

Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов

НИР на тему:
«Диагностика и лечение абсцессов брюшной полости»

Выполнил:
студент 4 курса 6 группы
педиатрического факультета
Попов С.С.

Проверил:
Куртченко Ю.В.
«кор»
СМ

Оглавление

| | |
|-----------------------------------|----|
| Определение | 3 |
| Классификация..... | 3 |
| Этиология | 4 |
| Поддиафрагмальный абсцесс | 5 |
| Причины..... | 5 |
| Симптомы | 5 |
| Диагностика..... | 6 |
| Лечение | 7 |
| Межкишечный абсцесс | 8 |
| Симптомы | 8 |
| Диагностика..... | 9 |
| Лечение | 9 |
| Абсцесс малого таза | 9 |
| Симптомы | 10 |
| Диагностика..... | 10 |
| Лечение | 10 |
| Периаппендикулярный абсцесс | 10 |
| Симптомы | 11 |
| Диагностика..... | 11 |
| Лечение | 11 |
| Абсцесс печени | 11 |
| Симптомы | 12 |
| Диагностика..... | 12 |
| Лечение | 13 |
| Прогноз | 13 |
| Амебный абсцесс печени | 13 |
| Симптомы | 13 |
| Лечение | 14 |
| Прогноз | 14 |
| Вывод | 14 |
| Список литературы..... | 15 |

Определение

Абсцесс брюшной полости – ограниченный гнойник в брюшной полости, заключенный в пиогенную капсулу. Особенности клиники зависят от локализации и величины гнойного очага; общими проявлениями абсцесса брюшной полости служат боль и локальное напряжение мышц живота, лихорадка, кишечная непроходимость, тошнота и др.

В широком смысле к абсцессам брюшной полости оперативная гастроэнтерология относит внутрибрюшинные (интраперитонеальные), забрюшинные (ретроперитонеальные) и интраорганные (внутриорганные) абсцессы. Внутрибрюшинные и забрюшинные гнойники, как правило, располагаются в области анатомических каналов, карманов, сумок брюшной полости и клеточных пространствах ретроперитонеальной клетчатки. Внутриорганные абсцессы брюшной полости чаще образуются в паренхиме печени, поджелудочной железы или стенках органов.

Пластические свойства брюшины, а также наличие сращений между ее париетальным листком, сальником и органами, способствуют отграничению воспаления и формированию своеобразной пиогенной капсулы, препятствующей распространению гнойного процесса. Поэтому абсцесс брюшной полости еще называют «отграниченным перитонитом».

Классификация

По ведущему этиофактору различают:

- микробные (бактериальные);
- паразитарные;
- некротические (абактериальные) абсцессы брюшной полости.

В соответствии с патогенетическим механизмом выделяют:

- посттравматические;
- Послеоперационные;
- Перфоративные;
- метастатические абсцессы брюшной полости.

По расположению относительно брюшины абсцессы брюшной полости делятся на:

- забрюшинные;
- внутрибрюшинные;
- сочетанные.

По количеству гнойников:

- одиночные;
- множественные.

По локализации встречаются:

- поддиафрагмальные,
- межкишечные,
- аппендикулярные,
- тазовые (абсцессы дугласова пространства),
- пристеночные и внутриорганные абсцессы (внутрибрыжеечные, абсцессы поджелудочной железы, печени, селезенки).

Этиология

В большинстве случаев формирование абсцессов брюшной полости связано с вторичным перитонитом, развивающимся вследствие попадания в свободную брюшную полость кишечного содержимого при перфоративном аппендиците; крови, выпота и гноя при дренировании гематом, несостоятельности анастомозов, послеоперационном панкреонекрозе, травмах и т. д.

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 (клостридии, бактероиды,

фузобактерии)

микробные

ассоциации.

