

Острый аппендицит

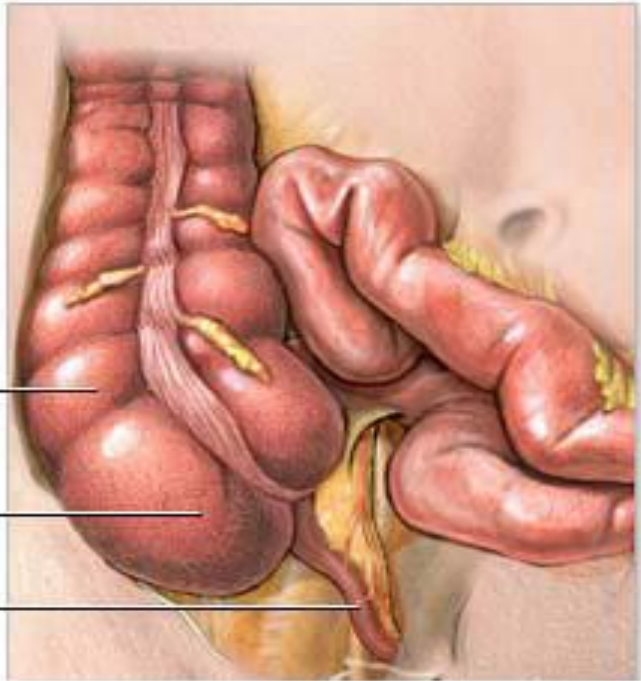
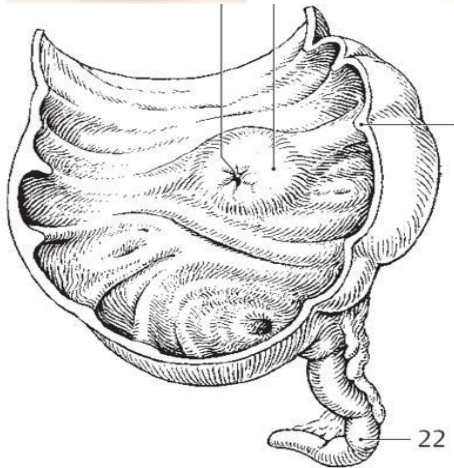


Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки

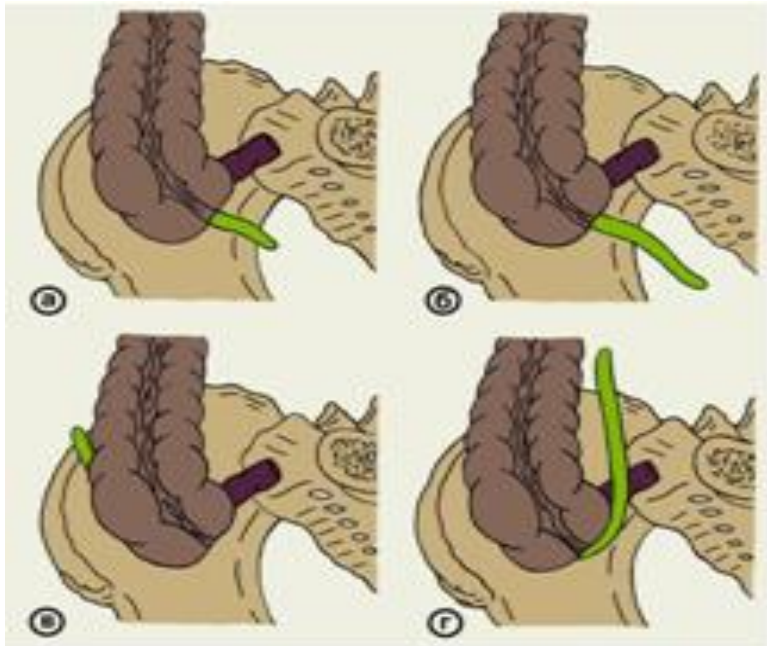
Актуальность проблемы:

- Первое место среди экстренной хирургической патологии органов брюшной полости.
 - Заболеваемость – 4—5 случаев на 1000 человек в год.
 - В течение своей жизни 6% жителей планеты переносят острый аппендицит.
 - Летальность – 0,1% (1 человек из 1000 заболевших).
 - Проявляется в любом возрасте, однако чаще в возрасте 10—30 лет, болеют и мужчины, и женщины.
 - Острый аппендицит — наиболее частая причина развития разлитого перитонита.
-

Анатомия



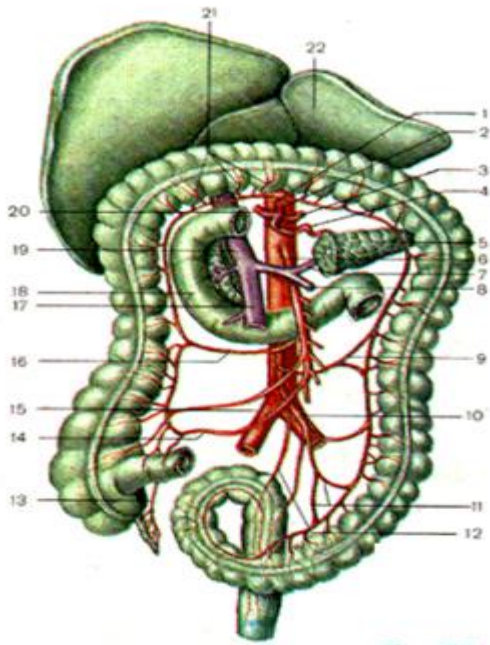
Варианты расположения отростка



- А – типичное (antecolica);
- Б – тазовое;
- В – ретроцекальное, ретроперитонеальное;
- Г – мезоцекальное (медиальное)

■ **NB!** От локализации отростка зависит клиника заболевания → аппендицит – «обезьяна» всех болезней

Кровоснабжение аппендикса



NB! Венозный отток:

v. appendicularis



v. ileocolica



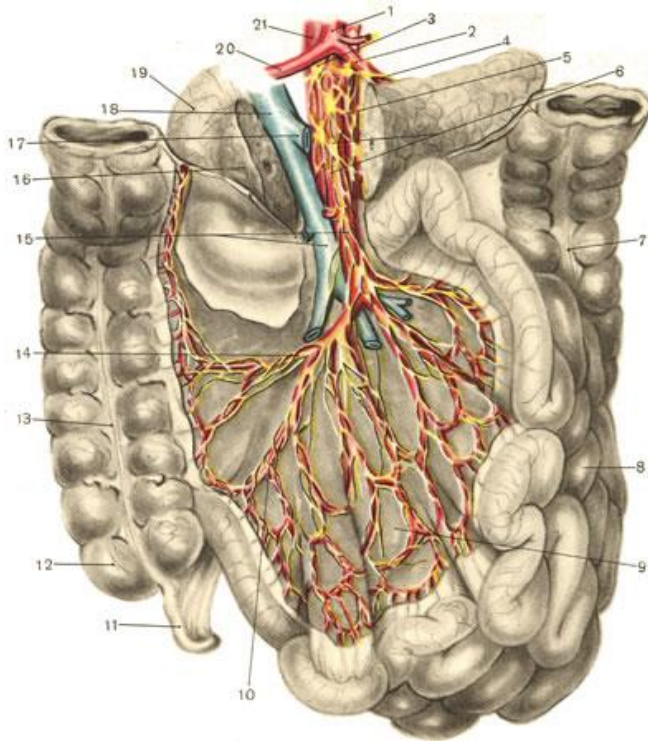
v. mesenterica superior



v. portae

Портальный путь распространения инфекции – **пилефлебит** (смертельное осложнение аппендицита)

Иннервация аппендикса



- симпатическая иннервация – чревное и верхне-брыжеечное сплетения
- парасимпатическая иннервация - волокна блуждающих нервов.
- **NB!** Ноцицептивная (болевая) афферентная импульсация идет по симпатическим волокнам
- **NB!** Чревное сплетение – серверная станция симпатической иннервации брюшной полости – частое начало заболевания с болей в эпигастрии

Классификация – отражает степень развития деструктивных изменений в отростке

I. Острый аппендицит

1. Острый простой (катаральный) аппендицит.

2. Острый деструктивный аппендицит:

- Флегмонозный;
- Гангренозный;
- Гангренозно-перфоративный.

3. Осложнения острого аппендицита:

- Перитонит - местный, распространенный;
- Аппендикулярный инфильтрат;
- Аппендикулярный абсцесс;
- Пилефлебит;

II. **Хронический аппендицит** – только исход перенесенного неоперированного острого аппендицита.

Этиология и патогенез

- 1. **Механическая причина** - обтурация просвета аппендикса (копролит, перегибы, инородные тела)

↓
гипертензия в просвете отростка

↓
сдавление внутриорганных сосудов, нарушение венозного и лимфатического оттока, отек стенки органа, тромбоз сосудов

↓
утрата слизистой оболочкой барьерной функции

↓
оникновение кишечной флоры в стенку аппендикса.

