствие осумкования гнойного выпота.

Тазовый абсцесс

- Общие симптомы:
 - подъем температуры
 - появление или усиление болей в животе
 - пальпируемый инфильтрат
 - изменения в анализе крови
- Местные симптомы:
 - локализация болей над лоном или в промежности
 - дизурические явления
 - тенезмы
 - ректально: болезненность, нависание передней стенки прямой кишки

Поддиафрагмальный абсцесс

- Боли в нижней части грудной клетки, которые усиливаются при глубоком дыхании
- Одышка
- Иррадиация болей в надплечье
- Скопление реактивного выпота в плевральной полости
- R-графия гр.клетки:ограничение подвижности высокостоящего купола диафрагмы, выпот в плевральной полости, выпот и газ под диафрагмой
- УЗИ, КТ, МРТ

Межкишечный абсцесс

- Парез кишечника
- Учащение стула
- Пальпируемое плотное болезненное образование

Раневая инфекция

Предрасполагающие факторы раневой инфекции:

- Бактериальное обсеменение раны во время операции
- Механическая травма тканей
- Скопление в ране крови
- Наличие инородных тел (дренажи)
- Ожирение
- Сахарный диабет

Абсцедирование в области операционной раны

- Сохранение болей в ране на 2-3 день после операции
- Боли приобретают пульсирующий характер
- Стойкая гипертермия
- Пальпируемый инфильтрат в области раны
- Флюктуация в области инфильтрата
- Гиперемия кожи

Флегмона брюшной стенки

- Распирающие боли в области раны
- Гипертермия
- Рыхлый отек в окружности раны на значительном расстоянии (симптом «лимонной корки»)
- Гиперемия кожи в окружности раны без четких границ
- Признаки эндогенной интоксикации (озноб, слабость, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево)
- Причина - анаэробная неклостридиальная инфекция

- Единственным методом лечения при установленном диагнозе **острого аппендицита** является экстренная операция – аппендэктомия.
- Операция должна быть начата в течение 2 часов после установления диагноза.
- Методы аппендэктомии: «открытый», лапароскопический

Предоперационная подготовка

- Подготовка операционного поля
- Опорожнение мочевого пузыря
- Премедикация: промедол 2%-1,0
- Антибиотикопрофилактика: вместе с премедикацией вводится антибиотик широкого спектра действия (цефтриаксон 1,0 в/в, амоксициллин/клавуланат 1,2г в/в, ампициллин/сульбактам 1,5г в/в)
- Эластическое бинтование ног
- Профилактика тромбоэмболических осложнений –низкомолекулярные гепарины (фраксипарин 0,3 п/к)

Проблемы

- Выбор метода обезболивания
- Выбор операционного доступа
- Собственно выполнение аппендэктомии
- Способ закрытия операционной раны

Методы обезболивания

- Местная анестезия – используется редко
- Спинально-мозговая или перидуральная анестезия
- Внутривенный наркоз
- Эндотрахеальный наркоз

Операционные доступы

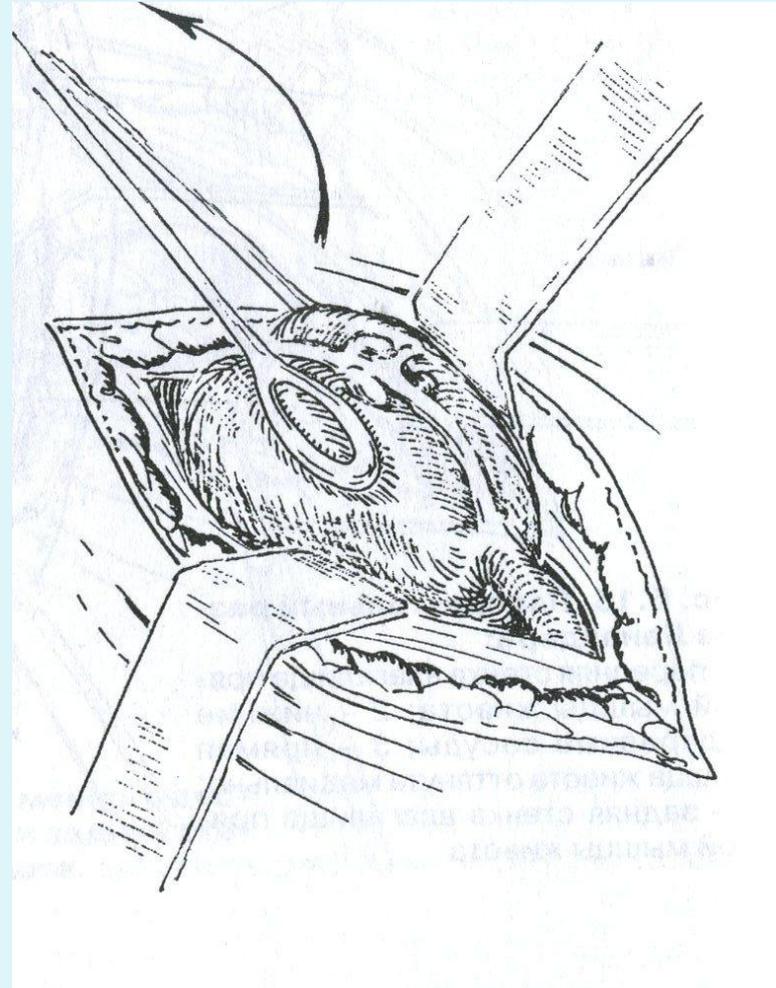
- Косой переменный разрез по Мак Бурнею (Волковичу-Дьяконову): перпендикулярно линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с пупком, на границе наружной и средней трети этой линии. Треть разреза располагается кверху, а $\frac{2}{3}$ -книзу от этой линии.

