

Волгоградский государственный медицинский университет  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и  
Стоматологического факультетов



Научно-исследовательская работа на тему:  
Диагностика и лечение абсцессов брюшной полости

Выполнила  
студентка 4 курса 4 группы (54)  
Педиатрического факультета  
Новокщенова Н.В.

Проверил:  
Кухтенко И.В.  
и проф. Брыз



## I. Введение

Абсцесс – это 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.

Абсцессы брюшной полости (дугласова пространства, 1 поддиафрагмальные, межкишечные) являются исходом диффузных форм перитонита. Они, как правило, полимикробные, причем чаще имеется сочетание аэробных микробных ассоциаций (кишечная палочка, стрептококки, протей и др.) и анаэробов (бактероиды, клостридии, фузобактерии и др.).

Абсцесс отличается большим полиморфизмом и зависит от этиологии, локализации абсцесса и его размеров.

При локализации абсцесса в поверхностных тканях всегда имеются все 5 классических симптомов воспаления:

1. покраснение



В 75% случаев абсцессы брюшной полости располагаются внутри- или забрюшинно; в 25% - внутриорганно. Обычно абсцесс брюшной полости формируется спустя несколько недель после развития перитонита.

Типичными местами локализации абсцессов брюшной полости служат большой сальник, брыжейка, малый таз, поясничная область, поддиафрагмальное пространство, поверхность или толща тканей паренхиматозных органов.

Причиной абсцесса брюшной полости могут выступать гнойные воспаления женских гениталий – острый сальпингит, аднексит, параметрит, пиовар, пиосальпинкс, тубоовариальный абсцесс.

Встречаются абсцессы брюшной полости, обусловленные панкреатитом: в этом случае их развитие связано с действием ферментов поджелудочной железы на окружающую клетчатку, вызывающим выраженную воспалительную реакцию. В некоторых случаях абсцесс брюшной полости развивается как осложнение острого холецистита или прободения язвы желудка и 12-перстной кишки, болезни Крона.

Псоас-абсцесс (или абсцесс подвздошно-поясничной мышцы) может являться следствием остеомиелита позвоночника, туберкулезного спондилита, паранефрита. Пиогенная флора абсцессов брюшной полости чаще полимикробная, сочетающая аэробные (кишечную палочку, протей, стафилококки, стрептококки и др.) и анаэробные (кlostридии, бактероиды, фузобактерии) микробные ассоциации.

Классификация абсцессов брюшной полости

По ведущему этиофактору различают микробные (бактериальные), паразитарные и некротические (абактериальные) абсцессы брюшной





Если абсцесс обусловлен несостоятельностью швов соустьев, возможно поступление контрастного вещества из просвета кишечника в полость гнойника. В диагностике гнойников брюшной полости ведущую роль играет ультразвуковое сканирование брюшной полости, компьютерная рентгеновская томография. Ультразвуковое исследование особенно показано при локализации гнойника в верхней части брюшной полости.

Лечение зависит от локализации гнойников и их количества.

### **III. Поддиафрагмальные**

Поддиафрагмальные абсцессы возникают в результате оперативных вмешательств на желудке, двенадцатиперстной кишке, желчном пузыре и желчевыводящих путях, при разрыве абсцессов печени. Левосторонние гнойники чаще обусловлены осложнениями после спленэктомии, панкреатита, несостоятельностью швов после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка. Несколько реже поддиафрагмальные абсцессы, особенно правосторонние, обусловлены скоплением остаточного гноя после лечения диффузного перитонита. При этом имеет значение присасывающее действие диафрагмы.

Симптомы, течение. Боль в подреберье с иррадиацией в лопатку или надплечье (симптом Кера); больной ходит, согнувшись в больную сторону, поддерживая рукой область подреберья. При пальпации определяется ригидность мышц верхних отделов брюшной стенки и болезненность по ходу межреберных промежутков в зоне локализации гнойника. При переднем расположении абсцесса болевой синдром более выражен. При длительном течении может появиться пастозность и выбухание межреберных промежутков соответственно локализации абсцесса, выраженная болезненность в этой области. При рентгенологическом исследовании





исследовании на передней стенке прямой кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Необходим дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями женской половой сферы.

Лечение. Трансректальное или трансвагинальное вскрытие и дренирование гнойника.

Прогноз при одиночном тазовом абсцессе обычно благоприятный.

## **V. Межкишечные абсцессы**

Абсцесс межкишечный располагается между петлями кишечника, брыжейкой, брюшной стенкой и сальником. Брыжейка поперечной ободочной кишки является барьером на пути распространения гнойника на верхний этаж брюшной полости. Межкишечные абсцессы часто множественные. Точную локализацию и размер гнойника устанавливают при ультразвуковом исследовании и компьютерной рентгеновской томографии.

Нередко межкишечный абсцесс сочетается с тазовым абсцессом. Диагноз обычно труден. Подозревать развитие межкишечного абсцесса возможно у больного, перенесшего перитонит с неполным выздоровлением, при рецидиве симптомов гнойной интоксикации организма. При осмотре определяются напряжение брюшных мышц и выраженная болезненность в области гнойника, в ряде случаев асимметрия брюшной стенки (особенно при гнойниках, имеющих контакт с брюшной стенкой). При пальпации может определяться патологическое образование, умеренно болезненное и неподвижное. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости уровень жидкости, явления пареза кишечника, отхождение петель кишки при контрастном исследовании.



Периаппендикулярный абсцесс нужно обязательно лечить хирургически. Если этого не сделать, гной неизбежно прорвется либо в просвет кишечника, либо в брюшную полость. В первом случае состояние пациента улучшится, боль уменьшится, появится понос с примесью большого количества гноя с неприятным запахом.

Если же гнойник прорвется в брюшную полость, микроорганизмы из него попадут в кровь и вызовут образование множественных абсцессов в печени, легких, других органах. Появятся признаки перитонита. Такое состояние опасно для жизни.

Доступ к абсцессу проводится внебрюшинно. Его полость вскрывают и дренируют, назначают антибактериальные препараты. После нормализации температуры дренаж удаляют.

Через 2 месяца пациент вновь проходит обследование. Если аппендикс за это время не подвергся расплавлению, выполняют плановую аппендэктомию.

Восстановление после операции.

Длительность нетрудоспособности зависит от типа операции (чрескожное дренирование абсцесса или лапаротомия). У пожилых людей время восстановления дольше. Также на продолжительность нетрудоспособности влияет микрофлора, вызвавшая нагноение. При ее лекарственной устойчивости период лечения и реабилитации удлиняется.

После операции пациент еще в течение нескольких недель получает лекарственную терапию, в частности, антибиотики. Ему не рекомендуется поднимать тяжелые предметы и ходить на длинные дистанции.

Рекомендуется частое питание небольшими порциями. В первые дни больному дают бульоны, жидкие каши, морсы, затем постепенно переходят на протертые, паровые и запеченные блюда. Пища должна быть богата белками и витаминами для скорейшего восстановления защитных сил организма



## Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой  
производственной практики "Производственная клиническая практика  
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»  
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 5 группы  
Новокшеновой Н.В.**

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной  
клинической практике  
(помощник врача стационара,  
научно-исследовательская работа),  
доцент



Кухтенко Ю.В.