↓
деструкция стенки отростка

Этиология и патогенез

- **2. Сосудистая причина**– нарушение кровообращения в стенке аппендикса (инфаркт аппендикса)



↓
Некроз стенки отростка

↓
утрата слизистой оболочкой барьерной функции

↓
проникновение кишечной флоры в стенку аппендикса.

Причины:

1. атеросклероз, тромбоз брыжеечных сосудов
2. эмболия брыжеечных сосудов
3. системные васкулиты

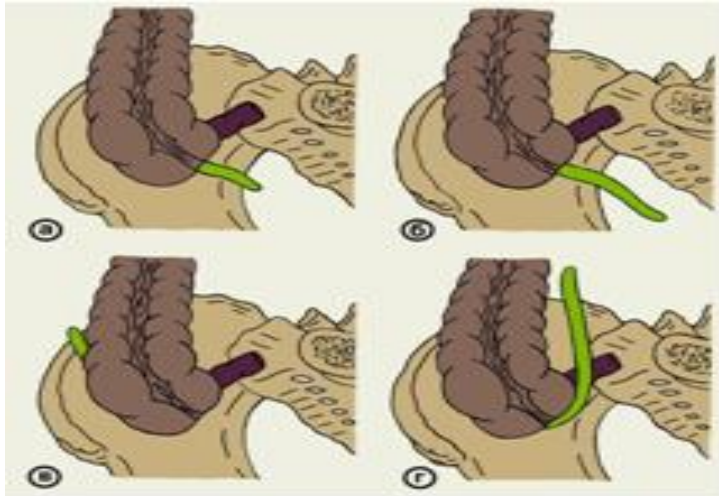
- **NB!** Первично-гангренозный (молниеносный) аппендицит

Этиология и патогенез

- **3. Инфекционная причина** – некоторые инфекционные болезни (брюшной тиф, иерсиниоз, туберкулёз, паразитарные инфекции, амёбиаз, сальмонеллез) самостоятельно вызывают аппендицит, как осложнение основного заболевания.
 - **NB!** В остальных случаях (механические, сосудистые причины заболевания) инфекция играет вторичную роль
-

Клиника

- Клиника может быть очень разнообразной в зависимости от особенностей расположения отростка



Клиника

- **Боль в животе** (100%) постоянная, умеренной интенсивности.
 - 40-50% **эпигастральная фаза**: сначала боль в эпигастральной или околопупочной области или реже по всему животу (у детей), через несколько часов боль мигрирует в правую подвздошную область – симптом перемещения болей **Кохера-Волковича** (**единственный почти патогномоничный симптом аппендицита**).
 - 50-60% появляются сразу в правой подвздошной области.
-

Иррадиация болей:

- В промежность – при тазовой локализации;
 - В правую поясницу - при ретроперитонеальной локализации;
 - В правую боковую область, правое подреберье – при ретроцекальной локализации
 - В мезогастрий - при медиальной локализации
-

Клиника

Анорексия 100%;

Тошнота, рвота (40-50%) 1-2 кратная, возникает вслед за болью и носит рефлексорный характер, может отсутствовать;

NB! Появление тошноты и рвоты до возникновения болей не характерно для острого аппендицита;

Язык в первые часы влажный, затем сухой.

NB! Сухость языка – признак обезвоживания.

Клиника

Стул – специфических особенностей нет. **Но!**

- Может быть жидким при тазовом (раздражение прямой кишки) или ретроцекальном (раздражение восходящей ободочной кишки) расположениях.
- При возникновении разлитого перитонита стула нет за счет пареза кишечника.

Мочеиспускание не нарушено. **Но!**

При тазовом (раздражение мочевого пузыря) и ретроперитонеальном (раздражение правых почки и мочеточника) расположениях частое болезненное мочеиспускание

Клиника

Тахикардия (100%) и гипертермия ($\approx 40\%$) - как следствие воспалительного процесса

- Катаральный аппендицит \approx до 90 $t \approx 37,0 - 37,5$
- Флегмонозный \approx до 110 $t \approx 37,5 - 38,5$
- Гангренозный $\approx > 110$ $t \approx 38,5$ и $>$

NB! Тахикардия – признак интоксикации

NB! В норме при подъеме t тела на 1 гр. ЧСС растет на 10 ударов в минуту.

Гипертермия не является постоянным признаком, может отсутствовать у пожилых.

NB! Несоответствие ЧСС и t тела (тахикардия при нормальной t) – **первые токсические ножницы**

Симптомы:

```
graph TD; A[Симптомы:] --> B[Локальные симптомы острого аппендицита (больше 100)]; A --> C[Перитонеальные симптомы (4 ведущих)];
```

Локальные
симптомы острого
аппендицита
(больше 100)

Перитонеальные
симптомы
(4 ведущих)

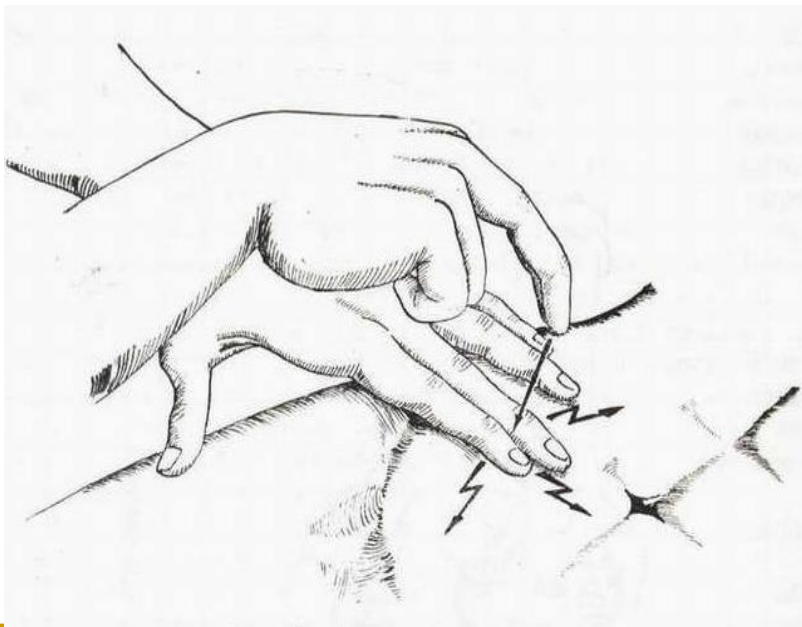
NB! Перитонеальные симптомы – универсальные симптомы раздражения брюшины, свидетельствующие о перитоните. Перитониту будет посвящена отдельная лекция.

Перитонеальные симптомы

- 1. **Симптом Воскресенского** – боль (кожная гиперэстезия) над патологическим очагом при быстрых скользящих движениях рукой хирурга по брюшной стенке.
 - **Сегментарная иннервация тела**
 - **Зоны Захарьина-Геда**
-

Перитонеальные симптомы

2. **Симптом Раздольского** – болезненность при перкуссии передней брюшной стенки



Перитонеальные симптомы

3. **Симптом Щеткина-Блюмберга** - медленное надавливание на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием. Симптом положительным при появлении или усилении болей в момент отнятия пальцев
-

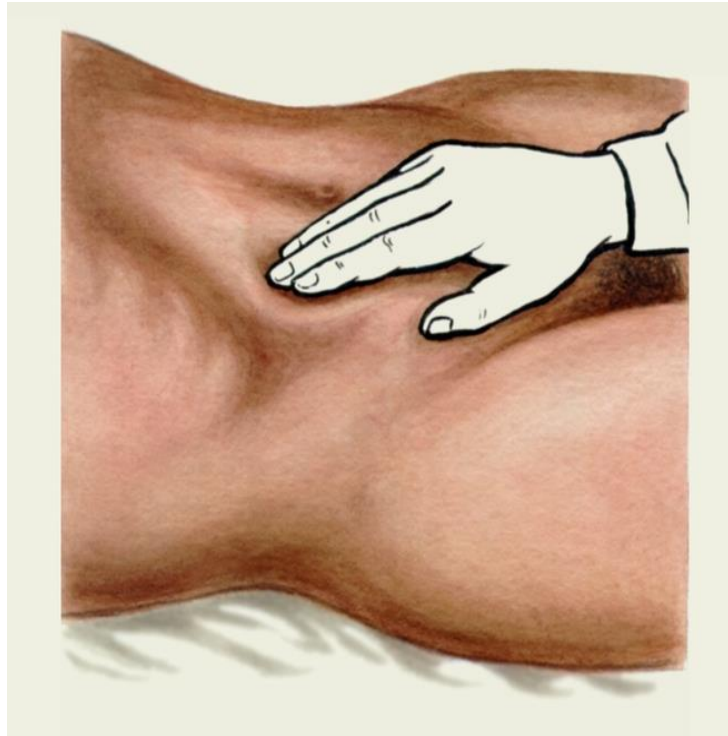
Перитонеальные симптомы

4. Напряжение мышц передней брюшной стенки (defense musculaire, мышечная защита)