Операционные доступы (продолжение)

- Параректальный разрез
Леннандера
- Поперечный разрез
- Нижняя срединная лапаротомия
(при остром аппендиците,
осложненном перитонитом)

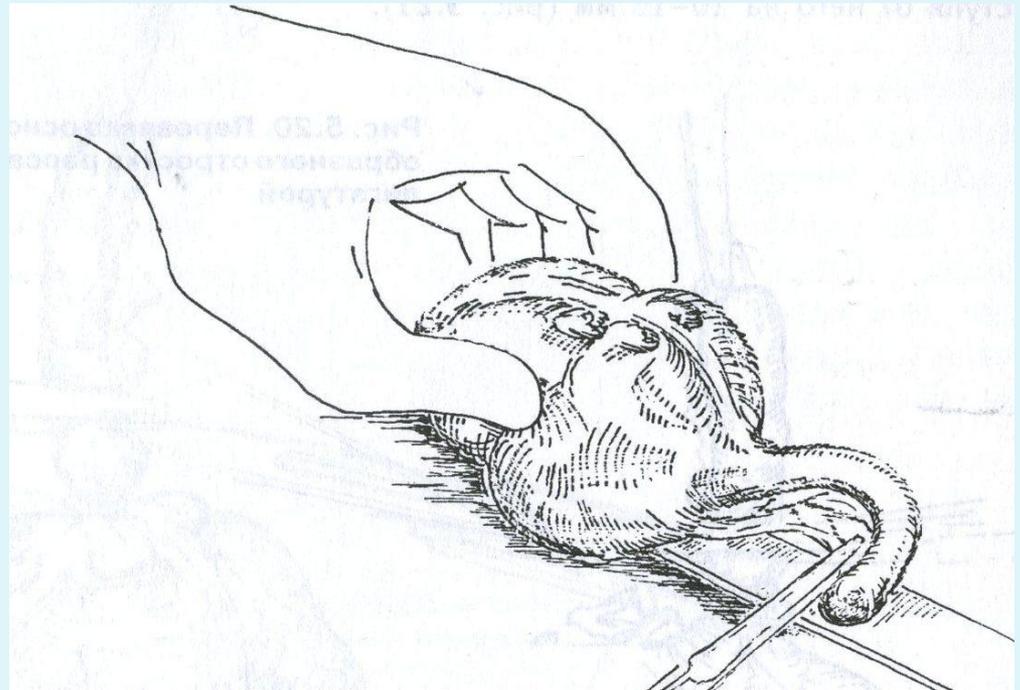
Этапы аппендэктомии

- Извлечение в рану слепой кишки с основанием червеобразного отростка



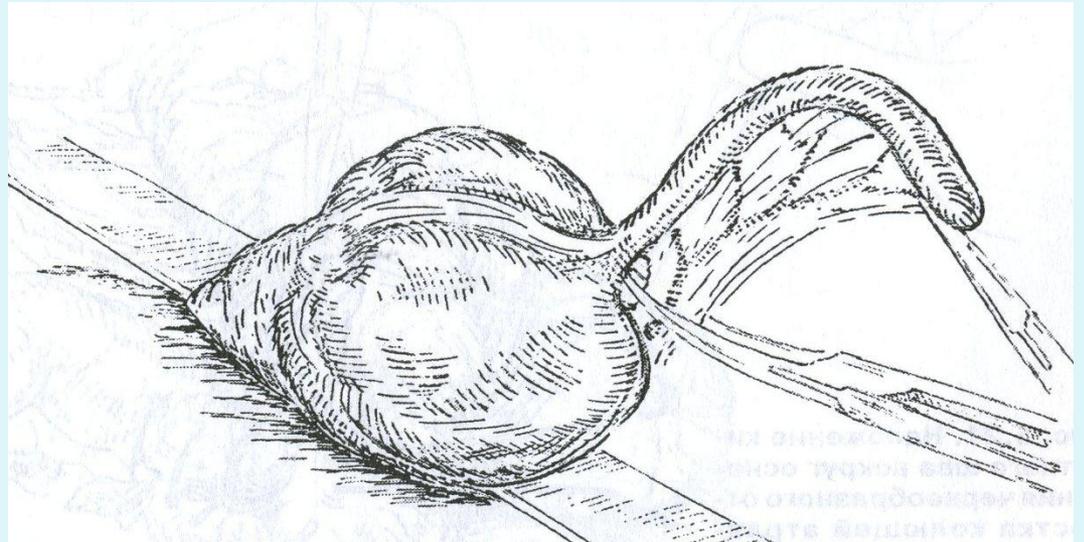
Этапы аппендэктомии

- ЧО извлечен в рану,
брыжеечка его
захвачена
кровоостанавли-
вающим зажимом



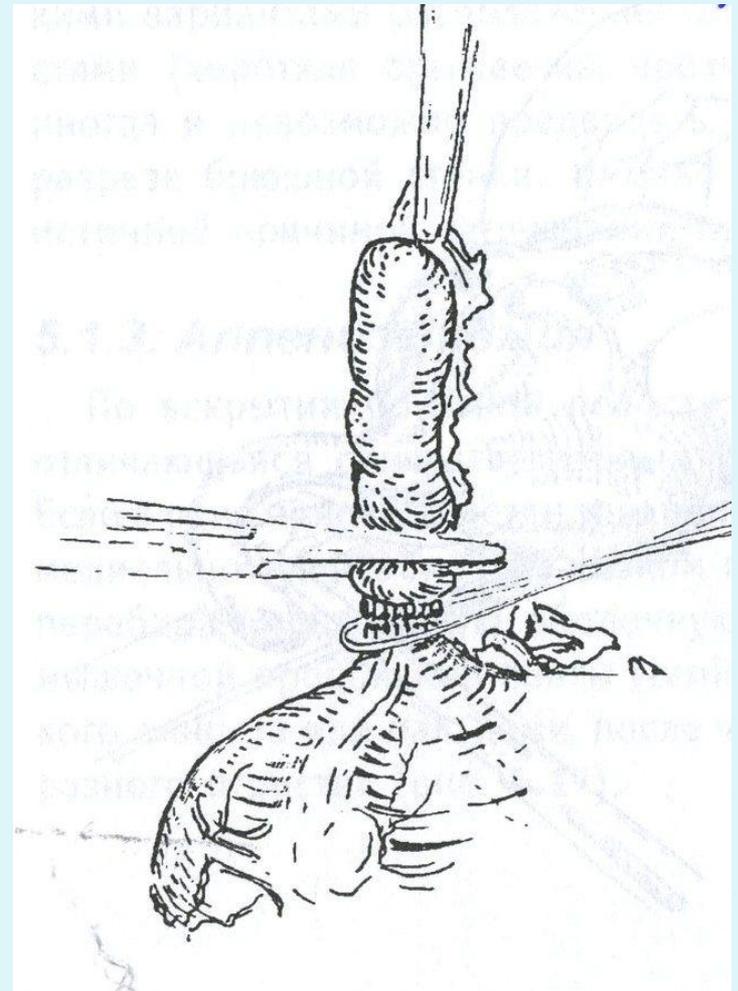
Этапы аппендэктомии

- Брыжеечка отростка пережата через отверстие у основания отростка



Этапы аппендэктомии

- Перевязка основания червеобразного отростка рассасывающейся лигатурой



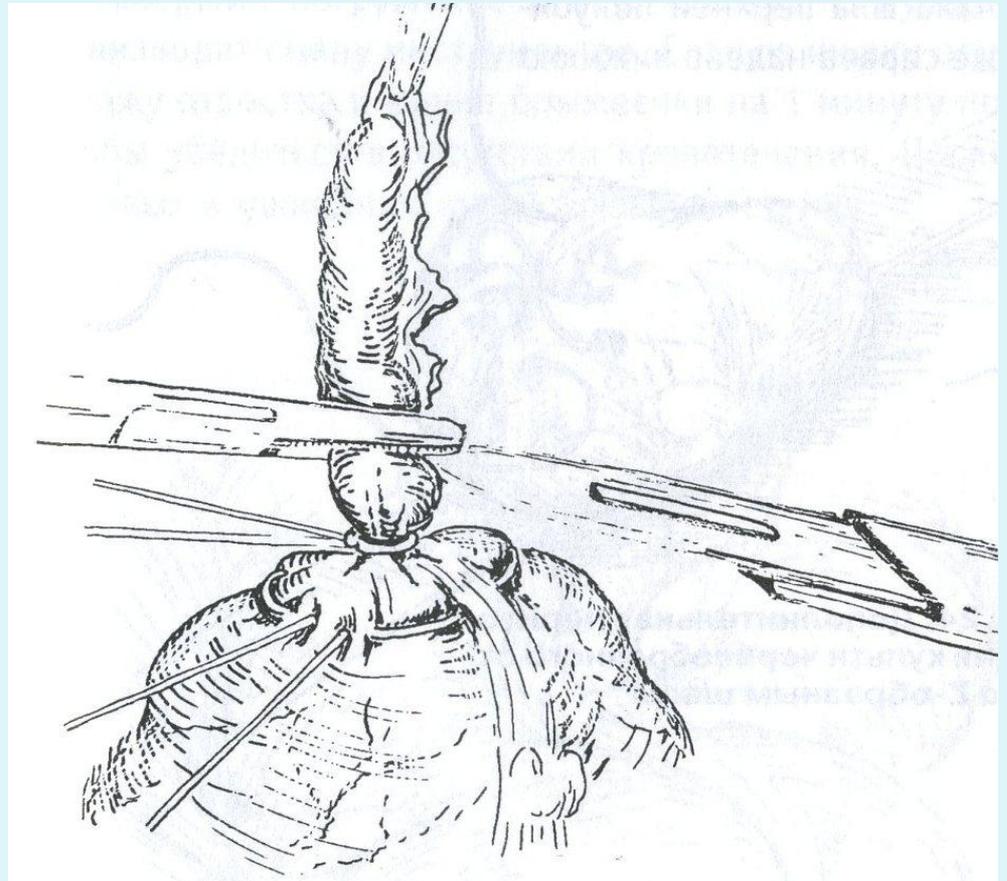
Этапы аппендэктомии

- Наложение кисетного шва вокруг основания червеобразного отростка колющей иглой нерассасывающимся шовным материалом