Поддиафрагмальный абсцесс

Диафрагма представляет собой мышечную стенку, отделяющую брюшную полость от грудной. Она имеет форму двух куполов, по окружности прикрепленных к ребрам и позвоночнику, а в центре приподнятых над внутренними органами. В этих отделах наиболее высока вероятность образования поддиафрагмального абсцесса. Патология возникает как у мужчин, так и у женщин и в половине случаев вызвана хирургическим вмешательством на органах брюшной полости.

Причины

Заболевания, которые могут осложниться поддиафрагмальным абсцессом:

- аппендицит;
- острый холецистит;
- прободная (перфоративная) язва желудка или 12-перстной кишки;
- острый панкреатит;
- различные травмы, огнестрельные ранения и хирургические вмешательства на органах брюшной полости.

В редких случаях причину образования гноя установить не удастся, и тогда он называется первичным поддиафрагмальным абсцессом.

Симптомы

Значительно чаще наблюдаются острые абсцессы, сопровождающиеся клинической симптоматикой. Хронические гнойные очаги сохраняются в тканях под диафрагмой более полугода и не сопровождаются явными проявлениями.

Пациента беспокоят постоянные боли в правом или левом подреберье. Из-за раздражения окончаний диафрагмального нерва эти ощущения могут иррадиировать (распространяться) в верхнюю часть спины, лопатку, дельтовидную мышцу. Вследствие этой же причины возникает частая тошнота и икота.

Появляются рвота, потеря аппетита, постоянный кашель, затрудненное дыхание, потливость, в тяжелых случаях, особенно у пожилых людей, –

спутанность сознания.

Для поддиафрагмального абсцесса типична затяжная лихорадка с ознобами. Сердцебиение и дыхание учащаются.

При осмотре врач отмечает вынужденное положение больного: пациент лежит на спине или боку, реже находится полусидя. Отмечается сухость языка и слизистых, язык обложен серым налетом. Часто регистрируется сухой кашель. Живот несколько вздут. При его пальпации возникает боль справа или слева в подреберье. Могут быть болезненны и межреберные промежутки в области VIII-XII ребер.

Если абсцесс очень большой, отмечается выпирание нижних ребер и межреберных пространств на соответствующей стороне. Грудная клетка становится асимметричной. Поколачивание по реберной дуге болезненно. Гнойник смещает печень вниз, поэтому ее нижний край становится доступным для пальпации (прощупывания). Если не определить верхний край печени, то может создаться неправильное предположение об ее увеличении.

В тяжелых случаях происходит сдавливание венозной системы брюшной полости. В результате возникают отеки ног, увеличение живота (асцит). Нарушение функции печени сопровождается желтушностью кожи. Перистальтика кишечника замедляется.

Больной часто растерян, встревожен и не понимает причин своего плохого самочувствия.

Возможные осложнения:

- сепсис и септицемия при попадании микробов в кровоток;
- общая слабость, истощение;
- абсцессы мозга, легких или печени;
- разрыв диафрагмы;
- перикардит, медиастинит, пневмония;
- обструкция нижней полой вены, через которую кровь возвращается к сердцу;
- тромбофлебит;
- плеврит, асцит, отеки;
- менингит;
- геморрагический синдром.

Диагностика

В анализе крови изменения соответствуют воспалительному процессу. Увеличивается СОЭ, количество лейкоцитов, возникает нейтрофилез и сдвиг

лейкоформулы влево.

Важное значение в быстрой диагностике поддиафрагмального абсцесса имеет рентгенологическое исследование. Правый купол диафрагмы приподнимается вверх и уплощается. При рентгеноскопии определяется снижение его подвижности.

Нижняя доля правого легкого может сжиматься, возникает ее ателектаз. В отдельных случаях отмечается реакция плевры на воспаление с другой стороны диафрагмы, и развивается выпот в плевральную полость. Эти процессы приводят к снижению прозрачности легочного поля на стороне поражения.

Признак, специфичный для поддиафрагмального абсцесса, – пузырь с горизонтальным уровнем жидкости и полусферой газа над ним.