Главный перитонеальный симптом

Максимальное его проявление –
доскообразный живот

Может отсутствовать у
многократно рожавших
женщин, у тучных, у
пожилых



Локальные симптомы

■ **NB! Истинных патогномоничных симптомов нет**

1. **Симптом Кохера-Волковича** – обсудили выше – **единственный почти патогномоничный, важнейший симптом.**

Но! Может симулироваться при прикрытой гастродуоденальной перфоративной язве (подробно – в лекции по осложнениям язвенной болезни)

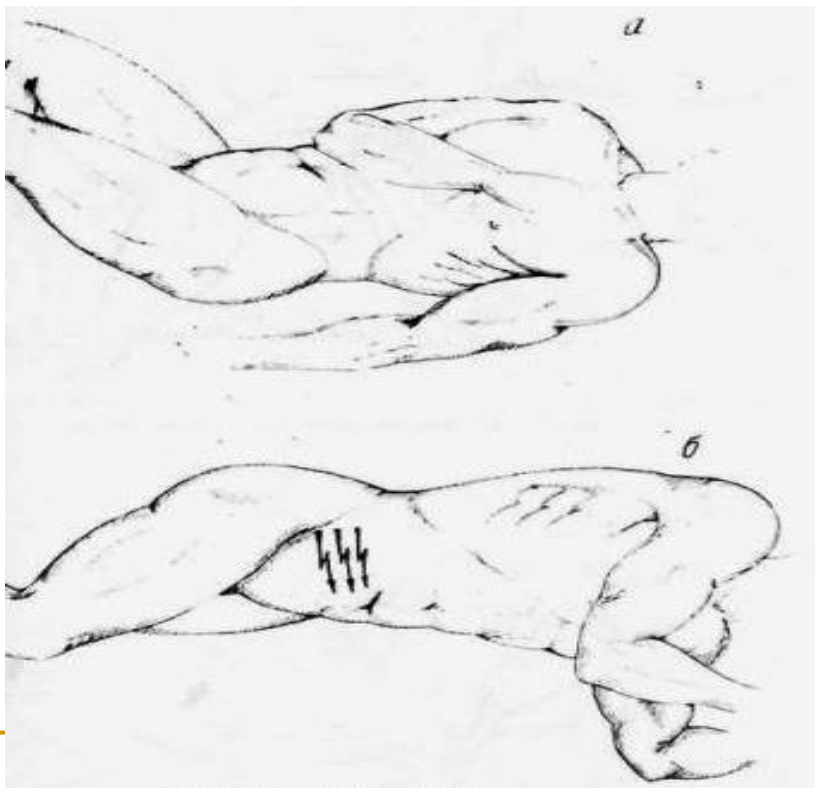
Локальные симптомы

2. Симптом Ровзинга



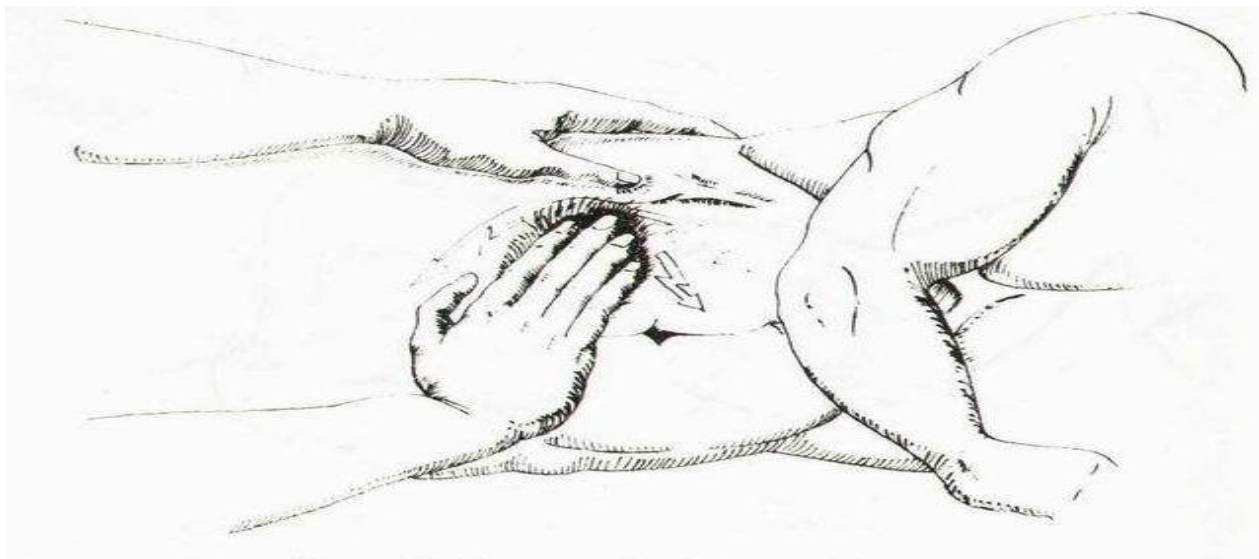
Локальные симптомы

3. СИМПТОМ СИТКОВСКОГО



Локальные симптомы

4. Симптом Бартомье-Михельсона



Локальные симптомы

- 5. **Симптом Крымова** – болезненность в правой подвздошной области при исследовании пальцем наружного отверстия правого пахового канала;
 - 6. **Симптом Думбадзе** – болезненность при пальпации пупочного кольца.
 - 7. **Симптом Яуре-Розанова** — болезненность при давлении пальцем в треугольнике Petit (при ретроперитонеальной локализации отростка).
 - 8. **Симптом Габая** – положительный с. Щеткина-Блюмберга в в треугольнике Petit (при ретроперитонеальной локализации отростка).
-

Локальные симптомы (группа псоас-симптомов)

9. **Симптом Образцова** – усиление болезненности при давлении на слепую кишку и одновременном поднимании выпрямленной в коленном суставе правой ноги;



Локальные симптомы

(группа псоас-симптомов)

10. **Симптом Островского** – больной поднимает вверх выпрямленную правую ногу и удерживает ее в таком положении. Врач быстро разгибает ее и укладывает горизонтально. Боль в правой подвздошной области.
 11. **Симптом Коупа 1** – появление боли в илеоцекальной области при разгибании правого бедра в тазобедренном суставе
 12. **Симптом Коупа 2** – усиление боли в правой подвздошной области при ротации правого бедра (при тазовой локализации отростка).
-

Диагностика лабораторная

- **ОАК** (белая кровь) – лейкоцитоз со сдвигом влево.

По мере прогрессирования деструкции количество лейкоцитов и степень сдвига нарастают

NB! Лейкоцитоз не имеет самостоятельного значения.

NB! Нормальное или сниженное количество лейкоцитов со сдвигом формулы влево – **вторые токсические ножницы** (у лиц с гипоэргическим иммунным ответом, в т.ч **пожилых**; при токсической и терминальной фазах перитонита)

Всегда необходимо ориентироваться именно на лейкоцитарную формулу

Диагностика лабораторная

- **OAM** – специфических изменений нет **No!**

Важнейшее значение:

1. в диагностике аппендицита при ретроперитонеальном или тазовом расположении отростка (гематурия, лейкоцитурия);
 2. В дифференциальной диагностике с патологией мочевыводящих путей.
-

Диагностика инструментальная

1. Пальпация, перкуссия, аускультация.
 2. **PR** исследование у мужчин или **PV** у женщин – «крик Дугласа» (выпот), дифференциальная диагностика с патологией внутренних половых органов у женщин
-

Диагностика инструментальная

3. **УЗИ** – эффективный недорогой метод, не получивший пока в нашем регионе широкого распространения



Локальное нарушение слоистости стенки аппендикса (локальная потеря эхогенного подслизистого слоя), отображающее трансмуральное поражение.



Плохо определяется верхушка аппендикса (размытость контуров и потеря эхогенного подслизистого слоя)

Диагностика инструментальная

4. Компьютерная томография - высокоэффективный метод, не имеющий широкого распространения вследствие дороговизны

Утолщенный аппендикс



Диагностика инструментальная

5. **Лапароскопия** – инвазивный метод, позволяющий визуализировать патологию брюшной полости, оценить состояние аппендикса и выполнить лечебное пособие – лапароскопическую аппендэктомию (видео будет ниже).

Дифференциальная диагностика

■ **Аппендицит – обезьяна всех болезней.**

NB! Правильно собранный анамнез – 50% диагноза.