Этапы аппендэктомии

- Отсечение червеобразного отростка



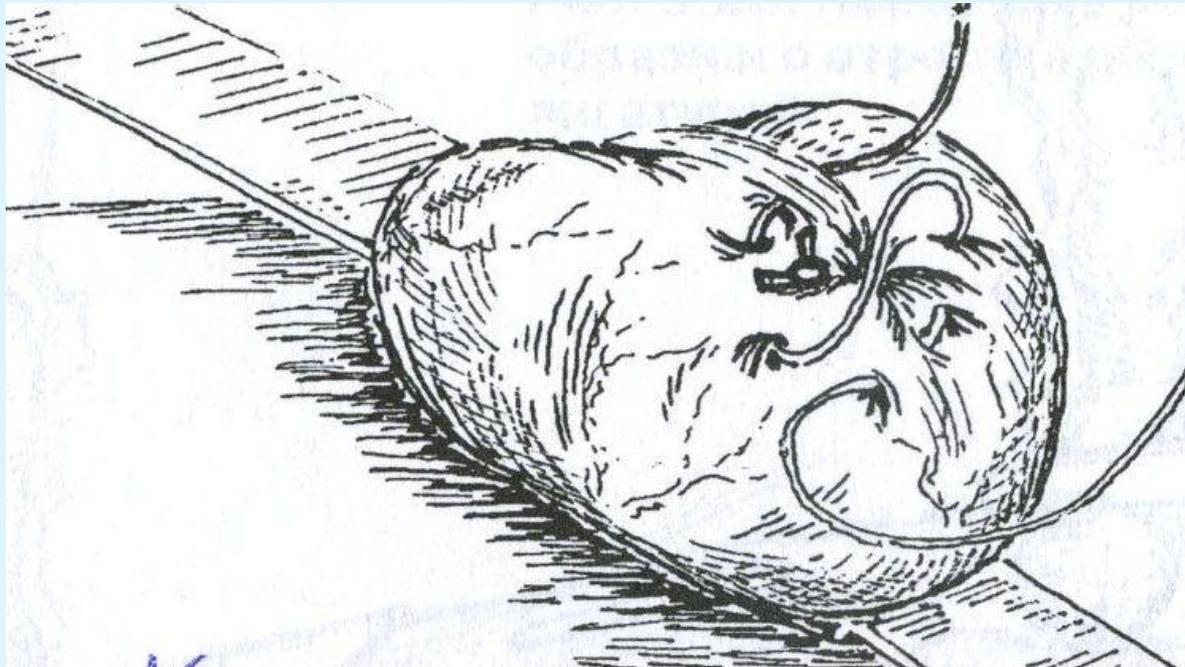
Этапы аппендэктомии



Рис. 5.23. Погружение культи отростка анатомическим пинцетом в кишечный шов и затягивание шва

Этапы аппендэктомии

- Дополнительная перитонизация
культи
червеобразного
отростка
Z-образным
ШВОМ



Этапы аппендэктомии

- Кольца червеобразного отростка перитонизирована



Возможные технические трудности при аппендэктомии

- Связанные с выведением в рану червеобразного отростка
- Возникающие при погружении культи червеобразного отростка
- Связанные с интраоперационной диагностикой острого аппендицита

Основные правила, которых следует придерживаться при сложных аппендэктомиях

- Избегать маленьких разрезов
- В случае необходимости применять общее обезболивание
- При трудностях выделения ЧО прибегать к ретроградной аппендэктомии
- При выраженных воспалительных изменениях купола слепой кишки культю отростка следует погружать отдельными узловыми швами

- При обнаружении малоизмененного ЧО следует произвести ревизию 1 метра тонкой кишки и органов малого таза у женщин
- При наличии большого количества выпота, поступающего в рану из брюшной полости, следует перейти на лапаротомию

Варианты завершения аппендэктомии

- Ушивание раны наглухо
- Дренирование брюшной полости:
 - при местном перитоните
 - при наличии рыхлого инфильтрата
 - при атипичном ушивании культи червеобразного отростка
- Тампонирование брюшной полости:
 - при остающейся полости периаппендикулярного абсцесса
- Наложение первично-отсроченных швов на кожу

