

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа
на тему

Диагностика и лечение абсцессов брюшной полости

Выполнила: студентка 9 группы
IV курса педиатрического факультета
Карпенко Т.Ю.

Проверил: доцент, к.м.н.
Кухтенко Ю.В.

Т.Ю. Карпенко

СОДЕРЖАНИЕ

	стр
Введение.....	3
1. Патогенез и виды абсцессов.....	4
2. Особенности клиники различных абсцессов брюшной полости.....	6
3. Диагностика.....	8
4. Лечение.....	9
Список литературы.....	10

ВВЕДЕНИЕ

Абсцесс – нагноившаяся замкнутая полость в ткани или органе, герметизированная грануляционной оболочкой, обычно болезненная и нарушающая функционирование пораженной структуры; нередко ухудшается общее состояние, причем значительно, а в отдельных случаях ситуация становится жизнеугрожающей. В целом, все зависит от локализации, размеров и динамики абсцедирования.

Абсцессы очень многообразны, – учитывая сложность человеческого организма, – но их общей специфической чертой является то, что такая инфильтрация всегда развивается как закономерное следствие инфекционно-воспалительного процесса и всегда обусловлена гнойным расплавлением тканей, т.е. массовым отмиранием и разрушением клеток вследствие активности патогенного микроорганизма. Именно эти «останки» в совокупности с продуктами жизнедеятельности инфекционного возбудителя и образуют гнойную массу, которая, накапливаясь в замкнутом объеме, может оказывать значительное и болезненное давление на окружающие ткани. В роли патогена могут выступать не только «традиционные» гноеродные стрептококки и стафилококки, но и множество других бактериальных, протозойных, грибковых культур.

Абсцесс всегда, как минимум, неприятен, даже если это «просто нарыв» на каком-нибудь относительно безопасном участке кожи (согласно известной поговорке, абсцессы легко переносятся разве что на чужой спине). Но если гнойная инфильтрация носит множественный характер, развивается стремительно и/или поражает жизненно важные органы, это может быть очень опасно: прорыв герметичной оболочки и излияние гнояного содержимого в окружающее пространство чревато фатальной интоксикацией и сепсисом. Поэтому такой диагноз, как абсцесс брюшной полости, требует самых серьезных ответных мер.

ПАТОГЕНЕЗ И ВИДЫ АБСЦЕССОВ

В связи с высокими пластическими свойствами брюшины воспалительный процесс, исходящий из первичного очага инфекции, нередко принимает ограниченный характер. Развитию отграничения способствуют сращения, возникающие между органами, сальником и париетальной брюшиной. Формируется своеобразная пиогенная капсула, препятствующая распространению процесса. Эта форма воспаления брюшины обозначается как отграниченный перитонит или абсцесс брюшной полости. Локализация такого очага может быть различной. Она зависит от месторасположения первичного очага инфекции (червеобразный отросток, желчный пузырь, женские половые органы), а также от перемещения гнойного экссудата под действием силы тяжести или распространения инфекции по лимфатическому и венозному пути.

По локализации можно выделить абсцессы внутрибрюшинные (в каналах, сумках или карманах брюшной полости), внутриорганные (расположенные в печени, почке, селезенке, поджелудочной железе) и забрюшинные (в жировой ткани вокруг органов забрюшинного пространства). В органах абсцедирование возникает приблизительно в четверти случаев, остальное приходится на внутри- и забрюшинные процессы.

По причине возникновения их делят на посттравматические, послеоперационные, метастатические (в результате распространения гнойных участков с током крови или лимфы) и перфоративные (при разрыве полого органа). То есть причиной возникновения абсцессов в брюшной полости может быть травма с инфицированием тканей, операция с удалением части или целого органа, деструктивные формы аппендицита или осложненный дивертикулит, другие заболевания кишки с разрывом стенки, перитонит с затеками гноя в полостные карманы или каналы, несостоятельность послеоперационных швов с вытеканием содержимого кишечника, крови, выпота в брюшную полость.

В зависимости от рядом находящегося органа могут образоваться абсцессы Дугласова пространства (в полости малого таза), межкишечные,

поддиафрагмальные, абсцессы печени и поджелудочной железы, аппендикулярный. Несколько реже встречаются абсцессы почек, селезенки, предстательной железы, псоас-абсцесс (в поясничной мышце).

По количеству абсцессы бывают единичные и множественные.

По виду возбудителя абсцессы классифицируются на бактериальные, некротические (без первичного микробного агента), паразитарные. Среди бактерий-возбудителей чаще высеивается флора, содержащая стафилококк, стрептококк, кишечная палочку.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РАЗЛИЧНЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Аппендикулярный абсцесс осложняет аппендицит в 2% случаев. Он образуется из инфильтрата вокруг аппендикса при неэффективности антибактериальной терапии. Проявляется уменьшением болей в правой подвздошной области, снижением температуры, а на 5-7 сутки возвращением всех симптомов. В зоне аппендикса врач может нащупать округлое тестоватое болезненное образование. Боли могут проявляться при осмотре через прямую кишку или гинекологически.

Поддиафрагмальные абсцессы в большинстве случаев возникают как осложнение после хирургического вмешательства на органах ЖКТ (желудке, кишечнике, желчных путях), травмах печени или поджелудочной железы. Гной скапливается под диафрагмой, в основном справа. Боли локализуются в правом подреберье, могут отдавать в надплечье и грудную клетку, усиливаться при ходьбе и кашле.

