**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования**

**«Красноярский Государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф.Войно-Ясенецкого»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф. Винник Юрий

Семенович Преподаватель: к.м.н., доц. Чавкунькин

Фёдор Петрович

РЕФЕРАТ

Тема: Осложнения острого аппендицита

Выполнил: ординатор 2-ого года обучения

Тазаян А.Р.

Красноярск, 2020

Оглавление

Введение.....	3
Осложнения острого аппендицита.....	5
Аппендикулярный инфильтрат.....	7
Аппендикулярный абсцесс.....	10
Аппендикулярный перитонит.....	12
Пилефлебит.....	15
Литературные источники.....	16

Введение

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Острый аппендицит одно из наиболее частых неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Диагностика острого остается затруднительной, особенно для женщин детородного возраста и пациентов старческого возраста. Задержка диагностики и лечения при остром аппендиците может явиться результатом увеличения осложнений и летальности.

Все больные острым аппендицитом и подозрением на наличие этого заболевание подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в условиях стационара, при наличии условий оказания такой помощи в круглосуточном режиме.

Предельный срок нахождения больного в приемном покое — 2 часа. Если наличие острого аппендицита не удастся исключить в течение этого времени, пациент должен быть госпитализирован в хирургический стационар. Острый аппендицит является показанием к неотложной аппендэктомии. Невозможность исключить острый аппендицит в течение 6 часов с момента поступления является основанием для применения хирургических методов уточнения диагноза (диагностическая лапароскопия, ревизия из доступа МакБурнея). Невозможность осмотреть весь отросток при лапароскопии, предпринятой в связи с подозрением на острый аппендицит, является показанием к его ревизии из доступа МакБурнея. В стационарах, располагающих возможностью применения минимально инвазивных вариантов аппендэктомии, диагностическую лапароскопию целесообразно выполнять всем больным, у которых предполагается наличие острого аппендицита (исключение распространённый аппендикулярный перитонит с проявлениями тяжелого абдоминального сепсиса или септического шока).

Осложнённое течение острого аппендицита является причиной неблагоприятных исходов данного заболевания. Осложнённое течение острого аппендицита наблюдается в 10-12 % случаев. Причины развития осложнённого аппендицита можно разделить на управляемые и неуправляемые. К управляемым причинам относят:

1. Ошибки до- и госпитального диагностического этапа, как правило, связанные с атипичным клиническим течением заболевания.
2. Нерациональная хирургическая тактика.

Осложнения острого аппендицита

В соответствии с разделением периодов развития воспаления аппендикулярного отростка, можно ожидать те или иные осложнения, несмотря на то, что деление на периоды является условным и не всегда может совпадать с индивидуальным развитием заболевания у конкретного пациента.

Ранний период (первые двое суток) характеризуется отсутствием осложнений, процесс обычно не выходит за пределы отростка, хотя могут наблюдаться деструктивные формы и даже перфорация, особенно часто у детей и стариков. В межуточном периоде (3-5 сутки) обычно возникают осложнения: перфорация отростка, местный перитонит, тромбофлебит вен брыжеечки отростка, аппендикулярный инфильтрат. В позднем периоде (после 5 суток) наблюдаются: разлитой перитонит, аппендикулярные абсцессы (вследствие абсцедирования инфильтрата или в результате отграничения после перитонита), тромбофлебит воротной вены – пилефлебит, абсцессы печени, сепсис.

Осложнения острого аппендицита классифицируются по Колесову:

Осложнения дооперационного периода:

- Аппендикулярный инфильтрат
- Абсцедированный аппендикулярный инфильтрат
- Периаппендикулярный абсцесс
- Перитонит (местный, диффузный, разлитой)
- Перитонеальный (абдоминальный) сепсис

Осложнения послеоперационного периода

Осложнения со стороны операционной раны:

- Инфильтрат передней операционной раны
- Нагноение раны
- Кровотечение из раны брюшной стенки
- Гематома в ране
- Расхождение краев раны (с эвентерацией, без эвентерации)

– Лигатурные свищи

– Послеоперационные грыжи

Осложнения в брюшной полости:

– Внутривнутрибрюшное кровотечение, нагноившаяся гематома в области аппендэктомии, нагноившаяся гематома в дугласовом пространстве

– Инфильтраты и абсцессы в илеоцекальной области, прикультевой абсцесс

– Межбрышечные инфильтраты и абсцессы, инфильтраты и абсцессы полости малого таза

– ОКН (динамическая, механическая, ранняя спаечная КН)

– Кишечные свищи

– Прогрессирующий перитонит

Общие осложнения после аппендэктомии:

– Тромбофлебиты и тромбозы нижних конечностей

– Тромбоэмболия легочной артерии

– Тромбозы и эмболии

– Пилефлебит, сепсис

Аппендикулярный инфильтрат

Под аппендикулярным инфильтратом понимают формирование вокруг воспаленного червеобразного отростка конгломерата из большого сальника, тонкой и слепой кишки, париетальной брюшины. В целом, формирование инфильтрата носит целесообразный для организма характер, так как только в случае полного отграничения отростка от свободной брюшной полости может наступить самопроизвольное выздоровление при деструктивном аппендиците. Аппендикулярный инфильтрат осложняет течение острого аппендицита в 3-5 % случаев. Тактика при этом осложнении зависит от следующих особенностей, представленных в классификации. Аппендикулярный инфильтрат классифицируют по следующим критериям:

По отграничению отростка от свободной брюшной полости:

А. Полный - в этом случае отросток полностью отграничен от свободной брюшной полости, риск развития распространенного перитонита минимален.

Б. Неполный - в этой ситуации часть деструктивно измененного отростка находится в свободной брюшной полости. Эта форма инфильтрата потенциально опасна перфорацией отростка в свободную брюшную полость и развитием распространенного перитонита.

По клиническому течению.

Этот классификационный признак применим в случае динамического наблюдения за пациентом с полным аппендикулярным инфильтратом, госпитализированным для медикаментозного лечения. Эффект от медикаментозного лечения оценивается в динамике. При этом возможны два варианта развития инфильтрата:

А. Прогрессирующий - воспалительный процесс распространяется на окружающие органы и ткани, либо наступает абсцедирование инфильтрата. Это свидетельствует о неэффективности медикаментозной терапии и требует применения хирургических технологий.

Б. Регрессирующий - на фоне медикаментозного воспаления купируются проявления воспалительного синдрома, инфильтрат уменьшается в размерах. В этом случае медикаментозное лечение эффективно, неотложное оперативное лечение не

требуется. В исходе регрессирующего инфильтрата формируется хронический резидуальный аппендицит.

По характеру инфильтрата:

Этот критерий оценивается интраоперационно. При ревизии инфильтрата, выявленного при лапаротомии важно оценить возможность его разделения без травматизации органов, входящих в его состав. При интраоперационной ревизии инфильтрат подразделяют на:

А. Рыхлый - разделение инфильтрата тупым путем без травматизации органов, входящих в его состав, возможно, аппендэктомия технически выполнима.

Б. Плотный - в этом случае воспалительный инфильтрат невозможно разделить тупым путем. В случае «острого» разделения инфильтрата имеется риск перфорации входящей в инфильтрат тонкой или слепой кишки. В этом случае разделение инфильтрата категорически противопоказано.

Клинике аппендикулярного инфильтрата всегда предшествуют проявления деструктивного аппендицита, которые могут укладываться как в типичный, так и атипичные варианты проявления этого заболевания. Как правило, клиническая картина аппендикулярного инфильтрата развивается, на 3-5 сутки заболевания, и включает в себя болевой, диспепсический и интоксикационный синдромы. Для аппендикулярного инфильтрата характерно снижение интенсивности болевого синдрома на 3-5 сутки. При этом полного купирования боли не наступает. Проявления желудочной диспепсии для аппендикулярного инфильтрата нехарактерны. Возможны симптомы кишечной диспепсии в виде умеренного пареза ободочной кишки (умеренное вздутие живота, метеоризм, задержка стула). Интоксикационный синдром в случае развития аппендикулярного инфильтрата, как правило, выходит на первый план. У больного сохраняются слабость, общее недомогание, субфебрилитет, сухость во рту. Фебрильной лихорадки гектического типа, характерной для интраабдоминальных абсцессов, при инфильтрате не бывает.

При сборе анамнеза необходимо акцентировать внимание на первичном симптомокомплексе (симптом Кохера-Волковича, другие характеристики, характерные для острого аппендицита), предшествовавшем клиническим проявлениям инфильтрата за 3-5 суток. Задачей первичного объективного обследования является дифференциация полного и неполного инфильтрата. При полном аппендикулярном инфильтрате