Послеоперационный период

- Ранняя активизация больных (вставать и ходить к концу первых суток)
- В первые сутки введение наркотических или ненаркотических анальгетиков
- Антибактериальная терапия:
 - при неосложненном аппендиците продолжить антибиотикопрофилактику в течение 24ч.
(цефалоспорины 3 поколения, амоксициллин/клавуланат)
 - при деструктивных формах а/б терапия продолжается до 3-5 суток
- Снятие п/о швов на 5-7-е сутки

Послеоперационный период

- Кормить больных начинают через 10-12 часов
- В течение первых двух суток – хирургический стол №1 (жидкие и протертые блюда)
- С третьих суток – обычное питание

Лапароскопическая аппендэктомия

Из истории вопроса:

- В 1982г. K.Semm выполнил первую лапароскопическую аппендэктомию
- В 1991г. A.Gots опубликовал результаты 625 лапароскопических аппендэктомий (средняя продолжительность операции менее 20мин, количество осложнений -1%)

Преимущества лапароскопической аппендэктомии

- Меньшая травматичность
- Возможность ревизии брюшной полости
- Уменьшение п/о болевого синдрома
- Снижение риска раневой инфекции
- Быстрое восстановление работоспособности
- Косметический эффект

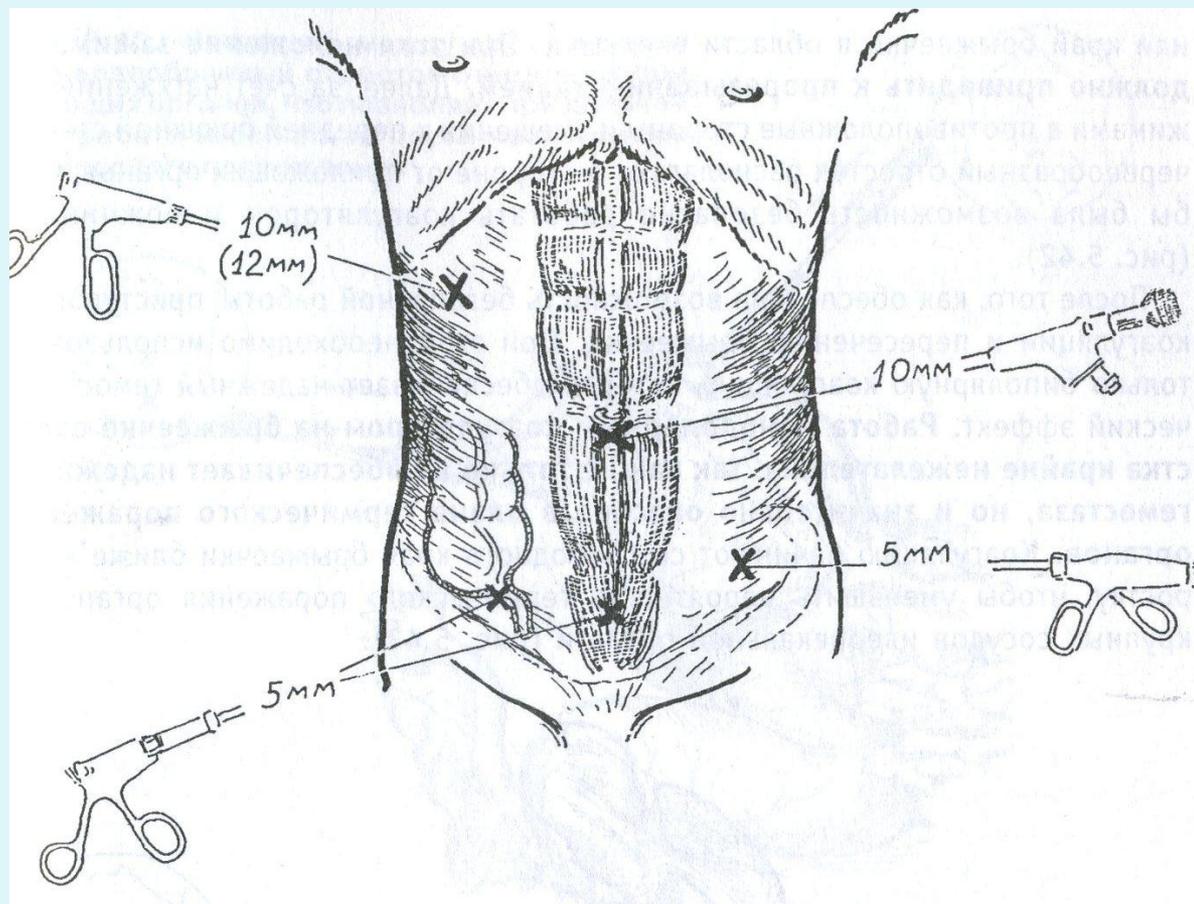
Противопоказания к лапароскопической аппендэктомии

- Тяжелые сопутствующие заболевания
- Болезни крови
- Беременность
- Разлитой перитонит
- Гангренозно-перфоративный аппендицит с локализацией перфорации в основании отростка

Основные варианты лапароскопической аппендэктомии

- Лапароскопически ассистированная аппендэктомия
- Лапароскопическая аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка
- Аппендэктомия лигатурным способом
- Аппендэктомия с использованием сшивающих аппаратов

Точки введения троакаров



Почему лапароскопическая аппендэктомия пока не получила широкого распространения?