Абсцесс Дугласова пространства (малого таза) возникает в ответ на деструкцию дивертикула или аппендикса, гнойные заболевания матки и придатков, как остаточные явления перитонита. Проявляется частыми позывами на дефекацию и мочеиспускание, болями, тяжестью и распираемостью в нижних отделах живота и промежности, диареей.

Забрюшинные абсцессы могут образовываться при нетипичном расположении аппендикса, панкреатите. Проявляются припухлостью и болями в поясничных областях, которые усиливаются при ходьбе или сгибании ноги в тазобедренном суставе.

Межкишечные абсцессы обычно бывают множественными. Они развиваются между петлями кишечника, брюшиной, сальником и брыжейкой. Довольно часто сочетаются с тазовыми. Развивается такой тип абсцесса у лиц, перенесших перитонит, не закончившийся полным выздоровлением. Для абсцесса этого вида характерен такой симптом, как асимметрия брюшной

стенки. При ощупывании абсцесс определяется как неподвижное болезненное образование.

Абсцессы печени могут сформироваться при ранении печени, холангиокарциноме, амебиазе, инфицировании из желчевыводящих путей или других органов с током крови. Чаще множественного характера. Специфических признаков болезни нет.

Абсцессы селезенки, почек, предстательной или поджелудочной железы будут иметь такие же признаки болезни, как и простые воспалительные процессы в этих органах. Установить достоверный диагноз без вспомогательных методов в таких случаях невозможно.

Редкий тип абсцесса в поясничной мышце появляется вследствие туберкулезного разрушения позвонков, остеомиелита или нагноения околопочечной жировой ткани (паранефрита).

ДИАГНОСТИКА

Клиническая картина заболевания зависит от вида и расположения абсцесса. Однако можно выделить ряд общих симптомов. Это:

- повышение температуры тела со скачками до 38-39 градусов, потливость и озноб;
- учащенное сердцебиение (тахикардия), одышка;
- признаки интоксикации (снижение аппетита, рвота, тошнота, нарушение стула, бледность кожного покрова);
- боли в животе, которые в зависимости от локализации и размера процесса могут быть от умеренных до значительно интенсивных;
- напряжение мышц передней брюшной стенки;
- признаки кишечной непроходимости из-за пареза кишки (вздутие живота, отсутствие опорожнения кишечника, рвота);
- изменения воспалительного характера в анализах крови (увеличение СОЭ, лейкоцитов, сдвиг формулы влево) и мочи.

Крайне редко установить диагноз возможно лишь по опросу, осмотру пациента, ощупыванию живота. В пользу абсцедирования будут говорить симптомы интоксикации, воспалительные изменения в анализах крови, мочи, отсутствие положительной динамики в лечении. Но основная роль в постановке диагноза принадлежит инструментальным методам исследования брюшной полости, в первую очередь рентгенологическому.

На обзорных рентгенограммах абсцесс обычно выглядит как округлое образование соответствующей локализации с уровнем жидкости, может сообщаться с полостью кишки или другого органа. Косвенно на наличие заболевания могут указывать смещения органов относительно своего привычного расположения.

К высокоинформативным методам выявления абсцессов верхней части брюшной полости относится УЗИ. При трудностях диагностики прибегают к КТ, ангиографии, сцинтиграфии и лапароскопии.

ЛЕЧЕНИЕ

Основная роль в лечении абсцессов принадлежит хирургическим методам и антибактериальной терапии двумя-тремя препаратами одновременно. В случаях аппендикулярного, поддиафрагмального, межкишечного, забрюшинного или тазового абсцесса операция будет заключаться во вскрытии и дренировании гнойного очага под контролем УЗИ или открытым способом, с последующими периодическими санациями (промываниями) его полости антисептическими растворами. При внутриорганных абсцессах (печени, простаты) операция не всегда показана.

Назначение антибиотиков не позволяет достичь излечения, но способно ограничить гематогенное распространение инфекции, поэтому они должны назначаться до и после вмешательства. Назначают препараты, подавляющие кишечную микрофлору, например комбинацию аминогликозидов (гентамицин 1,5 мг/кг каждые 8 ч) и метронидазола 500 мг каждые 8 ч. Адекватна монотерапия цефотетаном по 2 г каждые 12 ч. Пациенты, которым проводилась антибиотикотерапия или у которых диагностированы внутрибольничные инфекции, должны получать препараты, активные в отношении устойчивых грамотрицательных бацилл (в частности, *Pseudomonas*) и анаэробов.

Нутритивная поддержка имеет важное значение, предпочтительно энтеральное питание. При невозможности энтерального питания следует как можно раньше начать парентеральное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс] / М.А. Лагун, Б.С. Харитонов; под общ. ред. С.В. Вертянкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1328 с. (Серия "Доказательная медицина").
3. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
4. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с. : ил.
5. Хирургические болезни : учебник : в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Т. 1. - 720 с. : ил.
6. Хирургия печени / Б. И. Альперович. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").

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 9 группы
Карпенко Т.Ю.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью оформлена в соответствии с требованиями, предусмотренными программой производственной практики направления практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся дал полные, развернутые ответы на дополнительные вопросы, показал совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи.

Автором проанализировано достаточное количество литературных источников по изучаемой проблеме, дан их сравнительный анализ, определены литературные источники и авторы, наиболее приблизившиеся к пониманию и анализу данной проблемы с позиции автора.

Работа изложена литературным языком, логична, доказательна, демонстрирует авторскую позицию студента.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «отлично».

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



Кухтенко Ю.В.