

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

Кафедра и клиника хирургических
болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. кафедрой, д.м.н.,
доцент Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ

Осложнения острого аппендицита.

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Шамшиев А.Н.

Красноярск 2020

Классификация осложнений острого аппендицита:

1. Осложнения дооперационного периода:

- перфорация червеобразного отростка;
- аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление);
- аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление);
 - рыхлый;
 - плотный;
- периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление);
- периаппендикулярный абсцесс (интраоперационное выявление);
- перитонит;
- пилефлебит.

2. Осложнения после аппендэктомии.

Могут быть ранними и поздними, местными и общими. Причины послеоперационных осложнений могут быть связаны с тактическими ошибками (трудности диагностики, выжидательная тактика и поздняя операция, неадекватное дренирование) и с техническими ошибками (излишняя травматизация тканей во время операции, несостоятельность инвагинирующих культю отростка швов, несостоятельность лигирования культи отростка и сосудов брыжейки).

2.1. Осложнения со стороны операционной раны:

- нагноение раны;
- инфильтрат передней брюшной стенки;
- гематома в ране;
- расхождение краёв раны без эвентрации, с эвентрацией;
- кровотечение из раны брюшной стенки;
- лигатурные свищи (поздние осложнения);

- послеоперационные грыжи.

2.2. Осложнения в брюшной полости:

- внутрибрюшное кровотечение, нагноившаяся гематома в области аппендэктомии, дугласовом пространстве;

- инфильтраты и абсцессы илеоцекальной области, прикультевой абсцесс;

- инфильтраты и абсцессы межкишечные, полости малого таза;

- динамическая непроходимость, острая механическая непроходимость;

- кишечные свищи;

- прогрессирующий перитонит.

2.3. Общие осложнения после аппендэктомии:

- тромбозы и флеботромбозы нижних конечностей;

- тромбоэмболия лёгочной артерии;

- тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов;

- пилефлебит, сепсис.

Аппендикулярный инфильтрат

Аппендикулярный инфильтрат морфологически представляет собой конгломерат, состоящий из воспалительно изменённых петель кишок и участков большого сальника, спаянных между собой фибринозными сращениями и с париетальной брюшиной, отграничивающий воспалённый червеобразный отросток и скопившийся вокруг него экссудат от свободной брюшной полости.

Аппендикулярный инфильтрат возникает при поздней диагностике, главным образом, в результате врачебных ошибок догоспитального периода.

Условно выделяют две фазы: 1. фаза прогрессирования процесса (3-5 дней) и 2. фаза отграничения инфильтрата (5-9 дней).

Клиника инфильтрата

Обычно на 5 сутки от начала приступа острого аппендицита в правой подвздошной области прощупывается плотное опухолевидное образование, неподвижно спаянное с окружающими тканями, без- или малоболезненное при пальпации. Общее состояние больного обычно удовлетворительное, отмечается субфебрилитет. В крови определяют лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Уточняет диагноз УЗИ.

Консервативное лечение показано в тех случаях, когда у больного имеется ясно прощупываемый, плотный, почти безболезненный инфильтрат, при удовлетворительном общем состоянии больного, субфебрилитете. В стационаре назначают: общую антибактериальную терапию, физиотерапию (после исключения опухоли слепой кишки), препараты, улучшающие микроциркуляцию крови (антикоагулянты, дезагреганты).

Обычно инфильтрат рассасывается через 2-3 недели, что подтверждается данными УЗИ. Через 2-3 месяца после рассасывания инфильтрата показана плановая аппендэктомия.

Абсцедировавший аппендикулярный инфильтрат (аппендикулярный абсцесс)

При нагноении инфильтрата возникает аппендикулярный абсцесс. Нагноение сформировавшегося инфильтрата составляет 1,6% от всех осложнений острого аппендицита. В большинстве случаев это больные, которым проводилось консервативное лечение по поводу инфильтрата.