1. Патология правых почки и мочеточника;
2. Кишечная инфекция;
3. Генитальная патология (у женщин);
4. Острый панкреатит;
5. Прикрытая гастродуоденальная перфорация;
6. Болезнь Крона;
7. Дивертикулит Меккеля;
8. Острый гастрит.

Дифференциальная диагностика

Патология правых почки и мочеточника (почечная колика, пиелонефрит):

- Боль в правой поясничной области с иррадиацией в правую половину живота;
- Может быть тошнота, рвота;
- Изменения в моче: гематурия при почечной колике, лейкоциты и бактерии при пиелонефрите;
- Интоксикация при пиелонефрите;
- Некупированная почечная колика → обтурационный пиелонефрит.
- **УЗИ!**

Дифференциальная диагностика

Кишечная инфекция (пищевая токсикоинфекция):

- Бурное начало;
 - Многократная рвота;
 - Частый жидкий стул;
 - Быстро интоксикация (гипертермия!) и обезвоживание;
 - Боль присоединяется позже, часто схваткообразная (сальмонеллезный треугольник)
 - **Анамнез!**
-

Дифференциальная диагностика

Генитальная патология у женщин (особая сложность):

1. Аднексит – признаки воспалительного процесса, симуляция клиники аппендицита + как правило выделения из влагалища.
2. Нарушенная трубная беременность, апоплексия яичника (геморрагическая форма), разрыв кисты яичника – кроме болей в животе есть **признаки кровопотери**.
3. Апоплексия яичника (болевая форма) – середина цикла, только боль без признаков кровопотери.

NB! Каждая женщина с подозрением на аппендицит должна быть осмотрена гинекологом.

Дифференциальная диагностика

Острый панкреатит – сильная, часто опоясывающая, боль в верхних отделах живота, многократная рвота (тема отдельной лекции).

Иногда эпигастральная фаза острого аппендицита ошибочно трактуется как острый панкреатит

Прикрытая гастродуоденальная перфорация (тема отдельной лекции) – небольшое количество выпота попадает в верхний этаж (боль в эпигастрии), затем спускается по правому боковому каналу в правую подвздошную область – симуляция симптома Кохера-Волковича.

Дифференциальная диагностика

Болезнь Крона в острой форме практически неотличима от острого аппендицита.

Дивертикулит Меккеля – неотличим от острого аппендицита

Острый гастрит – может симулировать эпигастральную фазу острого аппендицита

NB! Эпигастральная фаза длится в среднем 2-3 часа, максимум до суток.

Ретроцекальный (ретроперитонеальный) острый аппендицит (5-7%)

- Боль в пояснице справа.
- Дизурия (раздражение мочеточника, почки).
- Жидкий стул (раздражение слепой и восходящей ободочной кишки).
- ОАМ – гематурия, лейкоцитурия.
- ОАК – лейкоцитоз со сдвигом
- Псоас-симптомы, с. Габая, с Яуре-Розанова



Тазовый острый аппендицит (16-30%)

- Боль над лоном с иррадиацией в промежность
- Дизурия (раздражение мочевого пузыря)
- Жидкий стул (раздражение прямой кишки)
- ОАМ – гематурия, лейкоцитурия.
- ОАК – лейкоцитоз со сдвигом
- С. Коупа 2, **PR**, **PV**



Подпеченочный острый аппендицит (казуистика)

- Боль в правом подреберье, симулирующая острый холецистит
- УЗИ



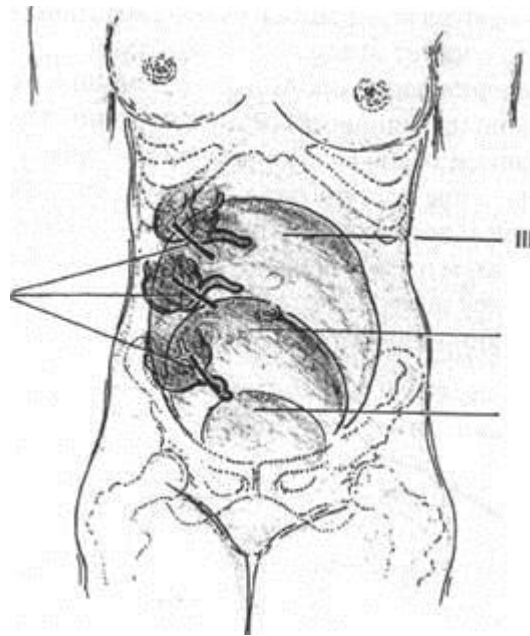
Левосторонний острый аппендицит (казуистика)

1. situs viscerum inversus;
2. caecum mobile.

Клиника острого аппендицита слева

Острый аппендицит у беременных (1%)

- Беременная матка смещает вверх слепую кишку с аппендиксом;
- Невыраженный болевой синдром;
- Невыраженность или отсутствие локальных симптомов (матка закрывает слепую кишку);
- Невыраженность или отсутствие перитонеальных симптомов (переастижение передней брюшной стенки).



Острый аппендицит у беременных (1%)

- Одна из сложных диагностических проблем:
 1. Возможность физиологических болей, связанных с растяжением связочного аппарата матки и ее гипертонуса;
 2. Возможность связанной с беременностью диспепсии (тошноты, рвоты, нарушения стула);
 3. Возможность физиологического лейкоцитоза и сдвига в лейкоформуле;
 4. Атипичность клиники аппендицита, особенно во второй половине беременности.
 5. Невозможность лапароскопии на поздних сроках беременности.
 6. **Анамнез, УЗИ**, исключить пиелонефрит беременной и угрозу прерывания.
-

Острый аппендицит у детей

■ Особенности детского организма:

1. Гиперэргический ответ – бурная клиника;
 2. Короткий большой сальник – нет отграничения;
 3. Ребенок не может осмысленно изложить анамнез заболевания.
-

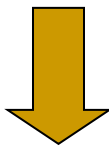
Острый аппендицит у детей

■ Особенности клиники:

1. Боль может быть нелокализованной, схваткообразной;
 2. Рвота может быть многократной;
 3. Учащенный стул;
 4. Быстро фебрильная гипертермия;
 5. Быстро высокий лейкоцитоз;
 6. **Симптом подтягивания ножки;**
 7. **Симптом отталкивания руки хирурга;**
-

Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста

- Особенности организма пожилого человека:
 1. Гипоэргический ответ, в т.ч. повышенный болевой порог - стертая клиника;
 2. Атеросклероз сосудов – быстрая ишемия и некроз (первично-гангренозный аппендицит);
 3. Сахарный диабет – быстрая деструкция.



Преобладание осложненных форм аппендицита

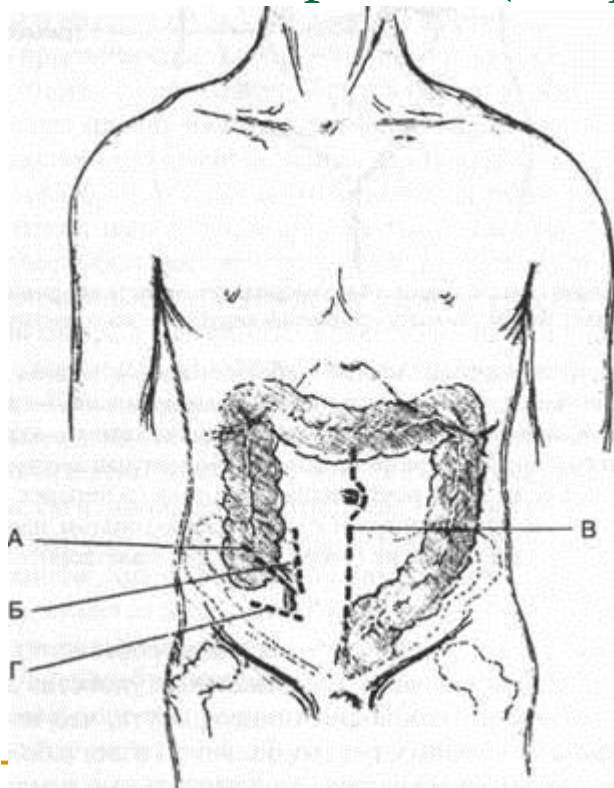
Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста

- Особенности клиники:
 1. Невыраженный болевой синдром;
 2. Невыраженность локальных и перитонеальных симптомов;
 3. **Первые и вторые токсические ножницы**
-

