

ЛЕКЦИЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ. АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.



КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

©, БГМУ, 2007-2016



ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Поздняя госпитализация в связи с поздним обращением больного за медицинской помощью или диагностическими ошибками на догоспитальном этапе.
- Неблагоприятный соматический фон пациента (сопутствующие заболевания, старческий или детский возраст и др.), иммуносупрессия, беременность.
- Технические (операционные другие) ошибки.



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА (ПО Ю.И. ДАТХАЕВУ, 1987)

До операции

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Аппендикулярный абсцесс.
3. Перфоративный аппендицит с развитием перитонита.

Во время операции

4. Кровотечение.
5. Повреждение кишечника.
6. Оставление части отростка.



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА (ПО Ю.И. ДАТХАЕВУ, 1987)

После операции

А. Ранние (4-10 дней)

7. Нагноение раны.
8. Воспалительный инфильтрат раны.
9. Гематомы (серомы – нет в классификации).
10. Продолжение дооперационного перитонита.
11. Послеоперационный перитонит.
12. Межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный абсцессы.
(забрюшинные - нет)
13. Внутреннее кровотечение (сосуды брыжейки отростка или
рассеченных спаек и с передней брюшной стенки).
14. Динамическая кишечная непроходимость.
15. Кишечный свищ.
16. Тромбофлебит воротной и забрюшинных вен
(септический – пилефлебит).



Местные осложнения

- Гематомы возникают в первые дни после операции, наблюдаются боль и припухлость в области шва. Лечение - опорожнение гематомы.
- Нагноение раны - наиболее частое осложнение (1-6%). Лечение - снятие швов, разведение краев раны, повязки с антибактериальными средствами и ферментами, иммунотерапия в соответствии с фазами раневого процесса.
- Воспалительные инфильтраты. Лечение - антибактериальная терапия, физиотерапевтические процедуры (кварц, электрофорез, УВЧ)



Внутрибрюшные кровотечения и гематомы (0,03-0,2%) из-за технических погрешностей в ходе операции, при недостаточном или неправильном лигировании культи аппендикулярной артерии, соскальзывании лигатуры после уменьшения отека тканей, нарушения системы гемостаза у больных с гемофилией, тромбоцитопениями. Профилактика - надежный гемостаз, прошивание, а не завязывание брыжейки. Реже капиллярные кровотечения с формированием внутрибрюшных гематом с последующим развитием перитонита. Клиника - симптомы острой анемии. Трудности диагностики - медленное нарастание кровотечения, проявляющегося картиной вялотекущего перитонита. Притупление перкуторного звука, симптомы раздражения брюшины. Ранняя ре-лапаротомия(лапароскопия) выполняются тотчас после установления диагноза. Операция - удаление сгустков, санация брюшной полости, окончательный гемостаз – прошивание, коагуляция сосуда.



Ранняя спаечная кишечная непроходимость (0,9-4,2%). Чаще у оперированных по поводу деструктивных форм (86,3%). При гангренозном аппендиците или удаления отростка из инфильтрата у 13%. Связана с резкими перегибами петель тонкой кишки спайками и образованными в результате перитонита плотными тяжами и сращениями ОБП, чаще, где имелось повреждения серозной оболочки, длительное нахождение дренажных трубок. Клиника и тактика ведения рассмотрена в лекции по ОКН. Вначале непроходимость клинически принимается за парез кишечника, протекает по типу частичной, поэтому проводимая консервативная терапия дает положительный эффект, что усыпляет бдительность врача. Если консервативные мероприятия не эффективны, то повторная операция.