Признаками абсцедирования являются: высокая температура, резкая локальная болезненность при пальпации, локальные симптомы раздражения брюшины, высокий лейкоцитоз с отчетливым сдвигом лейкоцитарной формулы влево, УЗИ-признаки жидкостного образования.

Показано хирургическое лечение – вскрытие и дренирование абсцесса. При гладком течении послеоперационного периода через 3-4 месяца также показана плановая аппендэктомия.

Периаппендикулярный абсцесс

Данное осложнение обнаруживается чаще всего во время оперативного вмешательства, когда вокруг деструктивно изменённого червеобразного отростка определяется гнойный экссудат, отграниченный рыхлыми спайками и фиброзной (фибринозной) капсулой (так называемый, рыхлый инфильтрат). Гной (обычно это 60-100 мл) удаляется аспирацией или марлевыми турундами. Обычно удаётся произвести аппендэктомия. Брюшная полость (малый таз и область абсцесса) дренируется перчаточными дренажами, на рану накладываются редкие сближающие швы.

Перитонит, как осложнение острого аппендицита

Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространённости перитонита.

С распространением воспаления на всю толщу стенки отростка в процесс вовлекаются окружающие его органы и ткани. Быстро появляется более или менее значительный серозный выпот, который первое время стерилен.

В дальнейшем, при нарастании деструктивных явлений, выпот становится гнойным; отросток и брюшина прилежащих к нему органов покрываются обильными фибринозно-гнойными наложениями и процесс, особенно когда произошло прободение отростка, быстро распространяется по брюшине, приобретая характер разлитого гнойного перитонита.

В наиболее тяжёлых случаях перитонит сразу может приобретать крайне «злокачественное течение», в короткий срок приводя к смерти больного. При этом выпот в брюшной полости может отсутствовать или может быть только скудное количество ихорозной жидкости.

Местный ограниченный перитонит

Характеризуется ярко выраженной симптоматикой острого аппендицита с положительным локальным симптомом Щёткина-Блюмберга.

В области червеобразного отростка, купола слепой кишки находят серозный, серозно-гнойный или гнойный выпот с неприятным запахом; прилежащая брюшина гиперемирована, покрыта фибрином.

Методы дренирования брюшной полости при остром аппендиците

Дренирование брюшной полости всегда необходимо, когда нет уверенности, что отросток удалён полностью, когда отросток удалён из рыхлого инфильтрата, при местном неограниченном перитоните с гнойным экссудатом, после удаления гангренозно изменённого отростка.

В случаях скопления большого количества экссудата в дугласовом пространстве необходимо ввести два дренажа: один – в дугласово пространство, другой – в брюшную полость, недалеко от места удалённого отростка.

Распространённый (диффузный и разлитой) перитонит может развиваться в результате отсутствия отграничения воспалительного процесса вокруг отростка или прорыва аппендикулярного абсцесса в свободную брюшную полость.

Диффузный перитонит не имеет чётких границ и тенденций к отграничению. Диффузный перитонит, локализованный только в непосредственной близости от источника инфекции, занимающий лишь одну анатомическую область живота, может быть назван местным перитонитом.

Диффузный перитонит, занимающий несколько анатомических областей живота, называют распространённым. Поражение всей брюшины обозначают как общий перитонит, или по общепринятой терминологии разлитой перитонит.

При формулировке диагноза на первое место ставят основное заболевание (деструктивный аппендицит), а затем его осложнение – перитонит с указанием вышеизложенных признаков классификации.

Клинические проявления разлитого перитонита аппендикулярного происхождения не отличаются от проявлений перитонита другого генеза. Симптоматика заболевания определяется вирулентностью микрофлоры, состоянием реактивности организма, временем, прошедшим с начала развития воспалительного процесса в брюшной полости, стадией перитонита.

Обычно при распространённом перитоните выражены такие симптомы как: боль, положительный симптом Щёткина-Блюмберга, интоксикация, тахикардия, многократная рвота, парез кишечника и др. В анализах крови – высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, резко увеличенное СОЭ.