Причины :

- Обычная аппендэктомия из местного доступа при неосложненном аппендиците не намного более травматична
- ЛАЭ более продолжительна
- ЛАЭ требует проведения эндотрахеального наркоза
- ЛАЭ связана с большими материальными затратами

- На данный момент лапароскопическая аппендэктомия считается показанной в тех случаях, когда больному с неясной клинической картиной выполняется диагностическая лапароскопия, на которой выявляется острый аппендицит. Тогда происходит переход от диагностической манипуляции к лапароскопической операции.

Лечение острого аппендицита, осложненного местным перитонитом

- Предоперационная подготовка –как и при неосложненных формах
- Обезболивание- общее или спинномозговая анестезия
- Аппендэктомия с эвакуацией экссудата и взятием его для бак.исследования
- Дренирование брюшной полости через дополнительный разрез кожи (контрапертуру)
- Редкие швы на рану, ранние вторичные швы на кожу
- Антибактериальная терапия: цефалоспорины 2-3 поколения+метронидазол в течение 5-6 суток

Лечение аппендикулярного инфильтрата

- Лечение консервативное!
- Диета: легко усваиваемая пища
- Холод местно
- Антибактериальная терапия: комбинация полусинтетических пенициллинов или цефалоспоринов 2-3 поколения с аминогликозидами и метронидазолом
- При обнаружении инфильтрата на операции: при рыхлом инфильтрате- аппендэктомия, при плотном- дренирование, тампонирование брюшной полости (аппендэктомия не выполняется). Через 2-3 месяца показана плановая аппендэктомия.

Лечение абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата

- Показано срочное хирургическое лечение: вскрытие, дренирование полости гнойника. Разделение инфильтрата, попытки выделения червеобразного отростка, аппендэктомии недопустимы!
- Возможна пункция и дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ
- В последующем показана плановая аппендэктомия

Лечение аппендикулярного перитонита

- Предоперационная подготовка: как при неосложненных формах + коррекция проявлений полиорганной недостаточности
- Доступ: срединная лапаротомия
- Во время операции:
 - устранение первичного инфекционного очага (аппендэктомия)
 - адекватная санация брюшной полости

Лечение аппендикулярного перитонита(продолжение)

- Декомпрессия кишечника при наличии паралитической кишечной непроходимости
- Рациональное завершение операции (определение показаний к дренированию или тампонированию брюшной полости, обеспечение проведения ревизий и санаций брюшной полости при программированных релапаротомиях)

Лечение аппендикулярного перитонита(продолжение)

- Антибактериальная терапия:
 - продолжить а/б терапию препаратами широкого спектра действия, начатую в предоперационном периоде
 - после получения результатов бактериологического исследования- замена препаратов с учетом чувствительности микроорганизмов

Лечение аппендикулярного перитонита (продолжение)

- Чаще используют цефалоспорины 4 поколения+метронидазол; тикарциллин/клавуланат
- Альтернативные препараты: карбапенемы (тиенам), фторхинолоны (ципрофлоксацин)+метронидазол

Лечение аппендикулярного перитонита (продолжение)

- Интенсивная инфузионная терапия должна обеспечивать полное парентеральное питание с восполнением энергетических затрат, коррекцию водно-электролитных нарушений, детоксикационную терапию
- Методы экстракорпоральной детоксикации: плазмаферез, ультрагемофильтрация, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенное лазерное облучение крови

ПРОГРАММИРУЕМАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ

ПОКАЗАНИЯ:

- Разлитой фибринозно-гнойный или каловый перитонит
- Анаэробный перитонит
- Невозможность одномоментной ликвидации источника перитонита
- Крайняя тяжесть состояния больного, исключающая возможность выполнения операции одномоментно в полном объеме

Программируемая релапаротомия (продолжение)

- Состояние лапаротомной раны, не позволяющее закрыть дефект передней брюшной стенки
- Синдром интраабдоминальной гипертензии

Программируемая релапаротомия (продолжение)

Этапы программируемой релапаротомии:

- Временная или постоянная ликвидация источника перитонита
- Сана́ция брюшной полости кристаллоидными растворами в объеме 5-10л
- Кишечная декомпрессия (назоинтестинальный зонд)

Программируемая релапаротомия (продолжение)

