

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра истории культуры и искусства в сфере здравоохранения
(наименование кафедры)

Рецензия Пирева Анна Владимировна РМН, профессор
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Курьиния
Рясов Сергей Викторович
(ФИО ординатора)


Тема реферата Основания судебного аннулирования

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Оценка (по пятибалльной шкале)
1.	Структурированность	5
2.	Объем	5
3.	Актуальность	5
4.	Соответствие текста реферата его теме	5
5.	Владение терминологией	4
6.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	5
7.	Логичность доказательной базы	5
8.	Умение аргументировать основные положения и выводы	5
9.	Источники литературы (не старше 5 лет)	4
10.	Наличие общего вывода по теме	5
Итоговая оценка		5

Дата: «30» 09 2020 год

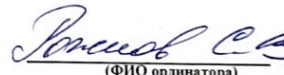
Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А.М. Дыхно с
курсом ПО**

тема: Осложнения острого аппендицита.

Выполнил ординатор 1 года Рожнов Сергей Викторович

Проверила: ДМН, профессор Первова Ольга Владимировна

Красноярск, 2020

Оглавление

Введение	3
1 Острый аппендицит. Клиника. Диагностика	4
2 Классификация осложнений острого аппендицита	8
2.1 Аппендикулярный инфильтрат	8
2.2 Периаппендикулярный абсцесс	9
2.3 Абсцесс дугласова пространства	10
2.4 Межкишечные, забрюшинные и поддиафрагмальные абсцессы	11
2.5 Перитониты аппендикулярного происхождения	13
2.6 Пилефлебит. Абсцессы печени	14
Заключение	16
Список использованной литературы	17

Введение

Острый аппендицит является заболеванием органов брюшной полости, требующим срочной хирургической помощи. На долю аппендэктомий в нашей стране приходится около 30% от всех неотложных операций органов брюшной полости. Аппендэктомия приобрела славу одной из самых легких оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Это одно из самых первых оперативных вмешательств, которое поручают выполнить молодому хирургу, а иногда и студенту. Это связано, прежде всего, с тем, что операция аппендэктомия детально разработана и в типичных случаях оперативные приемы при её выполнении стандартны. Часто молодой хирург, выполнив два-три десятка таких операций, считает, что он уже сложившийся хирург и позволяет себе делать маленькие разрезы и сокращать время оперативного пособия. Однако это продолжается до тех пор, пока молодой врач-хирург не столкнется с тяжелыми осложнениями, которые могут привести к гибели больного.

Острый аппендицит по частоте встречаемости и по частоте оперативного вмешательства занимает первое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Б.А. Петров и соавт., 1975; А.А. Русанов, 1978; В.И. Колесов, 1981; А.Г. Кригер и соавт., 2002).

Послеоперационная летальность при остром аппендиците достигает 1 % и связано это, прежде всего, с поздней госпитализацией больных в хирургический стационар, запоздалым оперативным вмешательством и, как следствие этого, развитие тяжелых осложнений (инфильтраты, абсцессы, перитониты, пилефлебит, флегмона забрюшинного пространства), дающие высокую летальность. Так, например, летальность после операции по поводу простого аппендицита составляет менее 0,1%, то летальность после операции по поводу деструктивного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом, достигает 30 и даже 50% (И.М. Матяшин и соавт., 1974; А.К. Арсений, 1978; Ю.Ф. Исаков и соавт., 1980).

Высокая послеоперационная летальность обусловлена во многих случаях не типичным течением острого аппендицита, диагностическими и тактическими ошибками (А.К. Арсений, 1978, И.Л. Ротков, 1988, М.И. Кузин 2016). Особенно часты ошибки в диагностике острого аппендицита у детей первых лет жизни, у беременных женщин во вторую её половину и у стариков (А.И. Лёнушкин, 1964; Е.Г. Дехтярь, 1965; Я.П. Юдин и соавт., 1998; Р.М. Седов, 2002).

1 Острый аппендицит. Клиника. Диагностика

Аппендицит – Неспецифическое инфекционное воспаление червеобразного отростка (*processus vermicularis*).