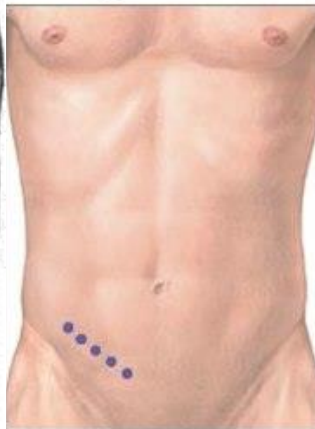
Лечение

- Все больные с некупировавшейся болью в правой подвздошной области при исключении других заболеваний должны быть госпитализированы в хирургический стационар.
 - При неясности диагноза больной госпитализируется с подозрением на острый аппендицит (стол 0, режим IV, однократно в/м спазмолитик (но-шпа, папаверин).
 - Отсутствие положительной динамики в течение 2 часов – решение вопроса об инвазии (лапароскопия или лапаротомия).
 - Диагноз «острый аппендицит» является абсолютным показанием к операции.
 - Противопоказание –агональное состояние пациента.
 - Обезболивание – общая анестезия
-

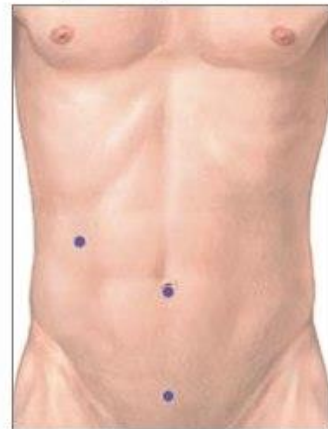
Этапы операции (оперативный доступ)



Surgical incision

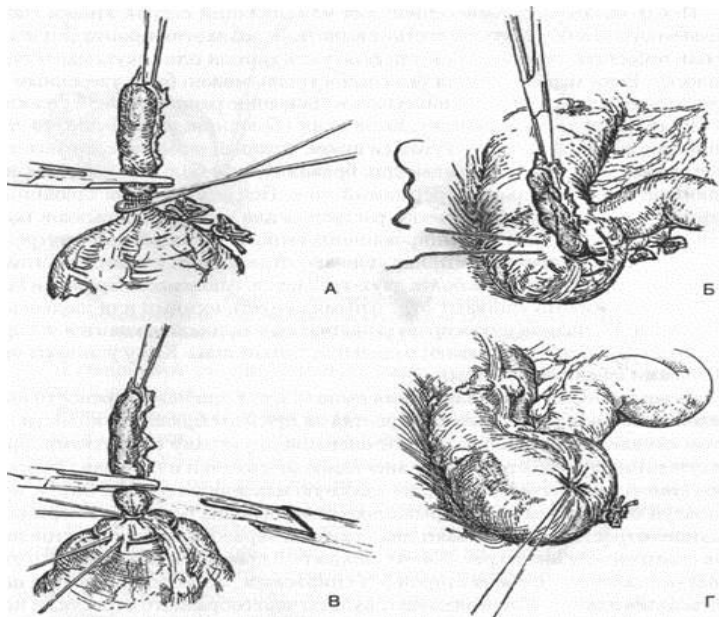


Laparoscopic incisions

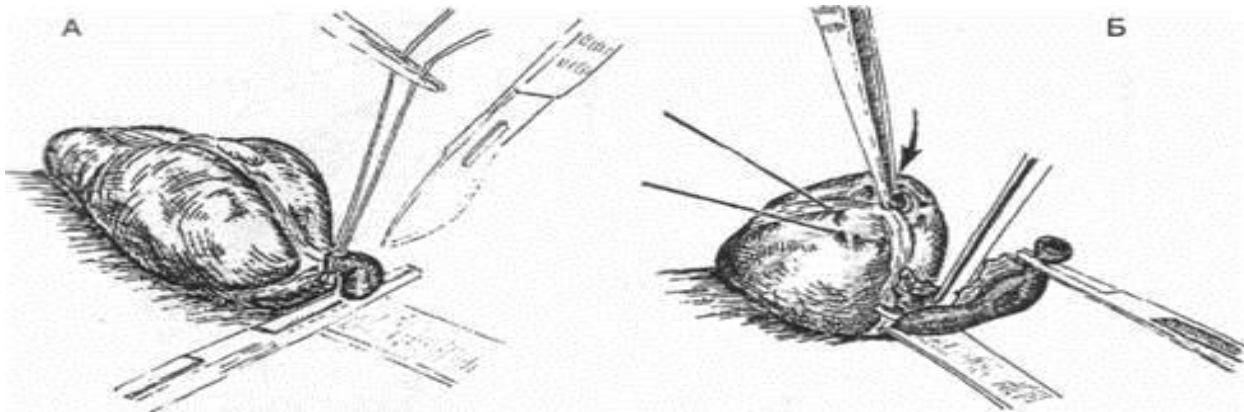


Этапы операции (оперативный прием)

- Стандартная (антероградная) аппендэктомия



Этапы операции (оперативный прием)



- Ретроградная аппендэктомия

Особенности вмешательства

- У беременных - доступ тем выше, чем позже срок.
 - У детей – лигатурный метод без кисетного и Z-швов (тонкая стенка слепой кишки, риск вовлечения в швы Баугиниевой заслонки).
 - При лапароскопической аппендэктомии – только лигатурный метод.
-

Аппендэктомия открытая

Аппендэктомия лапароскопическая

- Условия возможности выполнения:
 1. Наличие необходимой техники (эндохирургическая стойка);
 2. Наличие соответствующих навыков хирурга;
 3. Возможность выполнить операцию лапароскопически (не всегда удается)
-



- В 1961 году в Антарктиде аппендэктомию выполнил себе хирург Л. И. Rogozov

Классификация осложнений

I. Ранние:

1. Осложнения самого заболевания (дооперационные):

- Аппендикулярный инфильтрат;
- Аппендикулярный абсцесс;
- Перитонит - местный, распространенный;
- Забрюшинная флегмона (при ретроперитонеальном расположении отростка)
- Пилефлебит.

2. Послеоперационные осложнения:

- Внутривнутрибрюшное кровотечение;
- Несостоятельность культи аппендикса;
- Локальные инфильтраты и абсцессы брюшной полости;
- Нагноение раны;
- Послеоперационный (третичный перитонит);
- Парез кишечника;
- Ранняя спаечная кишечная непроходимость.

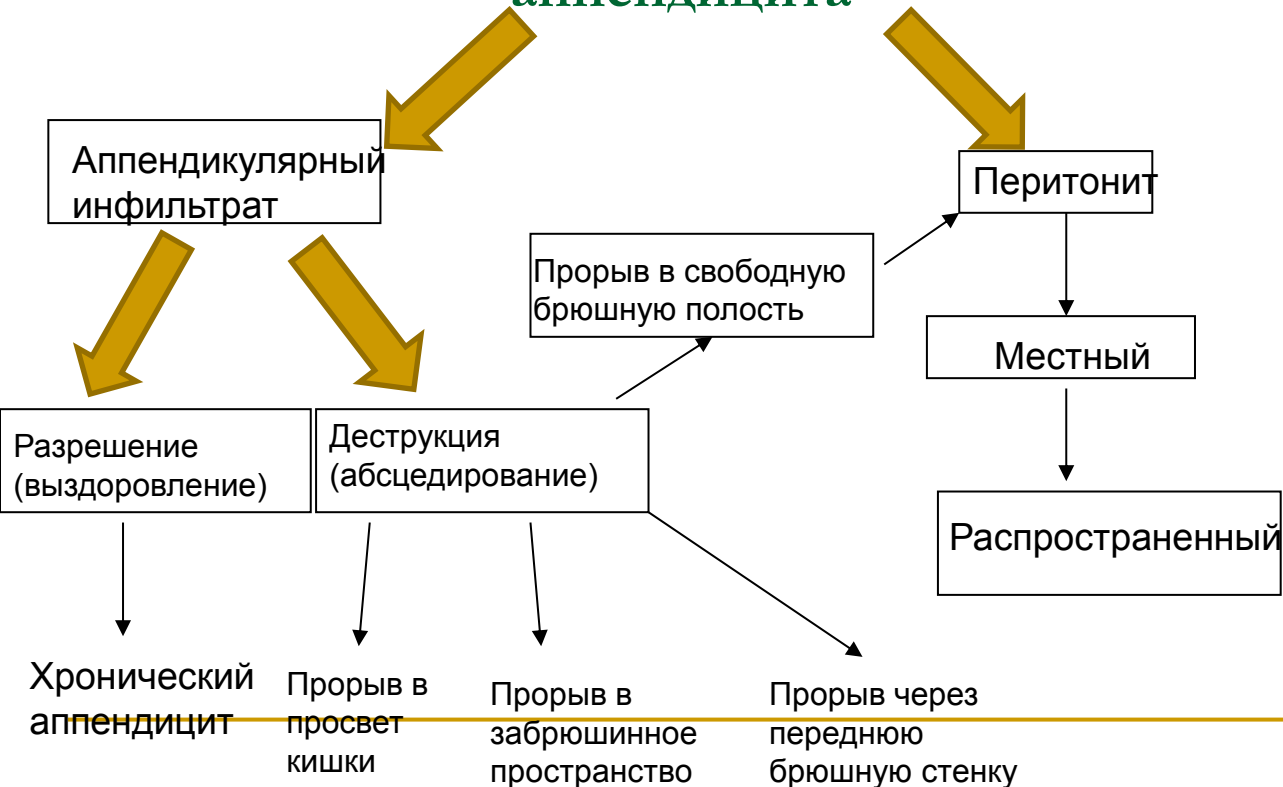
II. Поздние:

- Лигатурные свищи;
- Спаечная кишечная непроходимость;
- Послеоперационная вентральная грыжа.