самочувствие больных улучшается. Общее состояние больных расценивается как удовлетворительное. Как правило, имеется субфебрильная температура, умеренная тахикардия. При осмотре полости рта фиксируют внимание на обложенном суховатом языке. При осмотре живота можно отметить его незначительное симметричное вздутие, при этом обе половины брюшной стенки симметрично участвуют в дыхании. При поверхностной пальпации для полного аппендикулярного инфильтрата характерно отсутствие мышечного напряжения, а также специфических аппендикулярных и перитонеальных симптомов. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное, малоболезненное и малоподвижное опухолевидное образование. При ректальном исследовании в ряде случаев возможно достичь нижний полюс инфильтрата, представляющего собой плотное образование без признаков флюктуации. Для неполного аппендикулярного инфильтрата характерны проявления неотграниченного перитонита. Как правило, в большей степени страдает общее состояние пациента, расцениваемое как средне тяжёлое. При осмотре живота, помимо признаков пареза кишечника, выявляется ограничение в дыхании правой подвздошной области. При пальпации отмечают наличие мышечного напряжения и болезненности, не совпадающих с локализацией собственно инфильтрата.

Наличие инфильтрата является единственным противопоказанием к операции (до тех пор пока он не абсцедировал), так как попытка выделения отростка из конгломерата припаявшихся к нему органов влечет опасность повреждения кишечника, брыжейки, сальника, что чревато тяжелыми осложнениями. Однако, установленный диагноз неполного аппендикулярного инфильтрата является абсолютным показанием к экстренному хирургическому вмешательству.

Лечение инфильтрата проводится в стационаре и должно быть консервативным. Оно включает в себя: холод местно, антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, протеолитические ферменты. Инфильтрат рассасывается в 85% случаев, обычно это происходит в сроки от 7-19 дней до 1,5 месяцев. Медленное рассасывание инфильтратов подозрительно на наличие опухоли. Перед выпиской обязательно производится ирригоскопия для исключения опухоли слепой кишки. После исчезновения всех клинических признаков больной выписывается с обязательным указанием о необходимости операции - аппендэктомии через 2-2.5 месяца после рассасывания инфильтрата. Если инфильтрат не был диагностирован до операции и явился находкой на операционном столе, удалять отросток нецелесообразно - операция заканчивается введением дренажа и антибиотиков в брюшную полость.

Аппендикулярный абсцесс

Абсцессы брюшной полости развиваются в результате осумкования инфицированного выпота и могут быть следствием как прогрессирования деструктивного аппендицита, так и следствием послеоперационных осложнений (гематомы, неполноценная санация брюшной полости, несостоятельность культи червеобразного отростка.)

По локализации различают: илеоцекальный (парааппендикулярный), тазовый (абсцесс дугласова пространства), подпеченочный, поддиафрагмальный, межкишечный. Все они подлежат операции – вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии. Общие признаки абсцедирования: ухудшение общего состояния, повышение температуры тела и ее гектический характер, иногда с ознобами, нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации.

Илеоцекальный абсцесс развивается в большинстве случаев при не удаленном отростке в результате абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Признаками абсцедирования, помимо общих явлений, является увеличение в размерах инфильтрата или отсутствие уменьшения его. Вскрывается под кратковременным наркозом внебрюшинно разрезом Пирогова: снаружи от точки Мак-Бурнея почти у гребня подвздошной кости, в полость абсцесса входят со стороны боковой стенки, полость осушают, обследуют пальцем и дренируют. Рана заживает вторичным натяжением. Отросток удаляют спустя 2-3 месяца.

Тазовый абсцесс помимо общих явлений характеризуется учащенным жидким стулом со слизью, тенезмами, зиянием ануса или учащением мочеиспускания, иногда с режями (из-за вовлечения в процесс околопрямокишечной или околопузырной клетчатки). Характерна разница в температуре между подмышечной впадиной и ректальной 1-1,5 (при 0,2-0,5 в норме), Необходимо ежедневное ректальное или вагинальное исследование, при котором вначале определяется нависание сводов и плотный инфильтрат, затем размягчение, зыбление. Лечение. Обезболивание общее. Положение на столе как на гинекологическом кресле. Прямая кишка или влагалище раскрываются зеркалами, пальцем определяется участок размягчения – на передней стенке кишки или заднем своде влагалища. Здесь производится пункция толстой иглой и при получении гноя, не вынимая иглы, абсцесс вскрывается по игле небольшим разрезом, который тупо расширяется, после чего полость промывается и дренируется. Дренаж подшивается к коже ануса или малой половой губе.

Подпеченочный абсцесс – вскрывается в области правого подреберья, имеющийся инфильтрат предварительно отгораживают от брюшной полости салфетками, после чего вскрывают и дренируют.