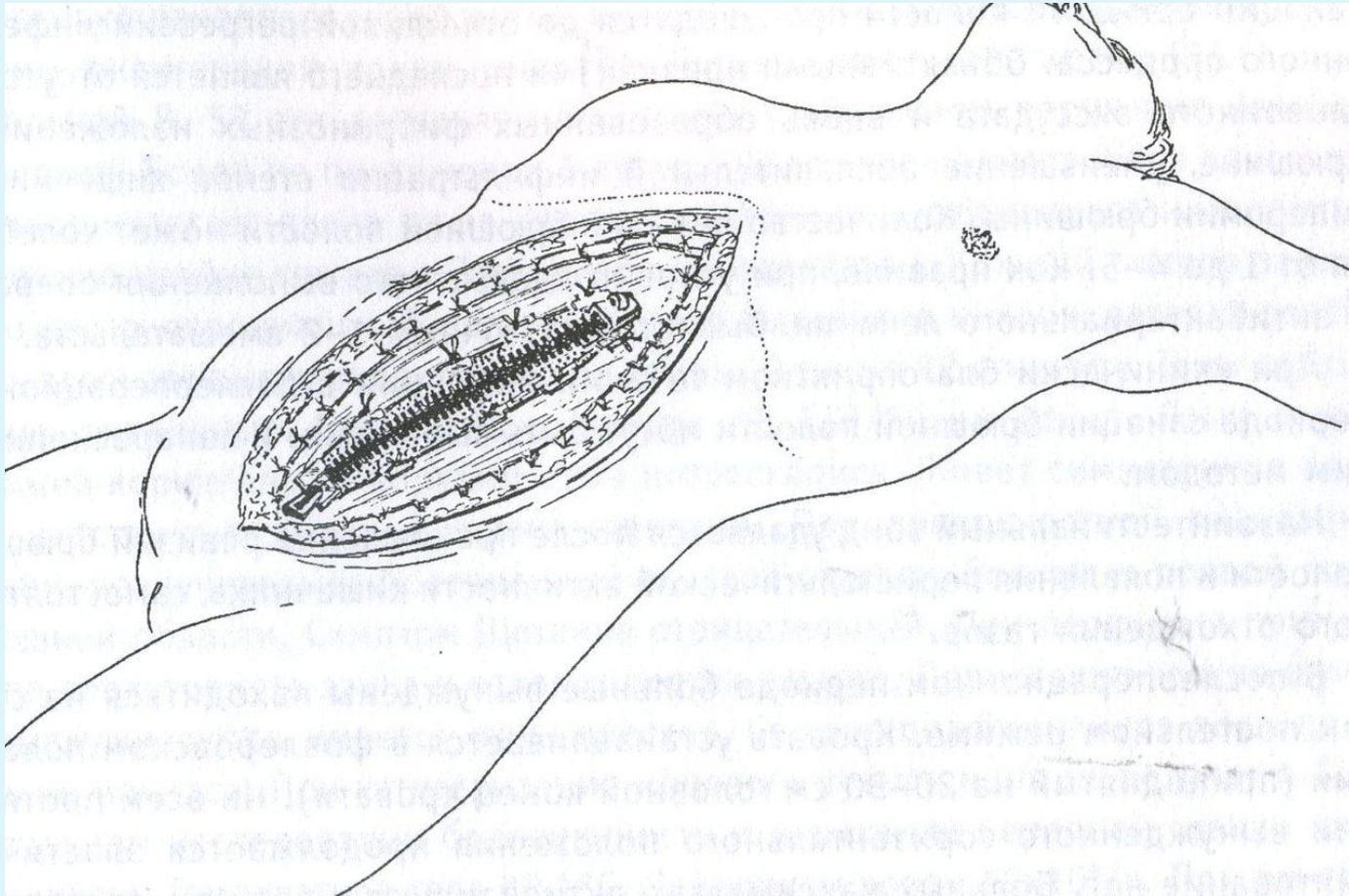
- Дренажирование брюшной полости для санации в периоде между операциями
- Временное сведение краев раны для этапных санаций и окончательное закрытие брюшной полости

Программируемая релапаротомия (продолжение)

Методы временного закрытия брюшной полости:

- Фиксация в ране вентрофил, сведение краев раны лавсановыми нитями, проведенными через вентрофилы
- Использование застежек типа «молния» или «репейник» с фиксацией их к краям апоневроза
- Лавсановые швы, проведенные через все слои брюшной стенки на расстоянии 3-5см от края раны

Вшивание застёжки-молнии в рану



Программируемая релапаротомия (продолжение)

При использовании любых сближающих устройств полость раны выполняют марлевым тампоном с левомеколем. Прилежащие петли кишечника укрывают синтетической перфорированной пленкой, поверх которой укладывают марлевую салфетку с левомеколем. Интервал между оперативными вмешательствами составляет 1 сутки.

Программируемая релапаротомия (продолжение)

Критерии окончания санаций:

- Ликвидация источника перитонита
- Отсутствие множественных гнойных очагов
- Прозрачный серозный экссудат
- Наличие перистальтики тонкой кишки
- Отсутствие гнойно-некротического поражения операционной раны