III. Со стороны других органов и систем:

- Пневмония, плеврит, абсцесс легкого;
- Инфаркт миокарда, ОНМК.
- Тромбоз глубоких вен голени, ТЭЛА

Алгоритм развития неоперазированного аппендицита



Аппендикулярный инфильтрат (1-3%)

- Воспалительная опухоль, конгломерат рыхло спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного аппендикса.
 - 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.
1. Формирующийся (рыхлый) инфильтрат – 3-4 сутки;
 2. Сформированный (плотный) инфильтрат – с 5 суток.
-

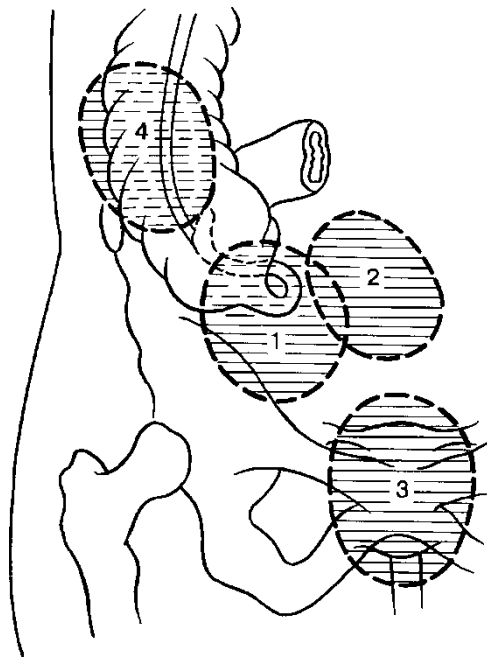
Аппендикулярный инфильтрат

Клиника:

- Боли в животе постепенно стихают;
 - Самочувствие и общее состояние больных улучшается;
 - 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;
 - Температура субфебрильная, постепенно нормализуется;
-

Аппендикулярный инфильтрат

NB! Локализация инфильтрата (абсцесса) зависит от изначального расположения отростка (предыдущая лекция), то есть он может находиться в малом тазу, в мезогастрии между петлями кишок, в подпеченочном пространстве.



Аппендикулярный инфильтрат

Диагностика:

1. Анамнез заболевания (стертая клиника у пожилых);
2. УЗИ;
3. КТ

Дифференциальная диагностика: опухоль слепой кишки (особенно у пожилых)

УЗИ диагностика



Аппендикулярный инфильтрат



Аппендикулярный абсцесс

Аппендикулярный инфильтрат

Лечение консервативное:

1. Стол 0 с объемом в/в инфузий 30 мл/кг веса, затем 1А;
2. Холод на живот;
3. Постельный режим;
4. Антибактериальная терапия;
5. Физлечение на область инфильтрата

Оперативное лечение не показано в связи с риском повреждения входящих в инфильтрат органов

Аппендикулярный инфильтрат

Исходы:

1. **Разрешение:** боль стихает, инфильтрат рассасывается, температура нормализуется → выписка с госпитализацией через 3 месяца для плановой (интервальной) аппендэктомии.

2. **Абсцедирование** → операция

Усиление боли

Гипертермия

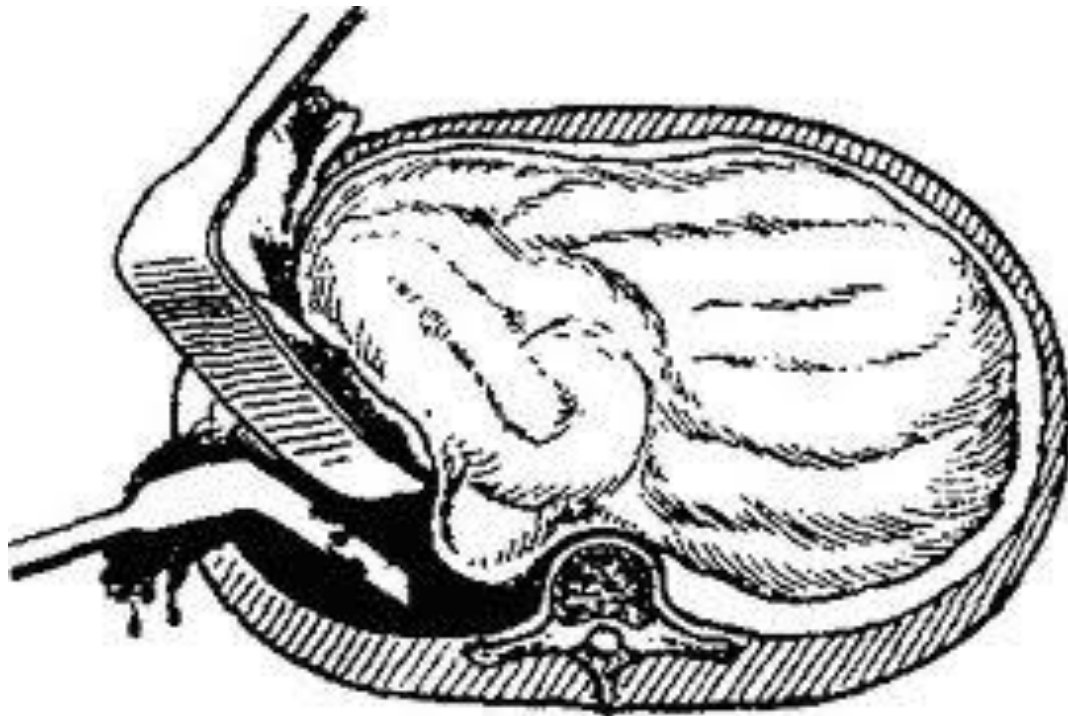
Нарастает лейкоцитоз

хотя бы один признак

Варианты вмешательства

- Лапаротомия по Волковичу-Дьяконову;
- Внебрюшинный способ по Пирогову;
- Пункционное дренирование под контролем УЗИ;
- Лапароскопия (риск!).
- Не надо стремиться к обязательной аппендэктомии. Отросток может быть удален, если он визуализируется и удалим. **Риск повреждения входящих в пиогенную капсулу органов**

Внебрюшинный способ по Пирогову



Лапароскопическое вскрытие абсцесса

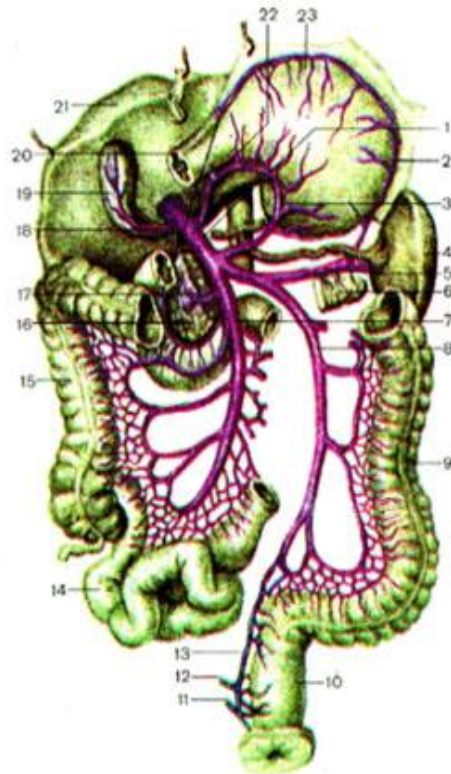
- Видео



Пилефлебит

Септический тромбофлебит воротной вены – редкое, но смертельное осложнение.

- Некротический процесс переходит на брыжейку аппендикса и её вену.
- Далее процесс быстро распространяется на брыжеечные вены илеоцекального угла.
- Через 2-3 сут. достигает воротной вены и через внутрипеченочную портальную систему переходит на печеночные вены
- Ретроградно распространяется на селезеночную и другие брыжеечные вены.



