

Аппендикулярный инфильтрат



Аппендикулярный инфильтрат — одно из осложнений острого аппендицита

промежуточного периода (3—5 дней). Представляет собой конгломерат
плотно спаянных друг с другом, воспалённых тканей, включающих сам
аппендикс, а также окружающие его образования: слепую кишку, тонкую
кишку, сальник. Как правило, аппендикулярный инфильтрат развивается на
2—4-й день от начала заболевания. При этом в правой подвздошной области,
реже в других участках, появляется ограниченное, болезненное при
пальпации, плотное и неподвижное образование.

Причины

- Позднее поступление в стационар
- Отказ от хирургического вмешательства
- Ошибки диагностики острого аппендицита

Клиника

В течении аппендикулярного
инфильтрата
следует различать 2 стадии.

Отграничение воспаления и образование инфильтрата (I стадия). Дети в этом периоде чаще всего находятся в состоянии средней тяжести. К моменту образования инфильтрата боли в животе становятся менее интенсивными, чем в начале заболевания, но периодически (при усилении перистальтики кишечника) нарастают, держатся явления интоксикации. Температура тела остается в пределах 38—39 °С, может наблюдаться выраженная тахикардия. Живот несколько вздут, при дыхании отстает правая его половина. Пальпаторно в первые дни нередко выявляется умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки (симптом Щеткина—Блюмберга бывает умеренно выраженным), в правой подвздошной области прощупывается плотное, резко болезненное, трудно смещаемое образование без четких границ. В I стадии развития аппендикулярного инфильтрата могут быть дизурические явления и жидкий стул (особенно при расположении отростка в малом тазу). В крови обнаруживают увеличение количества лейкоцитов до $(12—15) \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг в формуле влево и увеличение СОЭ. Длительность течения I стадии аппендикулярного инфильтрата зависит от возраста ребенка, его реактивности, степени развития воспалительного процесса и интенсивности лечения. В среднем ее продолжительность— 32—14 дней.

Обратное развитие аппендикулярного инфильтрата. На переход процесса во II стадию указывают улучшение состояния ребенка, стихание болей в животе, уменьшение температурной реакции, исчезновение дизурических явлений, постепенная ликвидация проявлений интоксикации, прекращение рвоты и тошноты, улучшение аппетита. Ребенок становится более подвижным, активнее реагирует на окружающую обстановку. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий на всем протяжении, безболезненный. В правой подвздошной области (чаще всего) прощупывается плотное малоболезненное образование, с трудом смещаемое, с четкими границами. Размеры его по сравнению с величиной, определяемой при поступлении ребенка, уменьшаются. В крови нормализуется содержание лейкоцитов и нейтрофилов. Длительно остается повышенной СОЭ (до 30—50 мм/ч). Аппендикулярные инфильтраты чаще всего рассасываются через 3—4 недели от начала заболевания, реже в конце первой недели расплавляются, что приводит к образованию гнойника. Расплавление инфильтрата (аппендикулярный абсцесс) сопровождается высокой температурой тела гектического характера, появлением болей в животе, рвоты, нарастанием симптомов раздражения брюшины. При осмотре определяются вздутие живота и его асимметрия за счет выбухания правой половины, где иногда появляется гиперемия кожи. Пальпаторно выявляются резкая болезненность в области инфильтрата и флюктуация. Выражен симптом Щеткина—Блумберга. Нередко развивается кишечная непроходимость. В крови вновь отмечаются нарастание содержания лейкоцитов и сдвиг в формуле влево. Нередко появляется токсическая зернистость нейтрофилов.

Осложнения

- перфорация аппендикулярного абсцесса в слепую кишку, тонкую кишку с временным улучшением состояния и последующим формированием гнойных фистул;
- микроперфорации абсцесса с образованием ограниченных форм перитонита - правостороннего под диафрагмального абсцесса или абсцесса Дугласова кармана;
- перфорация абсцесса в «свободную» брюшную полость с последующим развитием разлитого гнойного перитонита (более серьезное осложнение);
- перфорация абсцесса в мочевой пузырь с последующим развитием восходящей инфекции мочевых путей и уросепсиса;
- тромбофлебит и тромбоз вен малого таза;
- сепсис.

Лечение

- Консервативное
- Оперативное, при формировании абсцесса

Перитонит



Тяжёлое гнойное заболевание брюшной
полости, сопровождающееся значительным
обсеменением листков брюшины
микрофлорой, парезом кишечника,
дегидратацией, интоксикацией, гипертермией,
нарушением кровообращения и гомеостаза.

Причины

Перитонит возникает вследствие воздействия инфекционных или химических раздражителей вследствие попадания в свободную брюшную полость желудочного содержимого (содержащего соляную кислоту), желчи, мочи, крови. Наиболее частая причина бактериального перитонита — перфорация полого органа желудочно-кишечного тракта, вследствие которой в брюшную полость попадает желудочное или кишечное содержимое и микрофлора, то есть бактерии, которые обитают в просвете желудка/кишечника.