Лечение послеоперационных осложнений

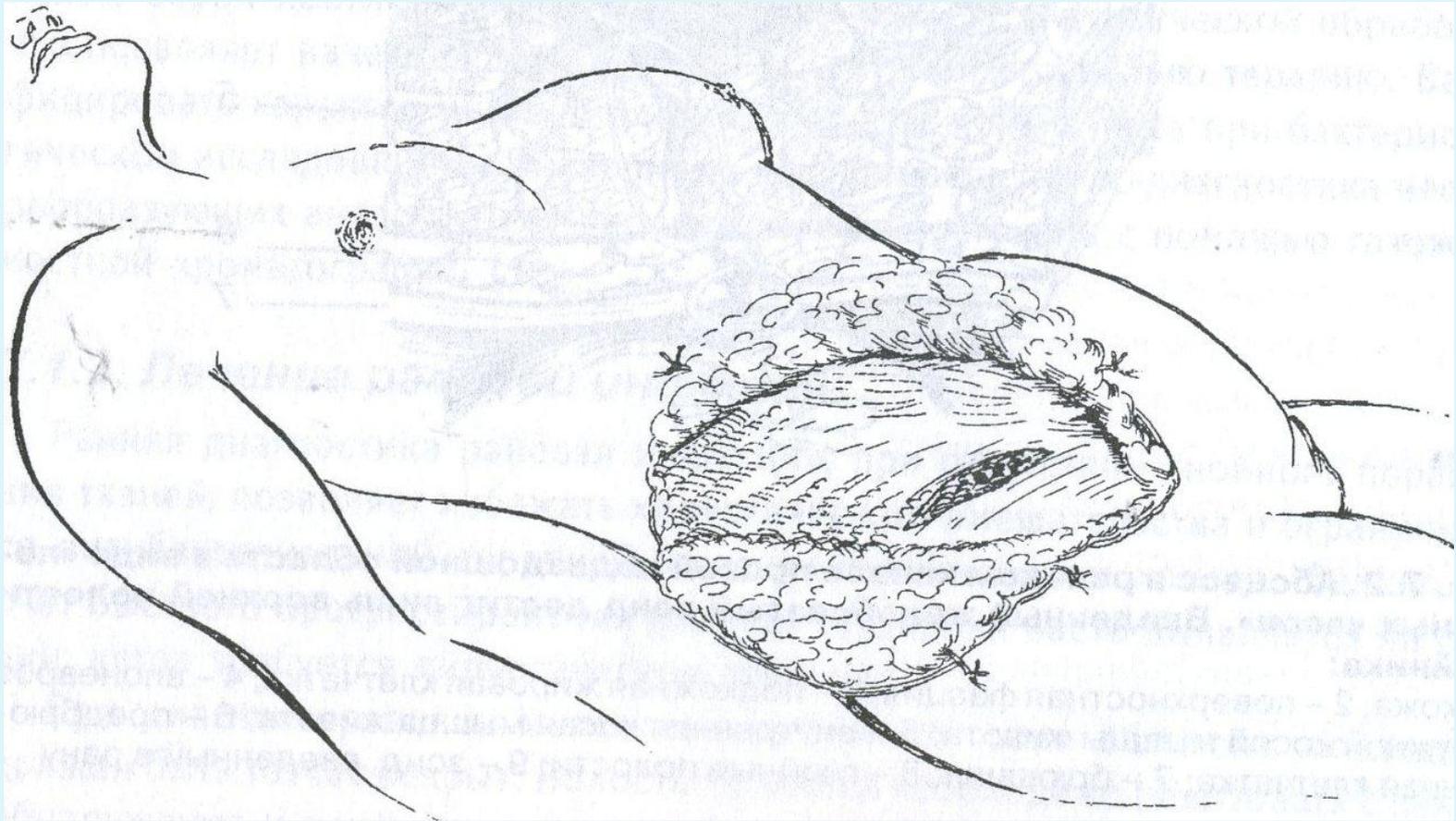
□ Лечение раневой инфекции:

- при отсутствии гнойного поражения тканей – антибактериальная терапия, местно-холод
- при формировании абсцесса в п/о ране- вскрытие гнойника, ревизия с целью обнаружения затеков, промывание раствором перекиси водорода, повязки с мазями на водорастворимой основе (левомеколь, левосин, офломелид, стелланин-иодистое соединение) или с солевыми гипертоническими растворами, раневые покрытия с серебром(Актисорб Плюс, Сильверсель)

Лечение послеоперационных осложнений

- При развитии **флегмоны передней брюшной стенки**:
 - под общим обезболиванием производится иссечение всех пораженных тканей, кожные лоскуты разворачиваются и подшиваются к коже
 - раневая поверхность укрывается тампонами с мазями на водорастворимой основе
 - после очищения раны –наложение вторичных ШВОВ
 - массивная антибактериальная терапия

Хирургическая обработка раны при флегмоне брюшной стенки



Лечение инфильтратов и абсцессов брюшной полости

- При отсутствии абсцедирования – консервативная терапия: смена а/б терапии с назначением антибиотиков резерва; местно-холод
- При абсцедировании- пункция и дренирование полости гнойника под контролем УЗИ или хирургическое вмешательство: вскрытие и дренирование полости абсцесса

Летальность при остром аппендиците

Общая летальность у взрослых- 0,2-0,8%, у детей -0,12-1,4%, при осложненных формах заболевания летальность достигает 4,3 -5,8%. В последние десятилетия уровень летальности стабилизировался и не имеет тенденции к снижению.

В 1900г. французский терапевт Deilafoy утверждал, что «от аппендицита никто не должен умирать».

Основные пути снижения летальности –своевременная точная диагностика и оптимизация методов лечения больных с перитонитами