Лечение диффузного и разлитого перитонита аппендикулярного происхождения

Комплексное лечение (оперативное и консервативное) при перитоните должно быть направлено:

- 1) на борьбу с инфекцией – устранение источника инфекции в брюшной полости: ранняя операция, эффективная санация и дренирование брюшной полости, массивная антибактериальная терапия;
- 2) на ликвидацию паралитической непроходимости кишечника;
- 3) на детоксикацию организма;
- 4) на коррекцию нарушений водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния, белкового обмена с помощью массивной инфузионно-трансфузионной терапии;
- 5) на коррекцию дисфункции сердечно-сосудистой системы, лёгких, печени, почек.

Оперативное вмешательство осуществляется под эндотрахеальным наркозом через срединный лапаротомный разрез. Производится типичная аппендэктомия. Обязательными моментами операции при разлитом гнойном перитоните является интубация тонкой кишки назоэнтеральным зондом для

декомпрессии кишечника. Зонд можно также провести через прямую кишку. С его помощью из просвета кишечника аспирируют жидкость и газы, периодически промывают кишечник. В корень брыжейки тонкой кишки в конце операции вводят 100-150 мл 0,25% раствора новокаина для предотвращения пареза кишки.

Послеоперационные осложнения

Внутрибрюшные кровотечения

Причины внутрибрюшных кровотечений могут быть различными:

- аррозивное кровотечение от гнойного расплавления тканей, от пролежня под дренажем и др.;
- кровотечение из разрушенных спаек при недостаточном гемостазе;
- кровотечение из культи отростка и брыжейки отростка при прорезывании, ослаблении или соскальзывании лигатуры.

Клинические проявления внутрибрюшного кровотечения зависят от калибра кровоточащего сосуда. Кровотечение вследствие соскальзывания лигатуры с брыжейки или с культи отростка бывает сильным и угрожает жизни больного уже в первые минуты возникновения. Симптомы внутреннего кровотечения при этом развиваются очень быстро:

- появляется выраженная бледность и холодность кожных покровов (реакция централизации кровообращения и периферический вазоспазм), холодный пот;
- возможно обморочное состояние;
- тахикардия;
- падение АД (гипотония, острая анемия);
- может развиваться геморрагический шок.

Лечение. Необходимо исключить кровотечение из верхних отделов ЖКТ (эрозивный гастрит, острая стресс-язва желудка или ДПК). Проводится

противошоковая и гемостатическая терапия. Больного может спасти только релапаротомия. Цель операции – отыскание и лигирование кровоточащего сосуда в брюшной полости.

Острая кишечная непроходимость (ОКН)

Является тяжёлым осложнением после аппендэктомии и встречается в 1,1% случаев среди всех осложнений. Однако среди умерших от осложнений аппендэктомии ОКН отмечена у 41,4% больных. ОКН может быть вызвана спаечной кишечной непроходимостью, заворотом, инвагинацией.

Причинами, вызывающими развитие ОКН, являются чаще всего следующие:

- выраженное перифокальное воспаление при деструктивных формах острого аппендицита;
- травматизация висцеральной и париетальной брюшины во время оперативного вмешательства и последующий слипчиво-спаечный процесс в зоне аппендэктомии;
- грубые методы дренирования брюшной полости в послеоперационном периоде;
- послеоперационный парез кишечника.

Клиника ОКН. Осложнение обычно возникает на 2-5 сутки послеоперационного периода. Состояние больного ухудшается, усиливаются боли в животе, появляется вздутие живота и повторные рвоты, сухость языка, тахикардия. Кожа и слизистые становятся синюшного цвета. Появляются характерные симптомы ОКН – асимметрия живота, симптом Валя, видимая перистальтика. На поздних стадиях выявляется положительный симптом Щёткина-Блумберга. Может наблюдаться одышка, связанная со смещением диафрагмы от вздутия живота.

В анализах крови нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, сгущение крови, гипохлоремия.

Рентгенологически выявляются чаши Клойбера, наличие арок, поперечной исчерченности, признаки переливания жидкости из одной кишки в другую.