Боли в животе - обязательный признак острого аппендицита. Нередко заболевание начинается с общего недомогания, анорексии, тошноты, диффузных болей в животе, обычно объясняемых больными имеющимся метеоризмом. Иногда к этим симптомам присоединяются рвота, жалобы на головную боль, ознобление, задержка стула и газов. Вскоре после появления этих симптомов ведущими в клинической картине заболевания становятся боли, локализующиеся в эпигастрии, области пупка, правом подреберье, реже в области таза и поясницы. По прошествии нескольких часов боль уже более отчетливо смещается в область правого нижнего квадрата живота.

Окончательная локализация болей в правой подвздошной области для типичного приступа острого аппендицита является наиболее частым и характерным симптомом. Следует помнить, что другие причины болей в правой подвздошной области встречаются в обычной врачебной практике значительно реже, чем острое воспаление червеобразного отростка.

Локализация начальных болей в эпигастральной области независимо от расположения червеобразного отростка обычно (по данным клиники, в 80 %) свойственна деструктивным формам аппендицита. Боли обычно постоянного характера, различной локализации, усиливаются при движении больного, кашле и физическом напряжении. При "обструктивном" аппендиците они нередко схваткообразные. отличаются интенсивностью и внезапностью возникновения в виде острого болевого приступа.

Наряду со спонтанными болями для острого аппендицита характерны и провоцированные боли, которые возникают в области расположения червеобразного отростка при кашле ("кашлевой симптом"), пальпации этой области, перкуссии молоточком передней брюшной стенки (симптом Раздольского), при скольжении по передней брюшной стенке (симптом Воскресенского), сотрясении и перемещении слепой кишки и прилежащих кишечных петель (симптомы Ситковского, Ровзинга, Варламова). Спонтанные и провоцированные боли в правой подвздошной области могут быть единственными клиническими признаками острого аппендицита.

Особенностью болевых симптомов при остром аппендиците является то, что боли, отмечающиеся в области расположения червеобразного отростка, обычно не иррадируют, за исключением тех случаев, когда имеет место тазовое, подпеченочное или ретроцекальное расположение отростка и отмечается иррадиация боли соответственно в правую лопатку, паховую область, мошонку, правую ногу.

Другие клинические проявления воспаления червеобразного отростка - тошнота, рвота, задержка стула и газов - возникают довольно часто, но не являются постоянным для этого заболевания. Наличие этих симптомов указывает на высокую вероятность деструктивных изменений в

червеобразном отростке.

Обследование больного острым аппендицитом позволяет выявить наиболее существенные объективные признаки заболевания. Внимательный осмотр передней брюшной стенки иногда обнаруживает некоторое отставание или неподвижность ее правой половины при дыхательных экскурсиях. Помимо этого, при осмотре живота необходимо обращать внимание на его форму, размеры, наличие асимметрии. Эти признаки могут быть полезными в дифференциальной диагностике.

Анализ состояния передней брюшной стенки проводится пальпаторно по принципу сравнительного исследования, и его нужно начинать с поверхностной пальпации, позволяющей обнаружить малейшие изменения в тоне мускулатуры различных областей, неуловимые обычными способами исследования. Последовательность: вначале определяется степень напряжения мышц в участке, наиболее отдаленном от места болевых ощущений (левая подвздошная область), затем полученные ощущения сравниваются с данными пальпации в эпицентре болей (например, правая подвздошная область). Таким же образом производится исследование передней брюшной стенки в эпигастральной и подреберной областях. На наличие воспалительного процесса в брюшной полости указывает напряжение мышц передней брюшной стенки. Его нужно отличать от непроизвольной ригидности мышц, свидетельствующей о вовлечении в воспалительный процесс брюшины и развитии перитонита.

Однако необходимо помнить, что напряжение мышц передней брюшной стенки при остром аппендиците может отсутствовать в следующих случаях:

- если больной обследуется тотчас после начала заболевания, т.е. в самом раннем периоде развития острого аппендицита;
- при тазовом расположении червеобразного отростка;
- при ретроцекальном и забрюшинном расположении отростка;
- у пожилых и истощенных больных;
- вскоре после перфорации гангренозного обструктивного аппендицита, когда нередко исчезает гипертензия, а пациент подчеркивает, что он чувствует себя много лучше.

После поверхностной пальпации обычно переходят к выявлению симптомов, которые считаются характерными для острого аппендицита. К ним прежде всего относятся симптомы Щеткина, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского.

Симптом Щеткина. В положении больного на левом боку надавливают на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием. Симптом считается положительным при появлении или усилении болей в момент отнятия пальцев.