Используются и рентгеноконтрастные методы исследования органов пищеварения.

Наилучшая визуализация абсцесса достигается с помощью ультразвукового исследования, компьютерной или магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости.

Лечение

Поддиафрагмальный абсцесс необходимо вскрыть и очистить (дренировать). Такая операция очень сложна технически, так как несет опасность попадания микробов во вскрытую брюшную или грудную полость. Из-за этого хирурги обычно применяют доступ со стороны спины. Разрез проводят от позвоночника до подмышечной линии, удаляют часть XI-XII ребер, отслаивают плевру, а затем вскрывают диафрагму и достигают абсцесса. Его очищают, оставляя в его полости тонкую трубочку, через которую оттекает содержимое гнойника.

В некоторых случаях при небольших поверхностных абсцессах возможно их чрескожное дренирование с помощью специальной длинной иглы, вводимой под контролем рентгеновских лучей или УЗИ.

При неполном очищении полости абсцесса возможно его рецидивирование. Одновременно пациенту назначают массивную антибиотикотерапию, направленную на уничтожение микробов, которые могут случайно попасть в кровь. При длительном течении процесса необходима так называемая нутритивная поддержка – внутривенное введение питательных смесей для быстрого восстановления энергетического баланса организма.

Если такой абсцесс не лечить, он в большинстве случаев приводит к

летальному исходу на фоне прогрессирующей интоксикации. Наилучшие результаты лечения достигаются при сочетании открытой операции и массивного применения антибиотиков.

Для профилактики поддиафрагмальных абсцессов любой пациент, которому была сделана операция на органах грудной или брюшной полости, в первые 2 суток должен начать дыхательную гимнастику. Активные вдохи и выдохи заставляют диафрагму двигаться, что препятствует образованию ограниченного гнояника.

Межкишечный абсцесс

Такой гнояник возникает между петлями кишечника, сальником, брыжейкой. Размеры абсцессов обычно невелики, но их может быть несколько. Основные причины:

- деструктивный аппендицит;
- прободная язва желудка или кишечника;
- остаточные явления после перенесенного разлитого перитонита;
- последствия оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Симптомы

При появлении межкишечного абсцесса в послеоперационном периоде состояние больного ухудшается. Нарастает интоксикация, следствием которой является потеря аппетита, слабость, потливость. Возможны тошнота и рвота. Температура повышается в разной степени, к вечеру достигая фебрильных цифр.

Больной жалуется на умеренные тупые боли в животе, которые могут быть непостоянными. Болезненность часто локализована в области пупка. Иногда наблюдается вздутие живота. У детей возникает понос, в стуле появляется примесь слизи, режее кровь.

В отличие от острых хирургических заболеваний, живот при межкишечном абсцессе мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Лишь в месте локализации гнояника всегда отмечается болезненность при пальпации.

Если абсцесс имеет крупный размер и близко подходит к передней брюшной стенке, могут определяться признаки ее защитного напряжения – повышенная плотность мышц живота. Вероятен отек и покраснение кожи в этой области.

Межкишечный абсцесс может осложниться обтурационной (вызванной

сдавлением) кишечной непроходимостью. В этом случае возникает задержка стула, отсутствие газов, вздутие и боли в животе.

Диагностика

Распознать межкишечный абсцесс довольно сложно. Изменения в крови неспецифичны и отражают воспаление: повышается СОЭ, растёт количество лейкоцитов за счёт нейтрофильных форм. Рентгенологически определяется очаг затемнения. Уровень жидкости и газ видны очень редко. Большую помощь в диагностике оказывает УЗИ, с помощью которого врач определяет размеры и локализацию гнойника. Обычно гнойные очаги можно увидеть посредством томографии органов брюшной полости.

В сомнительных случаях назначается лапароскопия для поиска абсцессов между кишечными петлями. Иногда требуется диагностическая лапаротомия.