Поддиафрагмальный абсцесс – скопление гноя между правым куполом диафрагмы и печенью. Инфекция сюда попадает по лимфатическим путям забрюшинного пространства. Наиболее тяжелая форма абсцессов, летальность при которой достигает 30-40%. Клиника: одышка, боли при дыхании в правой половине грудной клетки, сухой кашель (симптом Троянова). При осмотре определяется отставание правой половины грудной клетки в дыхании, болезненность при поколачивании; при перкуссии – высокое стояние верхней границы печени и опускание нижней границы, печень становится доступной пальпации, взбухание межреберных промежутков. Общее состояние тяжелое, высокая температура с ознобами, потами, иногда иктеричность кожных покровов. При рентгеноскопии – высокое стояние и ограничение в подвижности правого купола диафрагмы, выпот в синусе. При формировании абсцесса горизонтальный уровень жидкости с газовым пузырем (за счет наличия газообразующих форм флоры). Лечение – хирургическое. Доступ затруднителен, ввиду опасности инфицирования плевры или брюшной полости. Внеплевральный доступ (по Мельникову) – по ходу одиннадцатого ребра с резекцией его, рассекается задний листок надкостницы, отыскивается переходная складка плевры (синус), который тупо отслаивается от верхней поверхности диафрагмы кверху, рассекается диафрагма и вскрывается гнойник, который дренируется. Внебрюшинный (по Клермону) – по краю реберной дуги через все слои доходят до поперечной фасции, которая вместе с брюшиной отслаивается от нижней поверхности диафрагмы, после чего гнойник вскрывается. Оба эти способа опасны возможностью инфицирования плевры или брюшной полости из-за наличия инфильтрата и спаек, затрудняющих выделение. Трансабдоминальный – вскрытие брюшной полости в правом подреберье, отграничение ее салфетками с последующим проникновением в полость абсцесса по наружному краю печени. Трансторакальный – через грудную стенку в области 10-11 межреберья или с резекцией 10-11 ребра

Аппендикулярный перитонит

Установленный диагноз перитонита является абсолютным показанием к операции. В случае тяжёлого состояния пациента возможно проведение предоперационной подготовки, её длительность не должна превышать двух часов. Перитонит имеет свою классификацию:

Местный:

А. Ограниченный (воспалительный инфильтрат, абсцесс);

Б. Неограниченный (ограничивающих сращений нет, но процесс локализуется только в одном из карманов брюшины).

Распространенный:

А. Диффузный (брюшина поражена на значительном протяжении, но процесс охватывает менее двух этажей брюшной полости);

Б. Разлитой (поражена целиком брюшина, более двух этажей брюшной полости);

В. Общий (тотальное воспаление всего серозного покрова органов и стенок брюшной полости).

В клинической картине перитонита самым постоянным является симптом боли. В отличие от резко выраженной боли при перфорации отростка боль при послеоперационном перитоните на первых порах не столь интенсивна, но отличается постоянством и склонностью к постепенному нарастанию. Начавшись в правой подвздошной области, она с течением времени переходит на весь низ живота и другие участки брюшной полости. Боль, которая держится в животе дольше вторых-третьих суток после операции, всегда должна настораживать хирурга. Самостоятельность этих болей, усиление их даже при легком надавливании на брюшную стенку и, наконец, их непрерывность — вот те три признака, которыми по Нотнагелю (Nothnagel) отличается боль при перитоните. Некоторые больные жалуются не на боль, а на чувство распирания живота. Только в очень тяжелых случаях септического перитонита при резко выраженной интоксикации боли могут отсутствовать. Почти всегда встречаются рвота, тошнота и реже отрыжка. Рвоты имеют характер многократных, упорных, не приносящих облегчения больному. При разлитом воспалении брюшины нередко наблюдается мучительная икота. Функция кишечника сильно страдает. Вначале после очистительной клизмы бывает стул,

но в дальнейшем наступает паралич кишечника, прекращается отхождение газов и кала. Падает суточный диурез. Изменение его может служить простым и общедоступным показателем течения перитонита.

Цель операции - устранение источника перитонита или отграничение очага от свободной брюшной полости.

При местном перитоните адекватным доступом является разрез над источником перитонита (лапаротомия при Волковичу-Дьяконову при местном перитоните аппендикулярного генеза). При вскрытии внутрибрюшных гнойников следует стремиться к внебрюшинному доступу, чтобы предотвратить контаминацию брюшной полости содержимым абсцесса. Распространенные формы перитонита для обеспечения адекватной ревизии и санации брюшной полости требуют выполнения широкой, как правило, срединной лапаротомии.

Определяется источник перитонита, оценивается распространенность поражения брюшины и характер выпота, устанавливается адекватность выбранного доступа.

