

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения и социального развития России.

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультета



Научно - исследовательская работа на тему:

« Диагностика и лечение абсцессов брюшной полости»

Выполнила:

Студентка 10 группы, 4 курса
педиатрического факультета
Крюкова Марина Викторовна.

Проверил:
Кухтенко Ю.В.
и Корч К.В.

г. Волгоград- 2018год

Содержание:

- Введение _____
- Цель научно-исследовательской работы _____
- Задачи научно-исследовательской работы _____
- Патогенез _____
- Вывод _____
- Список литературы _____

Введение

За последние 10 лет отмечается значительный рост количества абсцессов, осложняющих течение послеоперационного периода при заболеваниях и травмах органов брюшной полости и составляющих в настоящее время 17 - 48% всех осложнений после подобных операций.

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении таких осложнений, результаты далеки от совершенства, так как летальность при этой патологии по-прежнему остается высокой, достигая по данным различных авторов 22% и более.

Неудовлетворительные результаты обусловлены отсутствием эффективных критериев ранней диагностики абсцессов. Диагностическая ценность лабораторных критериев достигает 45,5%, лучевые методы (рентгенологические, УЗИ, КТ) повышают эффективность диагностики до 89%, но не решают проблему в целом. Одним из наиболее эффективных методов считают лапароскопию, но незначительное число публикаций и отсутствие четких критериев ее использования для диагностики внутрибрюшных абсцессов не позволяют по достоинству оценить ее возможности.

Цель научно-исследовательской работы

Изучить: улучшение результатов диагностики и лечения больных с абсцессами брюшной полости на основе совершенствования прогностических, диагностических критериев и использования современных малоинвазивных технологий

Задачи научно-исследовательской работы

Выяснить: изучить возможности современных методов диагностики и лечения внутрибрюшных абсцессов

Патогенез

1. Поддиафрагмальный абсцесс локализуется в правом или левом поддиафрагмальном пространстве и является осложнением различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: аппендицита, о. холецистита, перфоративной язвы желудка и ДПК, острого панкреатита и др.

Клиника и диагностика. постоянные боли, в правом или левом подреберье, которые могут иррадиировать в спину, лопатку, надплечье за счет раздражения окончаний диафрагмального нерва. Кроме того, больных

беспокоят тошнота, икота. Типичным является наличие затянувшейся лихорадки, ознобы. Пульс 100-110 ударов в минуту. одышки.

При осмотре отмечается вынужденное положение больного на спине или на боку, иногда полусидя. Язык суховат, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации. При значительных размерах поддиафрагмального абсцесса определяется асимметрия грудной клетки за счет выпячивания нижних ребер и межреберий. Поколачивание по реберной дуге резко болезненно. увеличение верхней границы печени; В ОАК выявляют лейкоцитоз со сдвигом влево, нейтрофилию и ускорение СОЭ.

Рентген. - высокое стояние правого купола диафрагмы, утрата его куполообразной формы, уплощение и резкое ограничение подвижности. наличие уровня жидкости с газовым пузырем над ним.

Лечение - хирургическое вскрытие и дренирование гнойника. Оперативное лечение представляет значительные трудности в связи с опасностью вскрытия свободной полости плевры или брюшины и инфицированию их. 2 доступа к поддиафрагмальному пространству: чрезбрюшинный; внебрюшинный доступ по А. В. Мельникову или со стороны спины с резекцией ребер. Последний предпочтительнее, так как удается избежать массивного бактериального обсеменения брюшной полости. При использовании этого метода разрез производится по ходу XI-XII ребер от паравертебральной до средне-подмышечной линии. Переходная складка плевры тупым путем отслаивается от диафрагмы кверху, после чего вскрывается диафрагма и опорожняется гнойник.

Межкишечные абсцессы развиваются на ограниченном участке брюшины, замкнутом петлями кишечника (чаще тонкой кишки), его брыжейкой, иногда сальником. Они развиваются в результате деструктивного аппендицита, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, после перенесенного разлитого гнойного перитонита.