Пилефлебит

Клиника:

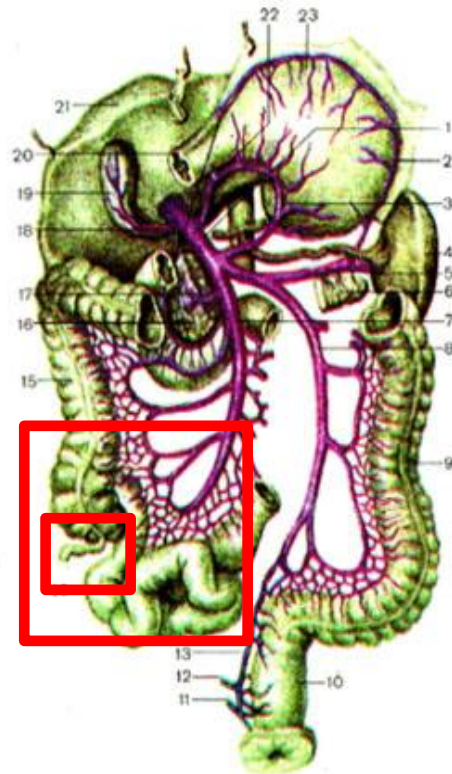
1. Бурно развивающаяся картина системной воспалительной реакции (фебрильная гипертермия);
2. Усиление боли в животе (правая половина);
3. Желтуха;
4. Гепатоспленомегалия;
5. Асцит;
6. Прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность.

портальная гипертензия


Пилефлебит

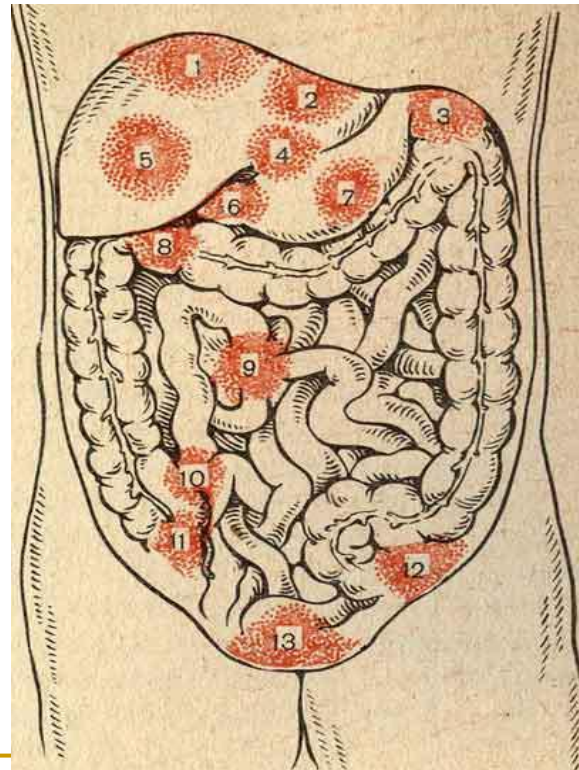
■ Лечение:

1. Максимальное иссечение брыжейки аппендикса;
2. Перевязка v. ileocolica;
3. Резекция илеоцекального угла;
4. Массивная антибактериальная терапия;
5. Массивная инфузионно-детоксикационная терапия;



Абсцессы брюшной полости

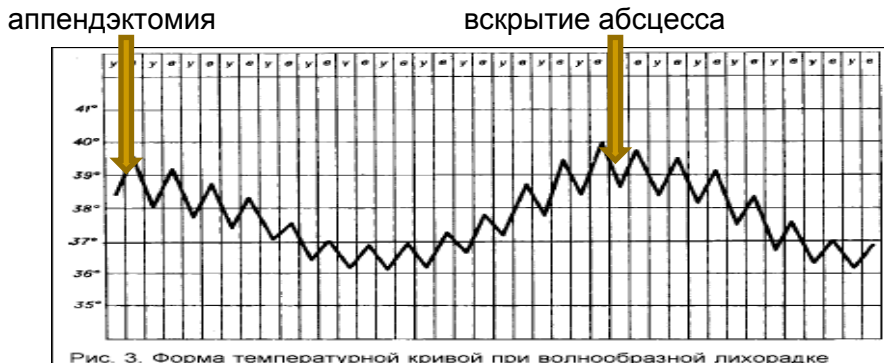
- Осложнение не аппендицита, а послеоперационного периода;
- Универсальное осложнение - после любого вмешательства, в т.ч. аппендэктомии;
- Возникают вследствие:
 1. неадекватной санации брюшной полости во время первичной операции;
 2. нагноения гематом вследствие неадекватного гемостаза;
- Типичные локализации: 
 - тазовый (Дугласова пространства);
 - подвздошных ямок;
 - межпетлевой;
 - подпеченочный;
 - поддиафрагмальный.



Общие признаки абсцессов брюшной полости

- Имеется светлый промежуток – улучшение состояния после операции
- постепенно прогрессирующая клиника с пиком на 7-8 сутки:

1. Нарастающая гипертермия



CCBP
SIRS

2. Прогрессирует дегидратация;
3. Нарастает лейкоцитоз со сдвигом влево;
4. Пальпируется инфильтрат (не всегда);
5. Локальная клиника абсцесса.

Локальная клиника абсцесса брюшной ПОЛОСТИ

Абсцесс Дугласова пространства:

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

Межпетлевой абсцесс:

1. Боль в мезогастрии;
2. Частый жидкий стул (раздражение тонкой кишки);

Подпеченочный абсцесс:

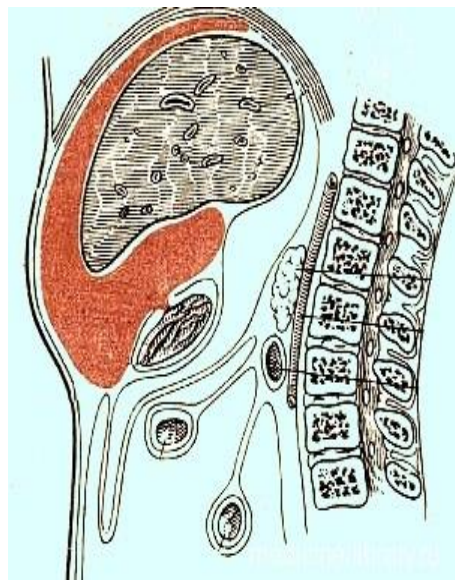
1. Боль в правом подреберье;
2. ~~Симптомы холецистита (Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси)~~
3. Частый жидкий стул (раздражение ободочной кишки);

Локальная клиника абсцесса брюшной ПОЛОСТИ

Поддиафрагмальный абсцесс – наиболее сложен в диагностическом и лечебном плане (расположен глубоко).

Классификация:

1. Правосторонний, левосторонний, срединный;
2. Односторонний, двусторонний;
3. Передний, задний;
4. Верхний, нижний.



Локальная клиника абсцесса брюшной полости

Клиника поддиафрагмального абсцесса

1. боли в нижних отделах грудной клетки с иррадиацией в надплечье (с. Мюсси, Элекера);
 2. Симптом Сенатора – ригидность туловища;
 3. отставание грудной клетки при дыхании;
 4. признаки плеврального выпота на стороне поражения;
 5. содружественная нижнедолевая пневмония;
 6. Признаки ССВР (часто единственный симптом).
-

Одна из причин абсцессов подпеченочного и поддиафрагмального пространств – присасывающее действие диафрагмы.



Закон: в послеоперационном периоде пациент лежит с поднятым головным концом (положение Фовлера). Абсцесс Дугласа вскрыть легче, чем поддиафрагмальный.

Забрюшинная флегмона (абсцесс)

1. Боль в правой поясничной области;
2. Иррадиация в правую половину живота;
3. Положительные с. Пастернацкого, псоас-симптомы;
4. Пастозность мягких тканей поясничной области (возможно);
5. Дизурия;
6. Изменения в анализе мочи;
7. Признаки синдрома системной воспалительной реакции — гипертермия, лейкоцитоз и т.д.

Диагностика абсцесса брюшной полости

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

NB! Аппендикулярный абсцесс в зависимости от изначального расположения аппендикса ~~может быть тазовым, межпетлевым,~~ подпеченочным и т.д.