Симптом Ровзинга. Собранными вместе пальцами левой руки надавливают на стенку живота в левой подвздошной области, соответственно месту расположения находящейся сигмовидной кишки. Не отнимая левой руки, пальцами правой надавливают на вышележащий участок

нисходящей ободочной кишки. Симптом считается положительным, если при надавливании правой рукой возникает или усиливается боль в правой подвздошной области.

Симптом Ситковского. Больного, находящегося в положении на спине, просят по-вернуться на левый бок, при этом отмечается появление или усиление болей в правой подвздошной области.

Симптом Воскресенского. Левой рукой натягивают рубашку больного за нижний ее край, а пальцы правой руки устанавливают в подложечной области. Во время выдоха больного при наиболее расслабленной брюшной стенке проделывают правой рукой скользящее быстрое движение косо вниз к области слепой кишки и там останавливают скользящую руку, не отрывая от живота. В момент окончания такого "скольжения" больной отмечает резкое усиление аппендикулярных болей и нередко выражает это мимикой.

Симптом Раздольского. В положении больного на спине производят легкую перкуссию передней брюшной стенки перкуссионным молоточком. При этом отмечается болезненность в правой подвздошной области.

Симптом Крымова. Указательный или средний палец правой руки вводят через наружное отверстие правого пахового канала больного. При этом отмечается болезненность задней стенки канала.

Симптом Чугаева. В положении больного на левом боку пальпируют правую подвздошную область. При этом определяют наличие напряженных мышечных "тяжей".

Симптом Бартомье-Михельсона. В положении больного на левом боку пальпируют правую подвздошную область. При этом определяют болезненность.

Симптом Образцова. Вытянутыми пальцами правой руки слегка придавливают брюшную стенку в правой подвздошной области и просят больного поднять выпрямленную правую ногу. Симптом считается положительным, если при поднятии ноги возникают боли в правой подвздошной области.

Значение перечисленных выше симптомов в диагностике острого аппендицита различными авторами оценивается по-разному. Однако почти все единодушны в том, что болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина в правой подвздошной области являются кардинальными признаками типично протекающего острого аппендицита.

Большим постоянством по сравнению с другими симптомами острого аппендицита отличается также "кашлевой симптом" - появление или усиление болей в правой подвздошной области при кашле больного.

Необходимость в рентгенологическом обследовании, электрокардиографии и применении других методов исследования возникает обычно при специальных показаниях. Однако каждому больному, у которого подозревается острый аппендицит» должно быть проведено тщательное общее врачебное обследование с обязательными общими анализами крови и мочи, а также измерением температуры тела в подмышечной области.

Такое целенаправленное обследование необходимо не только для всесторонней оценки общего состояния больного, которая позволяет избрать наиболее рациональную программу лечения, но и для дифференциальной диагностики, надобность в которой возникает при обследовании каждого больного острым аппендицитом. В зависимости от характера клинических проявлений воспаление червеобразного отростка необходимо дифференцировать с заболеваниями желудка (острый гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, пищевое отравление), внепеченочных желчных путей (острый холецистит, желчнокаменная болезнь), острым панкреатитом, острым энтеритом, энтероколитом, воспалением и перфорацией дивертикула Меккеля, острой кишечной непроходимостью, заболеваниями женской половой сферы (острый эндометрит, острое воспаление придатков матки, нарушенная внематочная беременность, разрывы и кровоизлияния яичника), почечнокаменной болезнью, правосторонней почечной коликой и др.

2 Классификация осложнений острого аппендицита

2.1 Аппендикулярный инфильтрат

Инфильтраты при остром аппендиците встречаются в разные периоды болезни, они распознаются в первые дни после приступа, т. е. при поступлении больного в стационар /чаще всего/, или неожиданно обнаруживаются во время операции по вскрытию брюшной полости, наконец возникают в послеоперационном периоде. У женщин аппендикулярные инфильтраты встречаются гораздо чаще, чем у мужчин, а у больных старше 60 лет инфильтраты бывают в шесть раз чаще, чем у более молодых. В большинстве случаев они возникают при первом приступе острого аппендицита. При неудаленном отростке после рассасывания инфильтрата возможен рецидив последнего.