Клиника и диагностика: тупые боли в животе умеренной интенсивности, периодическое вздутие живота. По вечерам возникает повышение температуры тела до 38 °С и выше. Живот остается мягким, признаков раздражения брюшины нет, лишь при близкой локализации гнойника к передней брюшной стенке и при его больших размерах определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При достаточно больших размерах абсцесса рентгенологически выявляют очаг затемнения, значительно реже с уровнем жидкости и газа. Диагностика межкишечных абсцессов достаточно трудна. Определенную помощь может оказать ультразвуковое исследование.

Дуглас-абсцесс.

Постоянные боли в нижних отделах живота, тенезмы, жидкий стул со слизью. Температура гектическая. Перитонеальные симптомы не выражены.

Диагностика. При пальцевом исследовании прямой кишки – нависание ее передней стенки, резкая болезненность и уплотнение тканей, иногда с размягчением в центре. При исследовании через влагалище – нависание заднего свода. В диагностике - УЗИ малого таза.

Лечение. Вскрытие и дренирование через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища.

Поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы.

Постоянные боли, усиливаются при глубоком вдохе, локализуются в подреберьях, иррадируют в спину, лопатку, плечо. Тошнота, икота. Температура гектическая. Тахикардия. Вынужденное положение больного на спине, на боку или полусидя. Живот поддут. При пальпации определяется болезненность соответственно локализации процесса. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Характерен реактивный плеврит.

Диагностика лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево. УЗИ.

Рентген. Более высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, ограничение её подвижности, выпот в плевральной полости на стороне поражения, уровень жидкости с газовым пузырем над ним.

Лечение. Хирургическое – вскрытие и дренирование полости абсцесса. Применяют чрезбрюшинный и внебрюшинный доступы. Пункция под контролем УЗИ.

Межкишечные абсцессы. Тупые боли в животе нечеткой локализации, вздутие живота, гектическая температура.

Париетальные абсцессы. Может быть местная симптоматика - инфильтрат. Вскрытие и дренирование.

Причины

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

Клиника

Общими симптомами являются повышение температуры тела (стойкое или интермитирующее), озноб, тахикардия, паралитическая кишечная

непроходимость, местное напряжение мышц передней брюшной стенки, отсутствие аппетита, тошнота.

Другие симптомы заболевания во многом зависят от локализации

патологии. 1. поддиафрагмального абсцесса могут включать кашель, боль при дыхании и боль в одном плече - пример отраженной боли, которая возникает потому, что плечо и диафрагма имеют общую иннервацию, вследствие чего мозг неправильно интерпретирует источник боли.

2. Боль при абсцессе селезенки может возникать в левой стороне брюшной полости, спины или в левом плече.

Брюшная стенка в области абсцесса обычно болезненна.

3. Для забрюшинного абсцесса характерна боль, обычно в нижней части спины, которая усиливается, когда человек сгибает ногу в тазобедренном суставе.

4. Симптомы абсцесса поджелудочной железы: повышение температуры тела, боль в животе, тошнота и рвота – часто возникают через неделю или больше после того, как приступ острого панкреатита был купирован (снят).

5. Симптомы абсцесса печени включают в себя потерю аппетита, тошноту и повышение температуры тела, общее недомогание. Боль в животе может отсутствовать. Печень увеличивается, ее край болезненный при пальпации.

6. Симптомы тазовых абсцессов могут включать боль в животе, понос из-за раздражения кишечника и учащенное мочеиспускание в связи с раздражением мочевого пузыря.

7. Симптомы абсцесса почки включают повышение температуры тела, озноб и боль в нижней части спины. Мочеиспускание может быть болезненным, иногда в моче присутствует кровь.

8. При абсцессе предстательной железы мочеиспускание становится болезненным, частым или затрудненным. Реже больной чувствует боль в основании полового члена или замечает гной или кровь в моче.

Диагностика

1. Вынужденное положение :лежа на боку или спине, полусидя, согнувшись . Язык сухой, обложен сероватым налетом, живот незначительно вздут. 2. Пальпация живота при абсцессе брюшной полости обнаруживает болезненность в отделах, соответствующих локализации гнойного образования (в подреберье, глубине таза и др.). Наличие поддиафрагмального абсцесса характеризуется асимметрией грудной клетки, выпячиваем межреберий и нижних ребер.