Лечение. При явлениях острой механической кишечной непроходимости показана экстренная операция. Под эндотрахеальным наркозом выполняется срединная лапаротомия с ревизией брюшной полости и установлением причин механической непроходимости. Обязательно проводится декомпрессия тонкой кишки с эвакуацией кишечного содержимого из приводящей кишки (назоэнтеральный зонд).

Дифференциальный диагноз проводят с острым послеоперационным панкреатитом, при котором также могут наблюдаться парез кишечника, рвота, стаз в желудке, метеоризм. Необходимо учитывать характерное для панкреатита острое нарушение гемодинамики в виде сердечно-сосудистого коллапса (стадия гиповолемического и болевого шока) и гиперферментемию.

Кишечные свищи, как осложнение аппендэктомии

Редкое, но грозное осложнение может возникнуть в послеоперационном периоде у больных, у которых во время операции обнаружен тяжёлый гнойно-воспалительный и спаечный процесс при ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении отростка. Аппендэктомия в таких случаях может протекать с техническими трудностями и брюшную полость в правой подвздошной области приходится дренировать. В такой ситуации при неадекватной травматизации серозно-мышечных тканей купола слепой кишки, из-за возможных аваскулярных нарушений в стенке кишки может образоваться свищ слепой кишки.

Инфильтраты правой подвздошной области

Инфильтраты правой подвздошной области возникают, как правило, у больных с деструктивными формами аппендицита. Причиной возникновения в послеоперационном периоде инфильтрата может быть сильное перифокальное воспаление парааппендикулярных тканей ещё до операции,

оставление в брюшной полости верхушки червеобразного отростка при ретроградной аппендэктомии, выпавшие из полости отростка при перфорации и просмотренные каловые камни. Эпицентром инфильтрата может быть инвагинированная культя червеобразного отростка, место прокалывания кишечной стенки насквозь при наложении кисетного шва на слепую кишку.

Клиника. Обычно на 3-5 сутки после аппендэктомии появляются тупые ноющие боли в правой подвздошной области. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, в глубине пальпируется образование плотно-эластической консистенции без чётких контуров. Повышается температура тела до 37,5-38 °С, в крови умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренная СОЭ. В более тяжёлых случаях присоединяется клиника динамической кишечной непроходимости.

Лечение. Лечение консервативное. Проводится противовоспалительная терапия, антибиотики, дезагреганты, блокады, физиотерапевтическое лечение. Однако может сформироваться абсцесс правой подвздошной области.

Абсцесс правой подвздошной области после аппендэктомии

Клиника. Гнойник обычно формируется на 4-6 сутки после аппендэктомии, проходя стадию инфильтрата. Обычно на 4-7 сутки после операции у больного ухудшается общее состояние. Появляются боли в подвздошной области, повышается температура тела, ознобы и поты. Иногда присоединяются явления динамической кишечной непроходимости. Появление гектической температуры, высокого лейкоцитоза, указание УЗ-сканирования на жидкостное внутрибрюшное образование не вызывают сомнения в диагнозе.

Лечение. При постановке диагноза показана экстренная операция – вскрытие и дренирование абсцесса. У большинства больных абсцессы в этой

области располагаются пристеночно, кнаружи от слепой кишки. При поверхностном расположении абсцесса бывает достаточно тупо развести послеоперационную рану или рубец, выйти на полость гнойника, санировать и дренировать его.

Абсцессы брюшной полости другой локализации

Абсцесс дугласова пространства в послеоперационном периоде возникает при формировании и прорыве прикультевого абсцесса, при кровотечении из брыжейки отростка, с последующим нагноением гематомы в области малого таза. Может развиваться при разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения вследствие дефектов в качестве санации брюшной полости во время операции.

Клиника. Характерны тупые боли внизу живота, ухудшение общего состояния, появляются расстройства функции тазовых органов в виде поноса, тенезмов, выделения слизи из прямой кишки, могут быть затруднённое или болезненное мочеиспускание, частые позывы на мочеиспускание, задержка мочи.