Клинически аппендикулярный инфильтрат чаще всего выявляется на 3-4 день после начала приступа. Из анамнеза выясняется, что за несколько дней до поступления в стационар больной перенес приступ острого аппендицита. Общее состояние таких больных обычно остается удовлетворительным. Температура тела повышена, частота пульса соответствует температуре. Самостоятельные боли в животе либо незначительны, либо вовсе отсутствуют. 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. Размеры этого образования 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.

Аппендикулярный инфильтрат - это конгломерат органов /воспалительная опухоль/, куда входят слепая кишка, конечный отдел подвздошной кишки, червеобразный отросток, сальник. В сравнительно редких случаях он прощупывается, то ближе к средней линии, то ближе к малому тазу, то вдоль гребня подвздошной кости, в зависимости от расположения червеобразного отростка. При спаянии инфильтрата с париетальным листком брюшины он хорошо определяется. При глубоком расположении и небольших размерах инфильтрата он едва пальпируется в глубине подвздошной ямки.

В начальном периоде образования инфильтрата может быть положительным симптом Щеткина-Блюмберга. Стул и мочеиспускание в большинстве случаев нормальны. Состав крови при наличии инфильтрата меняется не резко. Имеется невысокий лейкоцитоз, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускоренная СОЭ. Из-за напряжения брюшной стенки определить рыхлый инфильтрат бывает трудно. Опасности аппендэктомии в рыхлом инфильтрате преувеличены, поэтому, если диагноз поставлен, показана операция.

Рыхлый инфильтрат недостаточно отгораживает деструктивно измененный червеобразный отросток, и в брюшной полости нередко обнаруживается выпот независимо от расположения, числа и характера органов, вовлеченных в процесс; такой инфильтрат представляет собой рыхлое соединение отечных, гиперемированных тканей, местами покрытых фибрином, но легко разделяющихся пальцем или тупфером. Если определяется плотный аппендикулярный инфильтрат, показана консервативная терапия: антибиотики, местно - УВЧ-терапия, щадящая диета, постельный режим. Дальнейшее течение зависит от того, в каком направлении разовьется воспалительный процесс. В случае его обратного развития отмечается улучшение состояния больного, самостоятельные боли постепенно стихают, пальпация становится малоблезненной, температура тела через несколько дней нормализуется, инфильтрат уменьшается и, наконец, совершенно перестает прощупываться.

Другая клиническая картина наблюдается, когда воспалительный процесс имеет склонность к распространению. В таких случаях боли в животе не стихают, а усиливаются; наблюдается усиление болезненности инфильтрата при пальпации. Лихорадка продолжается, иногда температура тела нарастает. Пульс учащается. Границы инфильтрата иногда расширяются, Нарастает лейкоцитоз, ускоряется СОЭ. Могут появиться симптомы раздражения брюшины в правой половине живота. Пальцевое исследование прямой кишки нередко дает возможность определить болезненность одной из её стенок или уплотнение, иногда размягчение.

В таких случаях о появлении гноя / периаппендикулярный абсцесс, абсцесс Дугласова пространства и др./ приходится судить по клинико-лабораторным признакам, о чем будет идти речь дальше. Хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате основывается на сочетании двух основных критериев - давности заболевания и характере инфильтрата. После рассасывания инфильтрата показано удаление червеобразного отростка. 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, кровотечения.

2.2 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, мочевого пузыря), в забрюшинное пространство, либо через брюшную стенку наружу. Симптомами нагноения аппендикулярного инфильтрата будут: размягчение уплотнения, гектическая температура, усиление болей в животе, появление

симптомов раздражения брюшины, резкое повышение лейкоцитоза и СОЭ, в некоторых случаях выявляются рентгенологические данные об образовании гнойника в брюшной полости. Аппендикулярные гнойники могут локализоваться в разных отделах брюшной полости, наиболее типичные локализации таких гнойников: передний пристеночный, боковой /в боковом канале брюшной полости/, внутрибрюшной /межкишечный/, тазовый или абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный, множественные.

Операция по поводу аппендикулярного гнойника производится под местной анестезией или наркозом. При типичном абсцессе в правой подвздошной области, спаянном с передней брюшной стенкой, делается разрез по Волковичу-Мак-Бурнею. Обычно внутренняя косая и поперечная мышцы живота уже инфильтрированы. Их 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. При расположении гнойника ближе к крылу подвздошной кости вскрытие его производят разрезом Пирогова. В непосредственной близости от гребня подвздошной кости и передне-верхней ости. Держась непосредственно у кости, рассекают мягкие ткани, отслаивая их с брюшиной внутри, подходят с латеральной стороны инфильтрата и отсюда вскрывают гнойник. В полость его вводят тампон. После заживления раны и рассасывания инфильтрата больным следует делать аппендэктомию.