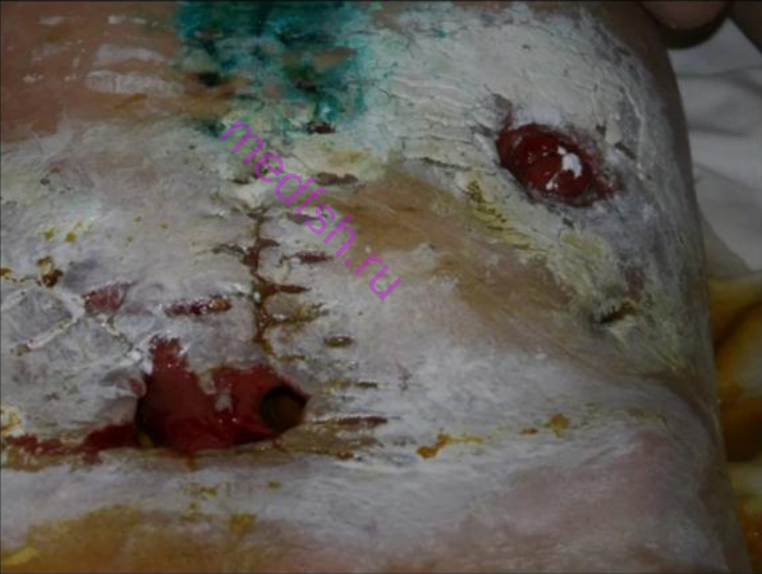


- **Кишечные свищи** – образование патологического сообщения (fistula) между просветом кишки с внешней средой (наружный) или с другим полым органом или анатомической полостью (внутренний).
- После аппендэктомии свищи возникают в 0,14-5%, чаще у оперированных по поводу деструктивных форм, при возникновении гнойно-воспалительных осложнений: перитонит, абсцесс брюшной полости, несостоятельность кишечных швов, эвентрация, спаечная кишечная непроходимость, нагноение послеоперационной раны.
- Ятрогенная причина - длительное нахождение в брюшной полости дренажной трубки или марлевого тампона – образуется пролежень с характерным воспалением кишки. При повреждении кишки. Искусственные, сформированные по медицинским показаниям свищи, называются стомами. Возникновение свища у больных обуславливает тяжелую клиническую картину и высокий уровень летальности (до 30%).
- По времени возникновения - приобретенные, врожденные.
- Полные свищи, когда все кишечное содержимое дренируется из кишки и неполные.
- По виду свища - сформированные и несформированные. К первой группе относят губовидные, при которых выходное отверстие свища представлено кишечной стенкой и трубчатые – наиболее благоприятные для закрытия - между кишкой и окончанием свища имеется ход, представленный окружающими тканями. Несформированные свищи представляют серьезную сложность в лечении и могут открываться в рану, дном которой являются ткани брюшной стенки, на эвентрированные петли кишечника, в брюшную полость. При этом могут возникать другие гнойно-воспалительные осложнения, в зависимости от локализации затеков – абсцессы, флегмоны брюшной полости, брюшной стенки.



- По уровню высокие (тощей кишки), низкие (подвздошные и толстокишечные) и смешанные свищи. Чем выше свищ, тем более выражены потери энергетических ресурсов, жидкости, электролитов и кишечных соков, что является причиной летальных исходов при декомпенсации водно-электролитного баланса, кахексии и развитии полиорганной недостаточности.
- Обычно кишечные свищи образуются через 1-2 недели после операции, но иногда и позже. Клинически - появление на повязке кишечного содержимого. Для диагностики - проба с красителем - пер os раствор метиленовой сини и обнаруживается в операционной ране. Рr исследование с контрастным веществом, которое вводится при высоких свищах через рот, а при низких – через прямую кишку. При тонкокишечных свищах отмечается раздражение кожи (мацерация) высокоактивным панкреатическим соком в виде покраснения и воспаления (дерматит).
- Трубчатые свищи в основном закрываются самостоятельно в течение 1-1,5 месяцев. Проводят коррекцию потери водно-электролитных потерь, парентеральное и энтеральное (через зонд, проводимый ниже свища) питание, обработка кожи нейтрализующими раздражение мазями. Губовидные и несформированные свищи требуют оперативного лечения. Применяются внебрюшинное закрытие свищей (в основном при неполных свищах), при невозможности данного способа – лапаротомия с резекцией кишки, несущей свищ. Необходимо отметить, что данная операция является технически сложной, часто проводится в условиях выраженного спаечного процесса между петлями кишок, поэтому разделение петель кишки в условиях воспаленной кишечной стенки может привести к повреждению серозной оболочки кишки с последующим повторным формированием свищей в других отделах кишечника.





аппендикулярный инфильтрат (1-3%)

конгломерат рыхло спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка.

В образовании его принимает участие париетальная брюшина, большой сальник, слепая кишка и петли тонкого кишечника. Инфильтрат является следствием защитной реакции со стороны брюшинных образований, участвующих в отграничении воспалительного процесса в брюшной полости, препятствуют развитию перитонита.

Аппендикулярный инфильтрат чаще всего развивается при флегмонозно-измененном червеобразном отростке, однако иногда в центре конгломерата находится отросток, подвергшийся полной деструкции.



классификация

1. Рыхлый АИ без признаков разлитого перитонита.
 2. Рыхлый АИ с признаками разлитого перитонита.
 3. Плотный АИ без признаков разлитого перитонита
 4. Плотный АИ с признаками разлитого перитонита.
 5. Периаппендикулярный абсцесс.
-
1. Формирующийся (рыхлый) инфильтрат – 3-4 сутки;
 2. Сформированный (плотный) инфильтрат – с 5 суток.



