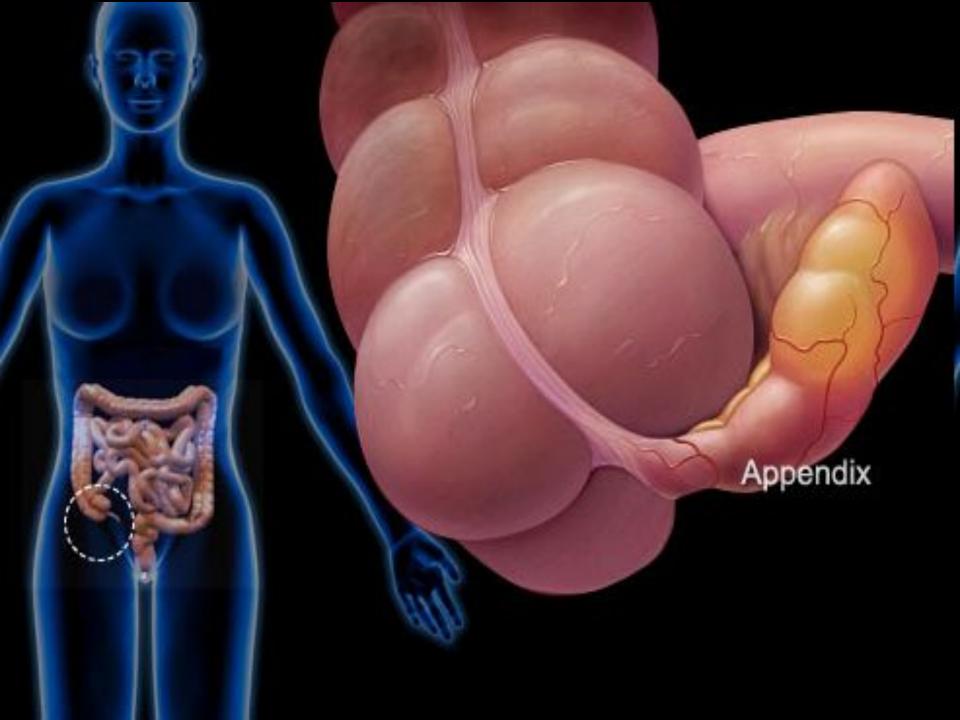
#### ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ Кафедра факультетской хирургии с урологией

Тема лекции:

## ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Зав.кафедрой проф.Мильдзихов Г.Б.



## ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

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

## АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

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

## АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ

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

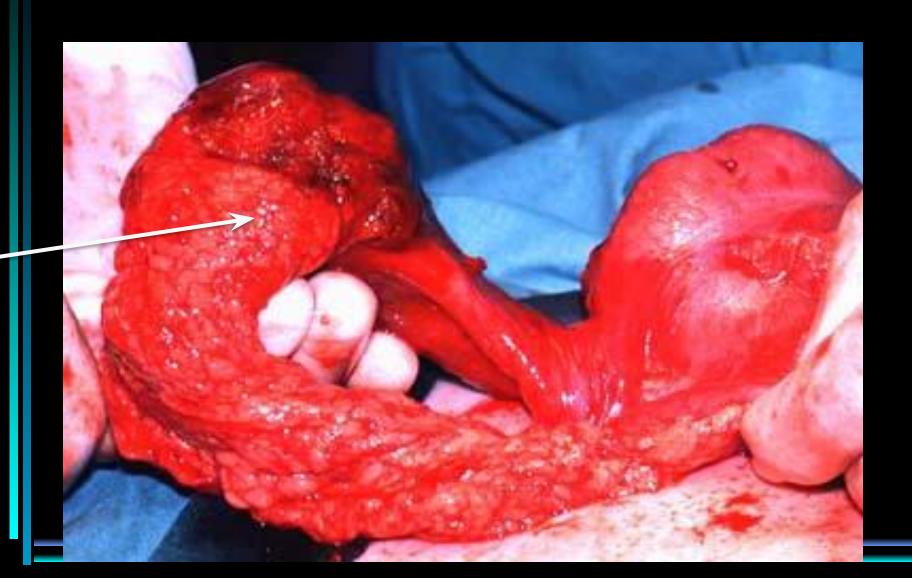
# Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата

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

### Клиника аппендикулярного абсцесса

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

# Аппендикулярный абсцесс



#### Хирургическая тактика

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

### Межкишечный абсцесс

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

#### Осложнения

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

# Причины развития межкишечных абсцессов

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

#### Клиническая картина

• Зависит от локлизации и размеров гнойника

Характерно:

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

#### Диагностика и лечение

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

# Тазовый абсцесс (абсцесс дугласова пространства)

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

#### Диагностика и лечение

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

# Поддиафрагмальный абсцесс и причины его возникновения

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

#### Клиническая картина

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

#### Диагностика и лечение

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

#### Диагностика и лечение

#### Торакальные симптомы

- Боль в плече
- Икота
- базальный ателектаз
- Плеврит

Характерна инкапсуляция абсцесса

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

• Осложнения:

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

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

#### Лечение

 Основной метод лечения - вскрытие и адекватное дренирование гнойной полости

Две группы операций:

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

# Распространенный гнойный перитонит

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

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

# спасибо за внимание!