2.3 Абсцесс дугласова пространства

Чаще всего встречаются после операции по поводу деструктивного аппендицита. Это отграничение гноя, которое скапливается в самом низком участке брюшной полости: прямокишечно-пузырном углублении у мужчин и прямокишечно-маточном углублении у женщин. Спаявшиеся между собой листки брюшины, петли тонких и толстых кишок и сальник образуют как бы капсулу, окружающую гнойную полость. Распознавание абсцесса дугласова пространства в общем не представляет больших трудностей, но важно выявить это осложнение своевременно. При всяком негладком послеоперационном течении, в особенности после удаления деструктивных отростков, необходимо систематически проводить пальцевое исследование кишки.

Для диагноза большое значение имеют жалобы больных на нарушение дефекации и мочеиспускания. Учащенный жидкий стул с примесью слизи, ИНОГДА тенезмы являются симптомами, свидетельствующими о формировании гнойника на дне малого таза. Частые и болезненные

мочеиспускания это один из ранних признаков абсцесса дугласова пространства. Иногда отмечаются нерезкие боли над лобком. Живот обычно не вздут, мягкий, болезненный, кроме надлобковой зоны. При хорошем отграничении гнойника симптомов раздражения брюшины не наблюдается. В запущенных случаях развивается парез кишечника. Температура тела всегда повышена. Пульс соответствует температуре. Имеет место лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Исследуя ежедневно прямую кишку, можно установить определенную эволюцию симптомов. Вначале определяется лишь болезненность передней стенки прямой кишки, затем удается определить нависание её; при влагалищном исследовании - болезненность заднего свода. Еще через 2-3 дня место выбухания стенки прямой кишки уплотняется и превращается в болезненный инфильтрат; проходит еще время и в одном из участков инфильтрата определяется размягчение; Этот симптом и является показанием к оперативному лечению. Пункция гнойника через прямую кишку или влагалище допустима только /во избежание прокола петли кишки/ при ясных признаках нагноения непосредственно перед операцией на столе для уточнения места вскрытия гнойника.

Консервативное лечение сводится к назначению постельного режима, антибиотиков. Но как только распознано скопление жидкого гноя в дугласовой ямке, нельзя медлить с операцией. Перед операцией надо опорожнить мочевой пузырь катетером и сделать очистительную клизму. У мужчин и детей принято вскрывать гнойник дугласова пространства через прямую кишку, и через задний свод влагалища у женщин.

После операции следует назначать легкую диету, опий для задержки стула на время пребывания дренажа в прямой кишке, антибиотики. Абсцессы дугласова пространства, оставленные без операции, могут привести к тяжелым осложнениям, при прорыве гноя в свободную брюшную полость развивается перитонит, при прорыве гноя в полый орган образуются внутренние свищи с развитием воспаления этого органа.

Для профилактики абсцессов дугласова пространства необходимо во время аппендэктомии, особенно при гангренозных и прободных аппендицитах ограничивать очаг поражения от свободной брюшной полости тампонами, а при наличии гноя - осушить полость брюшины и особенно малый таз с помощью отсоса и промыть эти участки раствором фурацилина.

2.4 Межкишечные, забрюшинные и поддиафрагмальные абсцессы

Обнаружение в брюшной полости воспалительного инфильтрата после аппендэктомии при удовлетворительном общем состоянии больного заставляет держаться выжидательной тактики. Покой, антибиотики, физиотерапевтическое лечение иногда приводят к рассасыванию инфильтрата. При ухудшении состояния больного и появлении симптомов интоксикации возникает угроза распространения процесса на брюшину, что заставляет решиться на операцию. Если симптомов раздражения брюшины

нет, но на основании клинико- инструментальных, УЗИ- и компьютерных, рентгенологических данных возникает подозрение на образование гнойного очага также показано хирургическое лечение.