Клиника

- Давность заболевания - 3-5 дней от начала заболевания.
- Самочувствие больных улучшается
- Стихание болей в животе
- температура остается субфебрильной, постепенно нормализуется;
- В правой подвздошной области, пальпируется плотное, малоболезненное и малоподвижное опухолевидное образование
- Размеры инфильтрата могут быть различными, иногда он занимает всю правую подвздошную область;
- Могут быть положительными локальные симптомы, а перитонеальные симптомы – отрицательные;
- Лейкоцитоз умеренный со сдвигом влево;



Лечение

- постельный режим, холод на правую подвздошную область, легкоусвояемая диета,
- антибиотики (парентерально и местно через микроирригатор в брюшную полость после лапароскопии, с суточной дозой антибиотика)
- новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову.
- наблюдение за состоянием брюшной полости, характером температурной кривой и динамикой лейкоцитоза, периодически выполняют ультразвуковое исследование.
- После стихания болей и нормализации температуры для ускорения процесса рассасывания инфильтрата назначают УВЧ, УФО, тепловые процедуры.
- Если аппендикулярный инфильтрат рассасывается, то больным во избежание рецидива острого аппендицита рекомендуют обязательную плановую аппендэктомию через 3-4 месяца после выписки.
- При этом необходимо исключить урологическую, гинекологическую патологию, опухоль толстой кишки.



Исход аппендикулярного инфильтрата -

- полное рассасывание;
- абсцедирование.

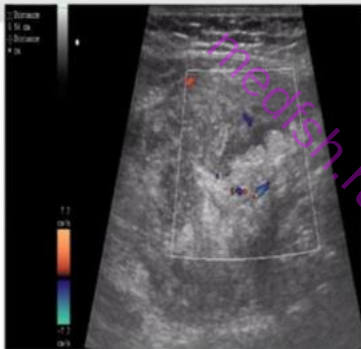
тактика лечения-консервативно-выжидательная.

Операция противопоказана при спокойном течении когда при динамическом наблюдении установлена явная тенденция к рассасыванию аппендикулярного инфильтрата.

Если диагноз устанавливается на операционном столе при рыхлом инфильтрате возможно выделение червеобразного отростка из инфильтрата тупым путем, при плотном это чревато повреждением полого органа .



УЗИ диагностика



Аппендикулярный инфильтрат



Аппендикулярный абсцесс



Частота рецидивирующего аппендицита после АИ и ААбсцесса

Авторы	Сроки наблюдения	% рецидивов
Marya SK, Garg P, Singh M et al., 1993	2,5 мес	15
Hoffman J, Rolff M et al., 1991	3 мес	7,1
Алиев СА, 1997	Более года	10,3
Eryilmaz R, Sahin M, Savas MR, 2004	30 мес	12
Kumar S, Jain S, 2004	52 мес	10
Willemsen PJ, Hoorntje LE et al., 2002	6 мес	3
Lasson A, Lundagargs J et al., 2002	12 мес	16
Hung-Wen Lai et al., 2005	60 мес	25
Ein SH, Shandling B, 1996	13 лет	10



Алгоритм развития неоперированного аппендицита



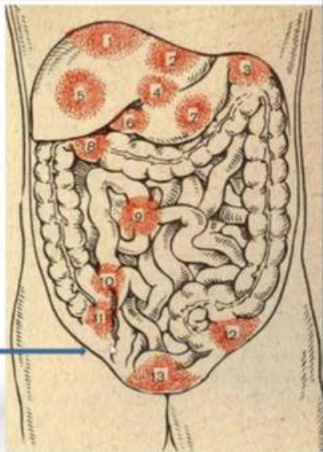
Лечение аппендикулярного абсцесса

- Неотложное оперативное лечение
- вскрытие под общим обезболиванием разрезом по Волковичу-Дьяконову
- разделение петель и сальника тупым путем до появления гноя.
- выделение полости, эвакуация гноя (бактериальное исследование и чувствительность к антибиотикам), промывание раствором антисептика, дренирование перчаточными марлевыми тампонами и трубчатым дренажем.
- при латеральных и ретроцекальных локализациях гнойник вскрывают внебрюшинным доступом Пирогова (латеральное разреза Волковича-Дьяконова) - брюшину тупо отодвигают кнутри вместе с инфильтратом. Над очагом флюктуации вскрывают гнойник.
- При вскрытии абсцесса не следует стремиться к аппендэктомии. При технических условиях выполняется аппендэктомия.
- В послеоперационном периоде больным проводится массивная дезинтоксикационная и рациональная антибактериальная терапия, перевязки с антисептическими мазями .