При местном и диффузном перитоните инфицированный выпот и свободно лежащий фибрин удаляются путём аспирации или с помощью влажных салфеток и шариками. Насильственное удаление наложений фибрина нецелесообразно, так как ведет к травматизации брюшины и стенки кишечника, что чревато развитием кровотечения и перфорацией кишки. Применение промывания брюшной полости при местном и диффузном перитоните недопустимо, так как приводит к распространению инфицированного экссудата на интактные отделы брюшной полости. При разлитом и тотальном перитоните для эвакуации токсичного выпота используется перитонеальный лаваж. Для этой цели используют не менее 10 литров растворов. Принципиального значения качественный состав растворов не имеет, так как задача перитонеального лаважа состоит в механическом удалении экссудата и фибрина. Рекомендуют применять препараты, которые можно вводить внутривенно, так как это позволяет избежать интоксикации, вызванной всасыванием антисептиков в кровь. С этой же целью рекомендуемая температура растворов должна быть близка к температуре тела. Добавление к растворам антибактериальных средств нецелесообразно. Критерием завершения перитонеального лаважа служит появление чистой оттекающей жидкости.

Дренирование брюшной полости применяется для удаления оставшегося выпота, контроля за состоятельностью анастомозов и для выполнения перитонеального лаважа в

послеоперационном периоде. Область первичного очага, а также отлогие места брюшной полости (малый таз, поддиафрагмальные и подпеченочное пространства) дренируют хлорвиниловыми или резиновыми трубками, которые выводят наружу кратчайшим путём. Для предотвращения пролежня кишки дренаж располагается в удалении от неё. Виды дренирования:

- Пассивное. Экссудат оттекает из брюшной полости под действием силы тяжести.
- Активное. Дренажная трубка соединена с устройством, создающим в системе отрицательное давление.
- Дренирование с целью проведения перитонеального лаважа в послеоперационном периоде.

Использование с дренажной целью резиново-марлевых тампонов нецелесообразно, так как тампон способен впитывать в себя экссудат не более 2-3, часов, в последующем становясь дополнительным источником инфекции.

Установлено, что дренаж всей брюшной полости ни физически, ни физиологически невозможен, так как вследствие быстро развивающегося слипчивого процесса, дренаж оказывается расположенным «экстратерриториально» по отношению к брюшной полости. В связи с этим пребывание дренажной трубки в брюшной полости более 3 суток нецелесообразно.

Пилефлебит.

Относительно редким, но крайне тяжелым осложнением острого аппендицита является гнойный тромбофлебит портальной системы - пилефлебит. Это осложнение в большинстве случаев возникает после аппендэктомии по поводу острого аппендицита; иногда оно наблюдается при остром аппендиците и до операции. Инфекционный воспалительный процесс начинается в венах червеобразного отростка и затем по верхней брыжеечной вене переходит на воротную вену и вены печени; в последней образуются множественные гнойники. Абсцессы печени могут образоваться и в результате заноса инфекционных эмболов по системе воротной вены в печень.

Пилефлебит может развиваться в ближайшие дни или через несколько недель после операции.

Клиническая картина пилефлебита характеризуется следующими симптомами, общее состояние больного тяжелое, резко выраженная слабость, лицо больного бледное, с желтушной окраской, боли в правой половине живота, в правом подреберье, иррадиирующие в спину и правое плечо, потрясающие ознобы, высокая температура (39-40°), часто с большими колебаниями, пульс частый (100-120 в 1 минуту), слабого наполнения; частое, затрудненное дыхание; живот мягкий, почти безболезненный, не вздут, печень увеличена, болезненна. При пальпации и перкуссии области печени боли усиливаются. При образовании абсцессов в правой доле печени может развиваться контактный правосторонний плеврит. При абсцессах в левой доле печени может определяться припухлость в подложечной области.

В крови определяют лейкоцитоз до 20-30 тысяч с нейтрофилией и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, количество гемоглобина и эритроцитов прогрессивно снижается. В моче появляются, хотя и не всегда, желчные пигменты.

При рентгеноскопическом исследовании определяется высокое стояние диафрагмы, ограничение ее подвижности и увеличение тени печени.

Лечение больных пилефлебитом состоит в применении оперативного вмешательства в сочетании с антибиотиками. Оперативное вмешательство при пилефлебите заключается в перевязке вены выше места тромбоза и вскрытии гнойников в печени.

Литературные источники

Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит Медпрактика-М, 2002. - 244 с.

Савельев В.С., Хирургические болезни. В 2 т. Том : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.

Совцов С.А., Летопись частной хирургии Часть 1: Аппендицит Монография. – Челябинск, – 2016. – 199с.