**Аппендикулярный абсцесс.**

Абсцесс - гнойное воспаление ткани с образованием ограниченного очага распада.

Возбудителем абсцесса мягких тканей чаще являются стафило- и стрептококк, при абсцессах прочих локализаций характер флоры зависит от причины его возникновения (например, при аппендикулярном абсцессе возбудителем обычно является кишечная палочка) в сочетании с неклостридиальной анаэробной флорой и кокками.

При абсцессе имеется четкое отграничение очага воспаления от окружающих тканей.

В ранние сроки - это грануляционная ткань, при последующем течении вокруг грануляционной ткани образуется соединительнотканная оболочка.

Наличие пиогенной мембраны резко ухудшает проникновение антибиотиков из кровотока в полость абсцесса, однако интоксикация организма за счет всасывания токсических продуктов из очага распада сохраняется. При нарушении пиогенной мембраны (резкое повышение давления в полости абсцесса) или снижении общих и местных иммунных механизмов инфекция распространяется из абсцесса, сопровождаясь сепсисом и гнойными затеками.

Лечение только оперативное, вид вмешательства зависит от величины и локализации абсцесса.

Аппендикулярный абсцесс.

Абсцесс аппендикулярный - осложнение деструктивных форм острого аппендицита (выявляют примерно в 2% всех видов острого аппендицита).

Первоначально формируется аппендикулярный инфильтрат, который затем либо рассасывается под влиянием консервативной терапии, либо, несмотря на соответствующее лечение, абсцедирует.

Симптомы, течение.

В начале заболевания отмечается более или менее выраженный типичный болевой синдром острого аппендицита. В результате поздней обращаемости или неправильной догоспитальной диагностики острого аппендицита заболевание может идти по двум путям:

-прогрессирования перитонита и;

-отграничения воспалительного процесса.

В последнем случае через 2-3 дня болевой синдром уменьшается, температура снижается. При пальпации в правой подвздошной области определяется инфильтрат.

С 5- 7-го дня вновь повышается температура, усиливаются боль в правой подвздошной области, диспепсические явления. Боль нарастает при кашле, ходьбе, трясской езде. При осмотре язык влажный, обложен. Живот отстает при дыхании в правом нижнем квадранте, здесь же может определяться выбухание.

При пальпации-некоторое напряжение мышц, болезненность в этой зоне (иногда очень выраженная), слабоположительные симптомы раздражения брюшины. При глубокой пальпации определяется резко болезненный, неподвижный инфильтрат (флюктуации практически никогда не бывает). Могут быть нерезко выраженные явления паралитической кишечной непроходимости-при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости можно выявить уровни жидкости и пневматоз кишечника в правой половине живота. При ректальном или вагинальном исследовании-болезненность, иногда можно пальпировать нижний полюс образования.

В крови-высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При динамическом наблюдении отмечается нарастание лейкоцитоза, температура принимает гектический характер. Постепенно нарастает болевой синдром, увеличиваются инфильтрат и болезненность в правой подвздошной области. Размер гнойника и точную его локализацию устанавливают при ультразвуковом исследовании.

Лечение оперативное.

Перед операцией необходима премедикация антибиотиками и метронидазолом. Под общим обезболиванием производят вскрытие гнойника, лучше использовать внебрюшинный доступ. Полость промывают антисептиками и дренируют двухпросветными дренажами для активной аспирации содержимого с промыванием в послеоперационном периоде. От введения тампонов в рану лучше воздержаться.

В послеоперационном периоде-дезинтоксикационная терапия, антибиотики (аминогликозиды) в сочетании с метронидазолом.

Осложнения: сепсис, пилефлебит, абсцессы печени, прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита.

Прогноз серьезный, зависит от своевременности и адекватности оперативного вмешательства.