Абсцессы брюшной полости

- Универсальное осложнение - после любого вмешательства, в т.ч. аппендэктомии;
- Возникают вследствие:
 1. неадекватной санации, нерационального дренирования брюшной полости во время первичной операции;
 2. нагноения гематом вследствие неадекватного гемостаза;
 3. несостоятельности швов в области культи червеобразного отростка, анастомозов, повреждения полых органов.
 4. высокой вирулентности инфекции и сниженной реактивности организма.
- Типичные локализации:
 - тазовый (Дугласова пространства);
 - подвздошных ямок;
 - межпетельный;
 - подпеченочный;
 - поддиафрагмальный.



Диагностика абсцесса брюшной полости

- УЗИ – метод выбора;
- КТ – метод выбора;
- Обзорная рентгенография (для поддиафрагмальных абсцессов);
- PR! (для Дугласа);
- лейкоциты с формулой.



Лечение - хирургическое

- Лапаротомия;
- Лапароскопия;
- Пункционное дренирование под контролем УЗИ ;
- Тазовый абсцесс – трансвагинально или трансректально;
- Поддиафрагмальный абсцесс – метод Клермона; трансторакальные доступы (чресплевральный, внеплевральный) – анахронизм.



Пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ

- Особенности:
 1. Эффективность метода составляет 60-70%;
 2. При отсутствии в течение 2 суток после пункции положительной динамики лапаротомия; →
 3. Определенный риск повреждения внутренних органов.



Пункционное
дренирование
абсцесса под
контролем УЗИ



Локальная клиника абсцесса брюшной полости

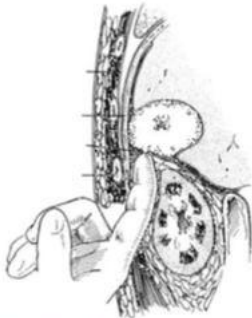
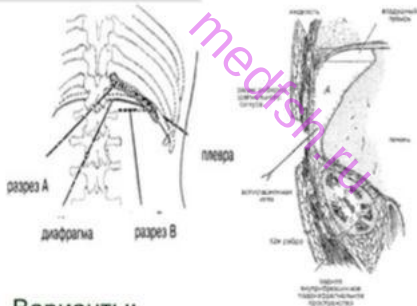
ТАЗОВЫЙ АБСЦЕСС

Абсцесс Дугласова пространства:

1. Боль над лоном с иррадиацией в промежность;
2. Дизурия (раздражение мочевого пузыря);
3. Тенезмы (раздражение прямой кишки).



Трансторакальные методики



Варианты:

1. Чресплевральный доступ одномоментный и двухмоментный (VIII-IX ребро);
2. Внеплевральный доступ (X-XI ребро).

Применимы при задних абсцессах.



Пилефлебит (септический тромбофлебит воротной и брыжеечной вены)

- самое редкое и тяжелое осложнение ОА.
- впервые диагноз при жизни был поставлен С.П.Боткиным. Н.Н.Бурденко собрал по литературным источникам свыше 100 наблюдений пилефлебита.
- Достоверные случаи излечения пилефлебита в настоящее время неизвестны.
- Теоретически возможно допустить, что больного можно спасти, если достаточно рано перевязать подвздошно-ободочные вены или, что более правильно, произвести резекцию илеоцекального угла в пределах здоровых тканей.
- Причина возникновения - гангренозный аппендицит, при котором некротический процесс переходит на брыжеечку червеобразного отростка и ее вены. Далее процесс принимает восходящий характер, быстро переходит на брыжеечные вены илеоцекального угла, достигает воротной вены, печеночных вен и ретроградно на селезеночную и другие брыжеечные вены.
- симптомы - повторные потрясающие ознобы, бурно развивающаяся картина системной воспалительной реакции, гектическая температура, пульс частый слабый, дыхание затруднено, живот мягкий, иногда вздут, Печень почти всегда увеличена, желтуха через 5-6 дней, развивается печеночно-почечная недостаточность и больные погибают.
- массивная антибактериальная терапия придает клинике затяжной характер.
- Исходя из сказанного, при гангренозном аппендиците, если в брыжейке отростка есть признаки начинающегося пилефлебита (серонекротический вид брыжеечки отростка, тусклая сероза, сквозь которую просвечивают зеленоватые тромбированные вены), то необходимо удалять всю брыжейку вплоть до ее корня, позади конечного отдела подвздошной кишки.