Лечение

Назначается антибактериальная терапия, общеукрепляющие средства, внутривенное введение растворов. Если через 1-2 дня состояние больного не улучшается, межкишечный абсцесс лечится хирургически. Определяется зона точной проекции гнойника на брюшную стенку, проводится ее разрез, удаление гноя и дренирование полости абсцесса. Несколько раз в день ее промывают лекарственными растворами, через неделю дренаж удаляют.

Абсцесс малого таза

Это патологическое состояние чаще всего развивается после острого аппендицита или гинекологических вмешательств. Он также может осложнить течение болезни Крона, дивертикулита или любой операции на органах брюшной полости. Абсцесс малого таза довольно долго протекает бессимптомно, порой достигая больших размеров.

У мужчин гной скапливается между мочевым пузырем и прямой кишкой, у женщин – между маткой и задним сводом влагалища с одной стороны и прямой кишкой – с другой. Один из видов абсцесса малого таза – tuboовариальный. Он развивается у женщин репродуктивного возраста и может осложнить течение воспалительных заболеваний половых органов (яичники, маточные трубы).

Предрасполагающие факторы – сахарный диабет, беременность, болезнь Крона и иммунодефицит.

Симптомы

Вероятные признаки абсцесса малого таза:

- общая интоксикация: лихорадка, тошнота, рвота, отсутствие аппетита;
- локальные симптомы: боль в нижней части живота, понос, болезненные позывы на дефекацию, выделение слизи из прямой кишки, частое мочеиспускание, выделения из влагалища;
- болезненность и выбухание передней стенки прямой кишки при ректальном или вагинальном исследовании;
- иногда – признаки частичной непроходимости тонкой кишки (боли в животе, вздутие, расстройства стула).

Диагностика

Дополнительные исследования включают общий анализ крови (определяются неспецифические признаки воспаления), УЗИ, компьютерную томографию органов малого таза.

Лечение

Необходима госпитализация больного. После уточнения локализации гнойного очага его пунктируют с помощью особой иглы через стенку влагалища или прямой кишки, под контролем УЗИ или КТ. В некоторых случаях требуется пункция абсцесса в области над лобком. Иногда возникает необходимость в операции – лапароскопии или лапаротомии. Одновременно назначаются антибиотики.

После ликвидации абсцесса устраняют его причину, например, аппендицит или воспаление придатка.

Периаппендикулярный абсцесс

Это осложнение аппендикулярного инфильтрата, который формируется через несколько дней после начала острого аппендицита. Инфильтрат включает купол слепой кишки, аппендикс, петли кишечника, сальник. При его

нагноении и возникает периаппендикулярный абсцесс.

Симптомы

Образование такого гнойника сопровождается повторным ухудшением состояния пациента. Отмечается значительная лихорадка и ознобы. Усиливаются ранее стихшие боли в правой подвздошной зоне. При пальпации (прощупывании) там определяется болезненное образование, постепенно растущее и размягчающееся. Появляются положительные симптомы раздражения брюшины.

Диагностика

В анализе крови выявляются признаки воспаления. Для диагностики можно применять компьютерную томографию или магнитно-резонансное исследование.

Лечение

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.

Абсцесс печени

Пиогенные абсцессы после широкого применения антибиотикотерапии стали более редким заболеванием. Возникают в результате восходящей билиарной

инфекции; гематогенного распространения инфекции по портальной венозной системе или через печеночную артерию при сепсисе; прямого распространения инфекции при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости; травм печени. В большинстве случаев абсцессы печени являются осложнением тяжелого, чаще гнойного, холангита, возникающего при желчнокаменной болезни или раке внепеченочных желчных протоков. Другими причинами являются сепсис, пилефлебит, который может быть осложнением деструктивного аппендицита, дивертикулита ободочной кишки, неспецифического язвенного колита.

Пиогенные абсцессы могут быть одиночными, но чаще встречаются множественные. Одиночный абсцесс чаще располагается в правой доле.