При обследовании определяется боль над лоном, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, повышается температура тела, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренная СОЭ. При ректальном исследовании выявляется болезненность передней стенки прямой кишки. Влагалищное исследование позволяет выявить нависание и болезненность заднего свода.

Межпетельные абсцессы. Встречаются после аппендэктомии редко (мезоцелиакальные). Как правило, они возникают по типу остаточного гнойника после разлитого гнойного перитонита.

Клиника проявляется явлениями динамической кишечной непроходимости, гектической лихорадки, резкими болями в животе, выраженным лейкоцитозом. При пальпации в брюшной полости определяется инфильтрат вокруг абсцесса.

Лечение. Лапаротомия. Вскрытие абсцесса через свободную брюшную полость, которая должна быть тщательно отграничена от гнойной полости и дренирована.

Поддиафрагмальные абсцессы встречаются после аппендэктомии крайне редко (0,04%). Абсцессы бывают право- и левосторонними; передними и задними, под и над печенью.

Клиника. Жалобы на боли при вдохе в правой половине грудной клетки и верхней половине живота, лихорадка, тахикардия, ознобы, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, анемия, значительное ухудшение общего состояния (интоксикация). Реактивный плеврит на стороне поражения. Положительный симптом Крюкова – болезненность при пальпации межреберных промежутков.

Рентгенологически можно обнаружить высокое стояние диафрагмы и плеврит. УЗИ показывает жидкостную полость под диафрагмой.

Лечение. Для санации гнойника используют пункционный метод лечения с помощью направляющего датчика УЗ-сканирования и микрокатетера, проведенного через пункционную иглу в полость абсцесса.

Флегмоны забрюшинного пространства

Чаще возникают при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Клиника. Появляются ноющие боли в правой половине живота и пояснице, высокая температура, ознобы. При параколите пальпируется инфильтрат по ходу восходящей кишки, вдоль гребня подвздошной кости. При далеко зашедших случаях выявляется псоас-симптом – сгибательная контрактура правого бедра. В анализах крови лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

Лечение. Разрез для дренирования флегмоны забрюшинного пространства производят в зависимости от локализации:

- поддиафрагмальная зона – по Мельникову;

- поясничная область – люмботомия;
- правая подвздошная область – над пупартовой связкой по Пирогову.

Пилефлебит

Пилефлебит – это гнойный тромбофлебит портальной системы. Это редкое, но крайне тяжёлое осложнение, как самого заболевания, так и аппендэктомии. Воспалительный процесс начинается в венах червеобразного отростка, распространяется выше по подвздошно-ободочной и верхней брыжеечной венам на вне- и внутриорганные ветви портальной системы с образованием множественных абсцессов печени.

Клиника. Для заболевания характерно:

- периодические высокие подъемы температуры тела (гектическая лихорадка);
- потрясающие ознобы;
- проливные поты;
- адинамия;
- желтушное окрашивание склер и кожных покровов;
- боли в правом подреберье с иррадиацией в спину;
- увеличение печени;
- тахикардия до 120 в мин.

В анализах крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, прогрессирующая анемия, ускоренная СОЭ, гипербилирубинемия. Септическое общее состояние. Абсцессы печени (УЗИ, КТ).

Лечение. Пилефлебит излечивается интенсивной антибиотикотерапией. При неудалённом отростке показана аппендэктомия, некрэктомия, дренирование и санация гнойного очага в брюшной полости. Антибиотики эффективнее подавать непосредственно в портальную вену через пупочную

вену. В состав инфузата включают физиологический раствор, антикоагулянты, окислители (перекись водорода, озон, гипохлорит натрия и др.), антисептики (диоксидин, метронидазол, димексид и др.) и антибиотики.

Используемая литература:

- учеб. пособие / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; ред. С. В. Вертянкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- М. И. Кузин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
- нац. рук. : крат. изд. / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 922 с. : ил.
- нац. рук. : В 3 т. / гл. ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2. – 855-872 с. : ил. - (Национальные руководства).
- Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. – 600-630с.