Техника операции зависит от локализации очага и его отношения к передней брюшной стенке. Если гнойник прочно спаян с париетальной брюшиной, то желателен опорожнить его без вскрытия свободной брюшной полости. Разрез проводится над инфильтратом. После разделения мышечного слоя рекомендуется тупым путем дойти до стенки абсцесса и на месте размягчения вскрыть его. После осушения гнойной полости и осторожного обследования пальцем, если необходимо, производится под контролем глаза расширение раны для обеспечения хорошего оттока гноя. В полость вводится тампон.

Когда приходится оперировать, не дожидаясь прочного спаяния гнойника с брюшиной, тогда вскрывается брюшная полость и вокруг инфильтрата вводят ограничивающие тампоны, а затем производят вскрытие абсцесса. Гной иногда может оказаться в забрюшинном пространстве. В случае перфорации забрюшинно расположенного отростка гной непосредственно проникает в забрюшинное пространство. При ретроцекальной позиции отростка и образовании периаппендикулярного абсцесса не исключается возможность расплавления заднего листка париетальной брюшины и перехода воспаления на забрюшинную клетчатку. Появление других забрюшинных абсцессов можно объяснить распространением инфекции из воспаленного отростка по лимфатическим путям к ретроперитонеальным узлам. Характерные признаки забрюшинного гнойника: лихорадка, болезненность по ходу гребня подвздошной кости и в поясничной области, а также контрактура в тазобедренном суставе.

Оперативный доступ к вскрытию забрюшинных гнойников осуществляется разрезом по Пирогову или косым поясничным разрезом. При ретроцекальном расположении отростка также могут наблюдаться псоас-абсцессы, паранефриты и забрюшинные флегмоны. При возникновении псоас-абсцессов обычно на фоне высокой лихорадки имеет место общее тяжелое состояние больного, высокий лейкоцитоз; в поздних стадиях характерно положение больного с подтянутой к животу и согнутой в коленном суставе ногой. Более трудным для распознавания и лечения являются гнойники поддиафрагмальной области. Обычно они располагаются интраперитонеально, но встречаются и расположенные внебрюшинно. Диагностика поддиафрагмальных гнойников затруднительна, особенно в начальных его формах и при малых размерах.

Обычно после некоторого светлого промежутка после аппендэктомии вновь возникают симптомы гнойного очага. Боли ощущаются то в нижних отделах грудной клетки, то в верхнем квадранте живота. Иногда присоединяется болезненный сухой кашель, вызванный раздражением диафрагмального нерва. Затем боли сосредотачиваются в правом подреберье, особенно при глубоком вдохе, нередко отдают в правую лопатку и плечо. Иногда больная сторона грудной клетки отстает в

дыхательных движениях. В более выраженных случаях имеется выпячивание подложечной области, сглаженность межреберий. В некоторых случаях возникает отек нижнего отдела грудной клетки. Живот остается мягким, редко определяется легкое напряжение в области правого подреберья. Печень, если и выступает из-под реберной дуги, неболезнена. Имеются высокая температура, ознобы, изменения крови, соответствующие острому гнойному процессу.

При рентгеновском просвечивании выявляется высокое стояние диафрагмы, ограничение её движения. Наличие газового пузыря с горизонтальным уровнем жидкости под диафрагмой - почти патогномоничный признак поддиафрагмального абсцесса.

Решающее значение имеет пробный прокол. Его следует проводить под обезболиванием в сидячем положении больного с отведенной и высоко поднятой правой рукой. При выборе места для пункции надо руководствоваться данными рентгенологического исследования. Большей частью это место расположено по передней или средней подмышечной линии, на уровне девятого или десятого межреберий. Для опорожнения поддиафрагмального пространства существуют чрез- и внеплевральные подходы. Опорожнение поддиафрагмальных абсцессов без вскрытия полости плевры лучше переносится больными, устраняет опасность гнойного плеврита и не оставляет плевральных тяжелых сращений. Поэтому при возможности следует пользоваться внеплевральными способами оперативного лечения гнойников поддиафрагмального пространства.

2.5 Перитониты аппендикулярного происхождения

Яркая клиническая картина острого аппендицита, вызванного перфорацией отростка, хорошо известна. Перитониты аппендикулярного происхождения занимают первое место среди перитонитов различного этиологии. Причинами таких перитонитов являются поздняя госпитализация, атипичность и стертость клинических проявлений острого аппендицита. Перитонит после аппендэктомии не дает бурной клинической картины, поэтому своевременная диагностика и лечение иногда запаздывают. В борьбе с послеоперационным перитонитом фактор времени имеет первостепенное значение для прогноза.