Лечение - хирургическое

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

Пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ

- Видео
 - 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.
-

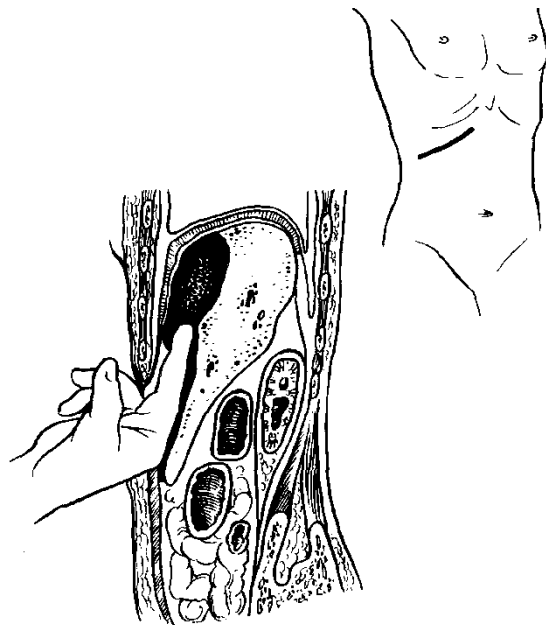
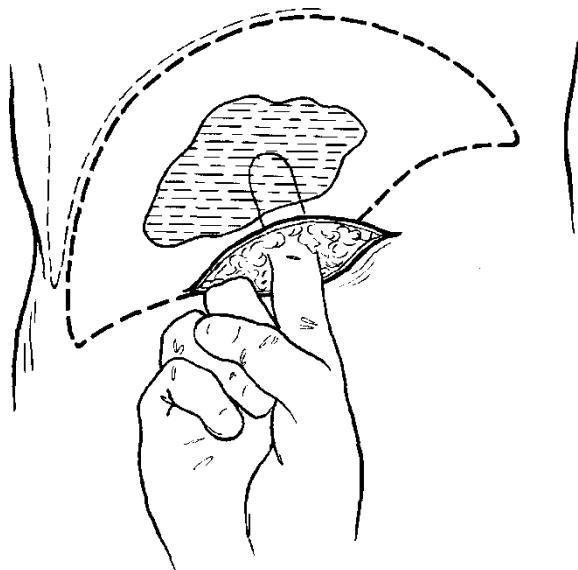
Пункционное дренирование абсцесса ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ



Пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ

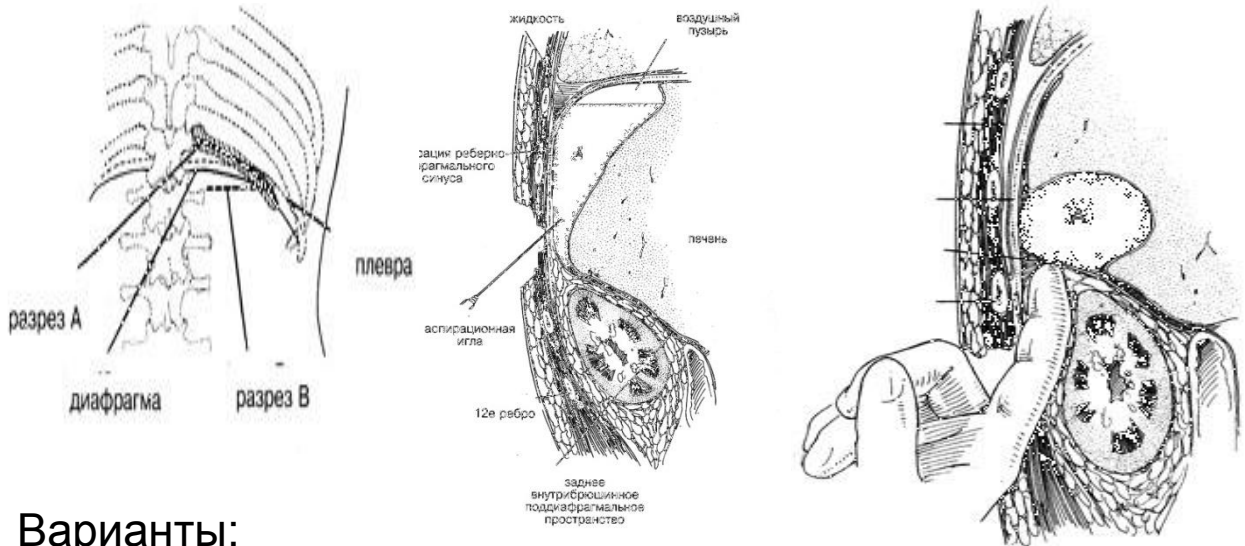


Методика Клермона



Применима при передних
абсцессах

Трансторакальные методики

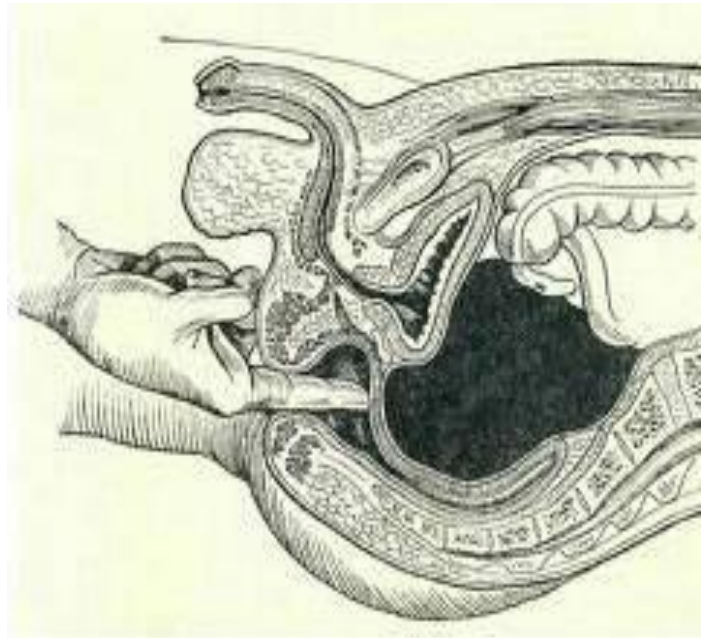
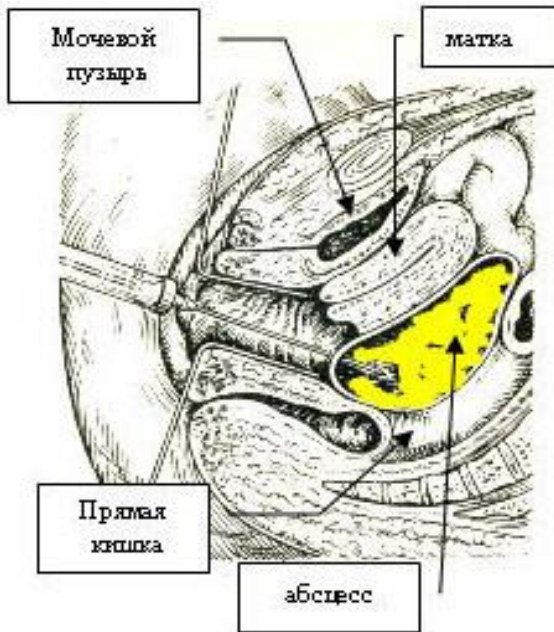


Варианты:

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

Применимы при задних абсцессах.

Вскрытие тазового абсцесса



Вагинальный доступ

Ректальный доступ

Внутрибрюшное кровотечение

■ Причины:

1. Соскальзывание лигатуры с культи брыжейки аппендикса;
2. Повреждение органа брюшной полости при ревизии (сальник, брыжейка кишки, печень, селезенка).

■ Клиника (проявляется в первые часы после операции и зависит от объема кровопотери):

1. Общие признаки кровопотери (бледность кожных покровов, гипотония, тахикардия, головокружение, слабость);
2. Частные признаки внутрибрюшного кровотечения (нарастающая боль в животе, болезненность при пальпации, с. Куленкампа).

■ Диагностика:

1. ОАК – снижение гемоглобина, гематокрита, эритроцитов;
2. УЗИ – свободная жидкость в брюшной полости.

■ Тактика – неотложная релапаротомия срединным доступом, остановка кровотечения.

■ Профилактика – тщательный гемостаз и его контроль при первичной операции.

Несостоятельность культуры аппендикса

■ Причины:

1. Дефекты оперативной техники;
2. Выраженный тифлит (воспаление стенки слепой кишки).

■ Клиника (с 3-4 суток), процесс может быть отграниченным (формирование абсцесса) и неотграниченным (перитонит):

1. Усиление болей и их распространение по животу;
2. Перитонеальные симптомы;
3. ССВР.

■ Тактика – релапаротомия, пункционное дренирование (если абсцесс).

Нагноение раны

■ Причины:

1. Нарушения техники операции (травматичность, недостаточный гемостаз, оставление карманов):

Гематома → нагноение.

Где полость → там нагноение.

2. Аппендэктомия – «грязная» операция → риск инфицирования операционной раны высок.

Необходимы механические способы защиты (отграничение раны, промывание раны).

Обязательное проведение периоперационной антибиотикопрофилактики.

Клиника: (tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa):

Болезненный инфильтрат по ходу раны, гиперемия кожи, ССВР.

NB! При локализации гнояника глубоко (предбрюшинная клетчатка) локальная клиника может отсутствовать.

Лечение: ревизия и дренирование раны.

-
- Перитонит, в том числе послеоперационный, – тема отдельной лекции.
 - Парез кишечника, ранняя спаечная кишечная непроходимость – тема отдельной лекции.
-