**Осложнения острого аппендицита.**

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: 1) перфорация отростка, 2) местный перитонит, 3)тромбофлебит вен брыжеечки отростка, 4)аппендикулярный инфильтрат.

В позднем периоде (после 5 суток) наблюдаются: 1) разлитой перитонит,2) аппендикулярные абсцессы (вследствие абсцедирования инфильтрата или в результате отграничения после перитонита), 3) тромбофлебит воротной вены - пилефлебит, 4) абсцессы печени, 5) сепсис.

Следует отметить несколько условный характер разделения осложнений по стадиям течения.

Перфорация.

Перфорация - развивается обычно на 2-3 день от начала приступа при деструктивных формах аппендицита, характеризуется внезапным усилением боли, появлением выраженных перитонеальных симптомов, картиной местного перитонита, нарастанием лейкоцитоза. В некоторых случаях при наличии нерезких болей в раннем периоде момент перфорации указывается больными как начало заболевания. Перфоративный аппендицит наблюдался у 2,7% больных, поступивших в ранние сроки, среди поступивших в поздние сроки - у 6,3%.

Аппендикулярный инфильтрат.

Аппендикулярный инфильтрат - это конгломерат спаявшихся вокруг червеобразного отростка воспалительно измененных внутренних органов - сальника, тонкой и слепой кишки, образуется по разным статистическим данным от 0,3-4,6 до 12,5%. Редко диагностируется на догоспитальном этапе, иногда только во время операции. Развивается на 3-4 день после начала приступа, иногда как следствие перфорации. Характеризуется наличием плотного опухолевидного образования в правой подвздошной области, умеренно болезненного при пальпации. Перитонеальные симптомы при этом в результате отграничения процесса стихают, живот становится мягким, что позволяет пальпировать инфильтрат. Температура обычно держится на уровне до 38 градусов, отмечается лейкоцитоз, стул задержан, При атипичном расположении отростка инфильтрат может пальпироваться в соответствии с местом расположения отростка, при низком расположении его можно пальпировать через прямую кишку или влагалище. Диагностике помогает ультразвуковое исследование. В сомнительных случаях производится лапароскопия.

Наличие инфильтрата является единственным противопоказанием к операции (до тех пор пока он не абсцедировал), т.к. попытка выделения отростка из конгломерата припаявшихся к нему органов влечет опасность повреждения кишечника, брыжейки, сальника, что чревато тяжелыми осложнениями.

Лечение инфильтрата должно быть консервативным (проводится в стационаре):

- холод местно;

- антибиотики широкого спектра действия;

- двухсторонняя паранефральная блокада через день или блокада по Школьникову(применяют не всегда);

- дезинтоксикационная терапия,лазерное облучение крови;

- протеолитические ферменты;

- диета - протертые супы, жидкие каши, кисели, фрукторые соки, белые сухари.

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.

Аппендикулярные абсцессы.

Абсцессы - развиваются в позднем периоде чаще являясь следствием нагноения аппендикулярного инфильтрата (до операции) или отграничение процесса при перитоните (чаще после операций). Развивается на 8-12 сутки после начала заболевания.

По локализации различают: илеоцекальный (парааппенднкулярный),тазовый (абсцесс дуглассова пространства), подпеченочный, поддиафрагмальный, межкишечный. Все они подлежат операции - вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии (ubi pus ibi evacuo-видишь гной, выпусти).

Пилефлебит.

Пилефлебит -восходящий тромбофлебит воротной вены, является следствием распространения процесса с вен брыжеечки отроска по брыжеечным венам. Представляет собой крайне тяжелое осложнение, сопровождается высокой, гектической температурой, повторными ознобами, цианозом, иктеричностью кожных покровов. Наблюдаются острые боли по всему животу. В последующем - множественные абсцессы печени. Обычно заканчивается смертью через несколько дней, иногда сепсисом. Лечение: антикоагулянты в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия, желательно с непосредственным введением в систему воротной вены путем катетеризации пупочной вены или пункцией селезенки.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>