При этом в клинической картине перитонита самым постоянным является симптом боли. Боль, которая держится в животе дольше вторых-третьих суток после операции, всегда должна настораживать хирургов. Почти всегда встречается тошнота, рвота и отрыжка. А далее в зависимости от иммунной реакции организма и вирулентности микрофлоры разыгрывается той или иной степени тяжести клиническая картина перитонита. Все же перитонит чаще прогрессирует в результате плохой санации брюшной полости и при недостаточном лечении уже имевшегося до операции перитонита, а также при прорезывании швов в инфильтрированной стенке слепой кишки, прошивании всех слоев стенки её, несостоятельности

культы отростка и других технических дефектах. Иногда воспалительный процесс в брюшной полости ограничивается с образованием гнойников разной локализации, топическая диагностика которых трудна, а вскрытие требует определенных навыков.

При разлитом перитоните брюшную полость тщательно saniруют, промывают анти-септическими растворами с антибиотиками широкого спектра действия и по показаниям налаживают фракционный перитональный диализ по методике И.И. Дерябина. Под фракционным перитональным диализом понимают периодическое введение в брюшную полость дозированных количеств диализующего раствора, который удаляется через определенный промежуток времени. Катетер для перитонального диализа вводят в малый таз. Проксимальный его конец выводят на переднюю брюшную стенку сбоку от раны и соединяют через тройник с флаконами с диализующим раствором. В брюшную полость самотеком вводят 2-3 литра жидкости в течение 15-20 минут.

Для профилактики закупорки катетера фибрином на каждые два литра диализующего раствора добавляют 1000 ЕД гепарина. Через 1-1,5 часа диализующий раствор удаляют наружу через тот же катетер самотеком. Антибактериальную терапию осуществляют путем введения в брюшную полость антибиотиков направленного действия, чаще всего канамицина. Среднее количество дней диализа на одного больного в большинстве случаев 3-4, а сеансов - от 9 до 30. Проведение повторных сеансов такого диализа обуславливается степенью общей интоксикации, выраженностью симптомов раздражения брюшины, функциональным состоянием кишечника, характером содержимого брюшной полости.

2.6 Пилефлебит. Абсцессы печени

Одной из форм гнойного тромбофлебита является пилефлебит, источник которого - вены отростка. Тромбоз распространяется на портальную систему. Это одно из тяжелейших осложнений острого аппендицита, дающее высокий процент летальности. Тромбофлебит, начавшись в венах отростка, переходит на подвздошно-толстокишечную вену и дальше по верхней брыжеечной вене на воротную вену и её разветвления в печени, где на этой почве возникают множественные гнойники. Возможен также отрыв инфицированных эмболов, занос их по системе воротной вены в печень и образование в ней абсцессов.

В большинстве случаев пилефлебит возникает после аппендэктомии. Пилефлебит возникает то бурно, через 2-3 дня после аппендэктомии, и развязка наступает на 2-3-й неделе, то обнаруживается через 1-2 месяца от начала заболевания. 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 иррадируют в спину, правое плечо. Лицо бледное, осунувшееся, с желтушной окраской, с запавшими глазами.

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. В связи с образованием абсцессов в печени с успехом используется рентгенологический метод. При просвечивании выявляется высокое стояние диафрагмы, ограничение её подвижности, увеличение тени печени, сгущение её тени на месте абсцессов, закрытие реберно-диафрагмального синуса. Лечение больных с пилефлебитом представляет очень трудную задачу.

Энергичное комбинированное лечение - операция (вскрытие гнойников в сочетании с применением антибиотиков; по показаниям применение антикоагулянтов) может привести к улучшению исходов пилефлебитов. При лечении абсцессов печени в последние годы с успехом применяются внутриартериальное введение антибиотиков через общую печеночную артерию или введение антибиотиков через пупочную вену. На втором месте среди непосредственных причин смерти при остром аппендиците, по данным многих авторов, стоит сепсис. Источником его служат гнойники и флегмоны, а также септические тромбозы крупных сосудистых стволов, осложнявшие деструктивный аппендицит.