Бактериальную флору в абсцессе обнаруживают примерно в 50% случаев. При сепсисе чаще высевают золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк, при билиарных абсцессах чаще обнаруживают кишечную палочку или смешанную флору. В последние годы большое внимание уделяют анаэробной флоре, которую возможно обнаружить лишь при посеве гноя на специальную среду.

Симптомы

Абсцесс печени всегда вторичное заболевание. На фоне клинических проявлений основного заболевания температура приобретает интермиттирующий или гектический характер, появляются озноб, потливость, тошнота, снижается аппетит. Боль является поздним симптомом и чаще встречается при одиночных крупных абсцессах. Часто увеличивается печень и появляется болезненность ее края при пальпации. Иногда возникает иктеричность кожи и склер.

Диагностика

В анализе крови высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия. При посеве крови возбудитель заболевания выявляется примерно в 30%, чаще при абсцессах септического происхождения. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости обнаруживают высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы, возможно скопление жидкости в плевральном синусе. При газообразующей флоре на фоне тени печени может определяться уровень жидкости, иногда обнаруживается деформация верхнего контура печени. В диагностике помогают ультразвуковое исследование печени, компьютерная рентгеновская

томография, ангиография, а также сканирование печени с технецием.

Лечение.

Антибиотикотерапия в соответствии с чувствительностью микрофлоры. Для создания большей концентрации антибиотика в печени возможно введение катетера в печеночную артерию (по Сельдингеру) или в пупочную вену после ее выделения и инструментального бужирования с целью дилатации. При одиночных больших или нескольких крупных абсцессах показано оперативное лечение вскрытие и дренирование гнойника. Доступ лапаротомия или тораколапаротомия. Наиболее щадящим и в то же время эффективным методом лечения (особенно при множественных абсцессах) является чрескожное дренирование гнойника под контролем компьютерного томографа или ультразвукового сканера.

Осложнения: сепсис, поддиафрагмальный абсцесс, прорыв абсцесса в свободную брюшную или в плевральную полость, эмпиема плевры, гнойный перикардит.

Прогноз

Прогноз всегда очень серьезный. При одиночных крупных абсцессах в случае своевременного дренирования выздоравливают до 90% больных. Множественные абсцессы и недренированные одиночные почти всегда приводят к смерти.

Амебный абсцесс печени

Амебные абсцессы встречаются преимущественно в среднем возрасте, чаще у мужчин. Амебный абсцесс обычно одиночный, крупный, располагается чаще в правой доле. Содержимое абсцесса жидкое, характерного краснокоричневого цвета (так называемая паста анчоусов).

Симптомы

Клиническая картина почти аналогична пиогенным абсцессам, однако температура обычно несколько ниже, чем при пиогенных абсцессах, пока не присоединяется вторичная инфекция. В анамнезе обычно имеются данные о

Список литературы

1. Г. Сара Атлас хирургии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и желчных путей / Под редакцией Пьерп-Алена Клавьена, Михаэля Г. Сара, Юмана Фонга. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2015. - 503 с.
2. Неотложная абдоминальная хирургия / Под редакцией А.А. Гринберга. - М.: Триада-Х, 2015. - 496 с.
3. Оппель, В.А. Курс клинических лекций по частной хирургии / медицинское издательство, 2017. - 479 с.
4. Полушкина, Н. Н. Диагностический справочник хирурга / АСТ, 2017. - 592 с.
5. Полушкина, Н.Н. Диагностический справочник хирурга / Н.Н. Полушкина. - М.: Астрель, АСТ, 2017. - 153 с.
6. Попкиров, Стоян Гнойно-септическая хирургия / 2015. - 482 с.
7. Сеннинжера, Н. Атлас амбулаторной хирургии / Под редакцией В. Е. Г. Томаса Томаса, Н. Сеннинжера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 274 с.
8. Стручков, В. И. Гнойная хирургия / В.И. Стручков. - М.: Медицина, 2013. - 424 с.

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 6 группы
Попова С.С.**

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.