Клиника

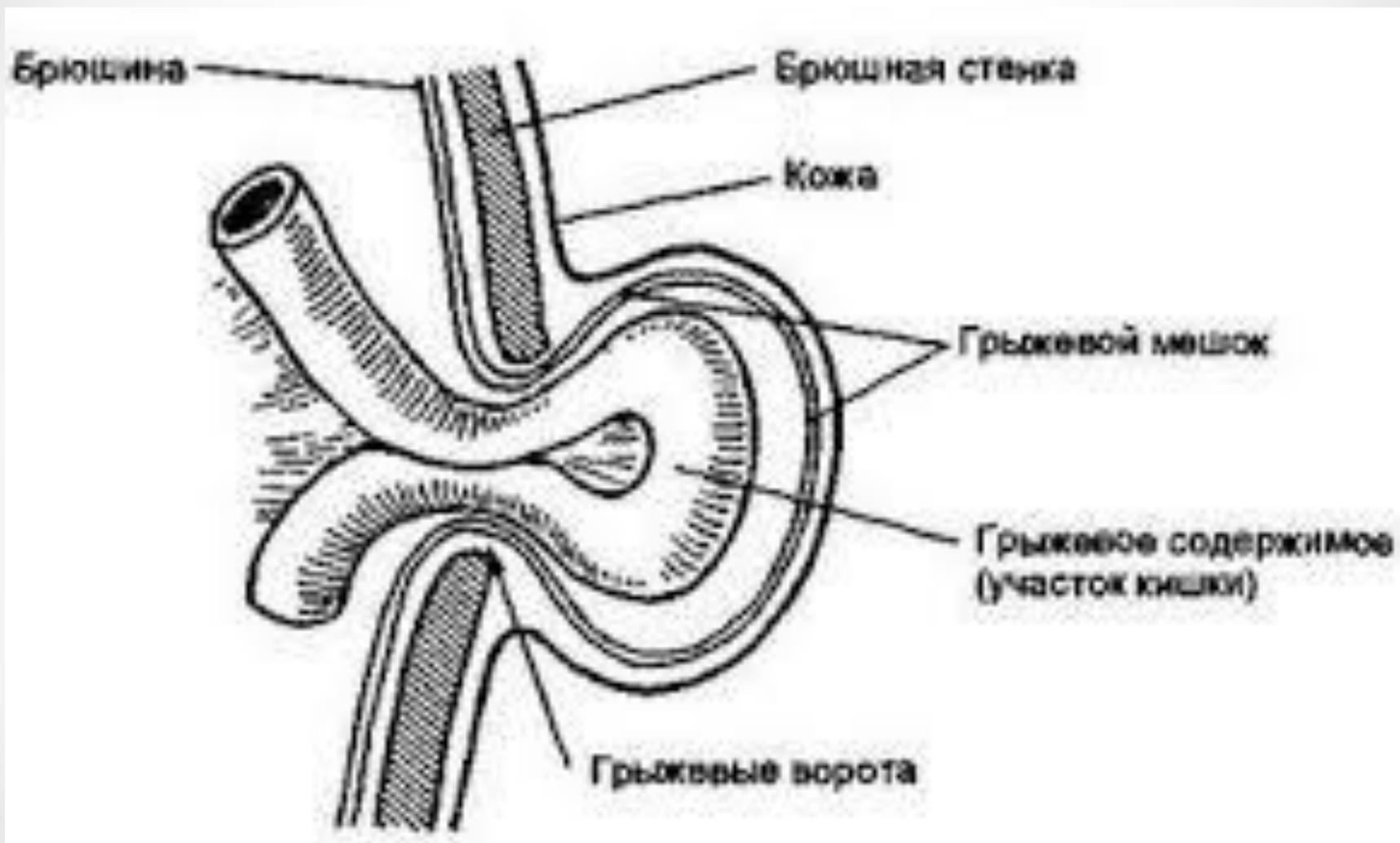
- резкая усиливающаяся боль в животе
- лихорадка
- тошнота и рвота, не приносящие облегчения
- напряжение мышц передней брюшной стенки
- резкая болезненность при надавливании на переднюю брюшную стенку
- симптом Френикус
- симптом Менделя
- симптом Воскресенского
- симптом Щёткина — Блюмберга
- Симптом мнимого благополучия — после начала заболевания, больной чувствует сильную боль, затем боль стихает, так как рецепторы на брюшине адаптируются, но через 1—2 часа боль появляется с новой силой, так как развивается воспаление брюшины.

Лечение

- Формирование нормальных значений ЧСС, АД, ЧД, t тела, КОС, сатурации, биохимических показателей крови
- Удаление содержимого желудка, опорожнение мочевого пузыря.
- Оксигенотерапия
- Венозный доступ, введение антибиотика широкого спектра в возрастной дозе за 30 мин до начала операции.
- Оперативное вмешательство

Ущемленные грыжи





Клиника

Наиболее постоянным признаком ущемления грыжи у детей грудного возраста является эмоциональное и двигательное беспокойство, выявленное в структуре жалоб родителей у абсолютного большинства больных.

Следующим по частоте (свыше 90%) выявления признаком является появление, либо увеличение опухолевидного выпячивания в паховой области.

Множественная рвота

При ущемлении петли кишки развиваются явления острой непроходимости кишечника

Пальпация ущемленной грыжи резко болезненна

Консервативное лечение

Всем детям мужского пола с ущемленными паховыми грыжами без выраженных воспалительных изменений в области грыжевого выпячивания и явлений ОНК проводят комплекс консервативных мероприятий, создавая условия для самопроизвольного вправления грыжевого выпячивания. По общепринятому мнению, консервативные мероприятия, направленные на репозицию грыжевого содержимого в брюшную полость, должны выполняться не позднее 12 часов с момента ущемления. Больному вводят разовую возрастную дозу пантопона, затем делают теплую ванну (37—38 °С) продолжительностью 10—15 мин или на область грыжи кладут грелку. Постепенно ребенок успокаивается, засыпает, и грыжа самопроизвольно вправляется. Если этого не произошло, то можно провести попытку мануального закрытого вправления грыжевого выпячивания.

Экстренное лечение

- Показания к экстренному хирургическому лечению:
 - при наличии выраженных воспалительных изменений (флегмона) в области грыжевого выпячивания;
 - явлениях острой кишечной непроходимости;
 - безуспешного консервативного лечения;
 - пациентам женского пола.