Осложнения со стороны операционной раны являются наиболее частыми, но сравнительно безопасными. Чем тяжелее изменения в отростке, тем меньше встречается первичных заживлений ран. Решающее значение в возникновении нагноения ран имеет занос патогенных микробов в рану во время операции. Помимо острого соблюдения асептики, имеют значение техника операции, щажение тканей во время её выполнения и общее состояние больного. В случаях, когда можно ожидать нагноения раны следует накладывать редкие швы на кожу, не зашивать кожу и подкожную клетчатку, применяя при хорошем состоянии раны наложение в ближайшие дни первично отсроченных швов. Лигатурные свищи нередко встречаются после удаления червеобразного отростка. Показано. рассечение свищевого хода под местной анестезией и удаление лигатур, поддерживающих нагноение.

Заключение

Острый аппендицит является самым частым острым заболеванием органов брюшной полости. По поводу острого аппендицита в год в нашей стране производится более полумиллиона аппендэктомий с летальностью около 1 процента. Ежегодно в России от острого аппендицита умирает пять тысяч больных, в абсолютных цифрах это больше, чем при таких острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, как острый холецистит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, ущемленная грыжа, острая спаечная кишечная непроходимость. Хирурги, занимающиеся оказанием неотложной помощи всё чаще встречаются со стёртой клинической картиной острого аппендицита. Данные литературы объясняют этот факт широким и бесконтрольным применением антибиотиков. При сомнении в диагнозе верифицировать характер патологического процесса в брюшной полости можно и нужно с помощью лапароскопии. Тут же заметим, что практически все клинические симптомы острого аппендицита выявляют по сути дела только один болевой признак острого аппендицита.

Другие же признаки воспаления червеобразного отростка - отек, инфильтрат, гиперемия – можно визуализировать только в помощью видеолапароскопии. Если, осложнения, которые возникают при остром аппендиците в до операционном периоде в меньшей степени зависят от хирурга, то осложнения, возникшие в ходе операции всегда, а после операции зачастую, зависят от правильно выбранной тактики и технической оснащенности хирурга. Поэтому хирург, приступающий к выполнению аппендэктомии должен хорошо знать анатомию илеоцекального угла и все варианты расположения червеобразного отростка; хорошо знать клинические проявления типично протекающего острого аппендицита от атипичных форм течения заболевания; уметь отличить заболевания со сходными симптомами острого аппендицита от истинно острого аппендицита.

Молодой врач-хирург, прежде чем прибегать к 53 операции по поводу острого аппендицита самостоятельно, должен многократно участвовать в операции в качестве ассистента хирурга, во время которых он увидит все разнообразия хирургических приемов, которыми пользуется опытный хирург при выполнении осложненных форм острого аппендицита. Только при выполнении всех этих условий хирургам удастся избежать диагностических, тактических и технических ошибок, что несомненно приведет к уменьшению числа осложнений с летальным исходом.

Список использованной литературы

1. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. // М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2006. - Т. 2. - 584 с.
2. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей // - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. - 440 с.
3. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. // Л.: Медицина, 1972. – 344 с.
4. Кригер Д.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. // М.: Медицина, 2007 г. – 234 с.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни (учебник) // М.: "Медицина", 2014. – 992 с.
6. Леванович В. В. Неотложная хирургия органов брюшной полости: Учебное пособие для студ. мед. вузов // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 288 с. Литература, использованная авторами:
7. Матяшин И.М. Осложнения аппендэктомии. // Киев, "Здоров'я", 1974. - 221 с.
8. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. // М.: Медицина, 1988. – 208 с.
9. Русанов А.А. Аппендицит. // Л.: Медицина, 1979. -176 с.
10. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. Учебник. + CD В 2-х томах. Том 1,2. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 688, 720 с.
11. Седов В.М. Аппендицит. // СПб.: Санкт-Петербургское мед. изд-во, 2002. - 232 с.
12. Томашук И.П. Острый аппендицит. // К.: Здоровье, 1994. - 182 с.
13. Фенчин К.М. Острый аппендицит у пожилых и старых людей // - Минск: Беларусь, 1984. – 127 с.
14. Чернов В.Н, Химичев В.Г., Таранов И.И. и др. Неотложная хирургия: Диагностика и лечение острой хирургической патологии. Издание 4-е, перераб. и доп. //Элиста: Джангар, 2006. - 280 с.
15. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. Дополнительная:
16. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Федоров К.К., Габинская Т.А. Острый аппендицит у детей. // М.: Медицина, 1998. - 256 с.