3. ОАК лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

4. Обзорная рентгенография брюшной полости

5. исследовании ЖКТ (рентгенографии пищевода и желудка, ирригоскопии, фистулографии)

6. УЗИ брюшной полости , КТ, диагностической лапароскопии.

Лечение

1.оперативного лечения всех видов абсцессов брюшной полости заключаются во вскрытии гнойника, его адекватном дренировании и санации

2.АБ (аминогликозидов, цефалоспоринов, фторхинолонов, производных имидазола)

Вывод

1. Современные диагностические методы, основанные на использовании высоких технологий, позволяют в кратчайшие сроки установить диагноз абсцесса брюшной полости, определить его локализацию, распространенность, вовлечение в процесс и степень поражения прилежащих органов, оценить тяжесть состояния больных. Диагностическая значимость УЗИ составляет 77,8%, КТ - 89,7%, видеолапароскопии - 79,3%. Рентгенолимфография может рассматриваться в качестве одного из методов диагностики, и наиболее эффективна при множественных абсцессах брюшной полости.

2. Определение уровня провоспалительных цитокинов в крови больных в раннем послеоперационном периоде является высокоинформативным исследованием, указывающим не только на возникновение гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, но и на возможность его развития. Снижение более чем в 1,5 раза уровня IL-1P и повышение в 3 раза от исходного уровня концентрации IL-8 и TNFa у больных в первые сутки после операции является ранним прогностическим признаком развития внутрибрюшного абсцесса.

3. Рациональное сочетание методов малоинвазивной хирургии и традиционных хирургических вмешательств на фоне современной консервативной терапии обеспечивает радикальное излечение больных с абсцессами брюшной полости и позволяет избежать тяжелых осложнений.

4. Назначение иммуномодулирующих препаратов, действие которых в первую очередь направлено на коррекцию вторичного иммунодефицита (Вилон, Ронколейкин) при прогнозируемом высоком риске возникновения послеоперационного внутрибрюшного абсцесса позволяет практически в 2 раза снизить количество послеоперационных гнойных осложнений.

5. Эндолимфатическая и лимфотропная терапия является эффективным методом борьбы с эндотоксикозом. Эндолимфатическое введение растворов лекарственных препаратов на фоне проточного дренирования лимфатической системы позволяет восстановить функцию последней, нарушенную на фоне гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, что подтверждается результатами рентгенолимфографии.

Список литературы

- Алексеев А.А., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Хирургическая техника дренирования грудного лимфатического протока // Вестн. хир.- 1988.- № 3.- С. 12-18.
- Альперович Б.И., Казанцев Н.И, Смольянинов Е.С. и др. Влияние нарушений иммунитета на частоту гнойных послеоперационных нарушений у больных при операциях на печени // Хирургия. 1997. - № 1. -С. 41-44.
- Альперович Б.И., Соловьев М.М. Очерки неотложной хирургии живота // Томск. 1975. - 150 с.
- Анисимов В.Н., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Роль пептидов эпифиза в регуляции гомеостаза: 20-летний опыт исследования // Успехи соврем, биол. 1993. - Т. 113, Вып. 4. - С. 752-762.
- Анкудинов Ф. С., Финк К.К., Семёнов Н.В. Комплексное лечение разлитого гнойного перитонита // 8 Всероссийский съезд хирургов. Тезисы докладов. Краснодар. - 1995. - С. 570-571.
- Антибактериальная терапия:// Практическое руководство под ред. ЛТ.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. -М.: 2000. 191 с.
- Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия основных форм хирургической инфекции: метод, рекомендации // Под ред. Н.А. Ефименко. М.: ГВМУ МО РФ. - 2002. - 50 с.
- Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия основных форм хирургических инфекций: метод, рекомендации // Под ред. Н.А. Ефименко. М.: ГВМУ МО РФ. - 2004. - 46 с.
- П.Атрафонов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационные перитониты: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии 2000. - № 5 - С. 114-118

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 10 группы
Крюковой М.В.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

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

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



Кухтенко Ю.В.