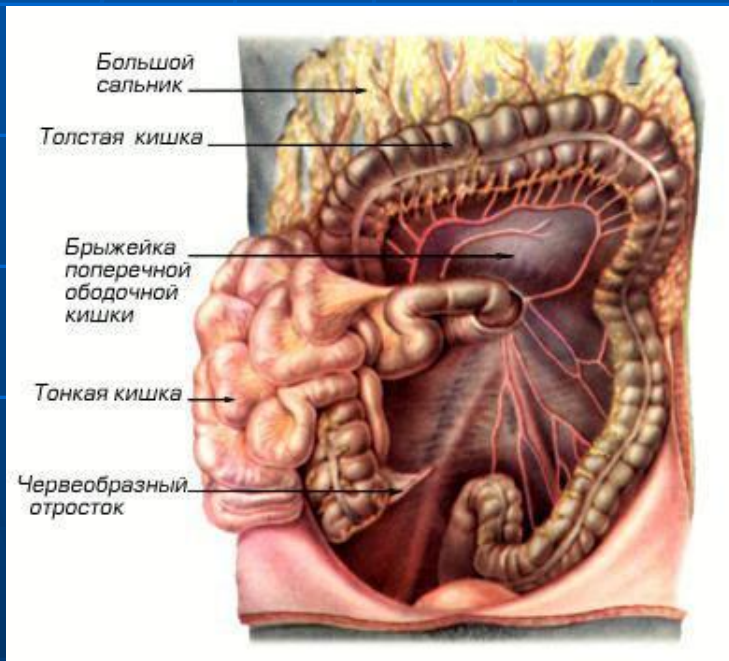


Самарский государственный медицинский университет



Кафедра хирургических болезней №1



ПЕРИТОНИТЫ

Зав. кафедрой,
профессор И.В. Макаров



Перитонит – острое или хроническое воспаление брюшины, сопровождающееся как местными, так и общими симптомами заболевания, нарушениями функции важнейших органов и систем организма. По данным современных авторов, летальность от распространенного перитонита продолжает оставаться 10-35 %, достигая 40-60 %.

Один из основателей учения о перитоните Вегнер (Wegner) в 1891 году говорил, что мое поколение воспитано **в страхе перед Богом и перитонитом**. Отечественный хирург К.С. Симонян (1971) в 70-х годах прошлого века отвечал: **«... страх перед Богом прошел, а перед перитонитом остался»**.





ПЕРИТОНИТЫ

Это заболевание было известно давно. В Древнем Египте находили мумии с разрезом в правой подвздошной области. Впервые в III веке до н.э. грек Эрзострат при скоплении гноя в брюшной полости стремился его удалить, производя разрез в паховой области. В России все воспалительные заболевания живота объединялись общим понятием «*антонов огонь*» и считались неизлечимыми.

Первое достоверное описание перитонита произведено военным врачом Василием Шабановым на почве прободения язвы в 1816 году, но о лечении речи не было. Первую попытку оперативного лечения предпринял и в России и в мире – Шмидт в 1881 году.





Классификация

По клиническому течению: *острый и хронический.*

Острый перитонит разделяют:

А. По причине возникновения.

1). Перитониты, осложняющие течение острых заболеваний брюшной полости: *аппендицит, перфоративная язва, острый панкреатит, кишечная непроходимость, острый холецистит и т.д.*

2). Посттравматические перитониты.

3). Послеоперационные перитониты

Б. По распространенности:

Местный и распространенный перитониты.

Местный перитонит подразделяется на: 1) ограниченный (абсцессы брюшной полости: периаппен-



Классификация

дикулярный, межпетельный, Дугласова пространства, поддиафрагмальный, подпеченочный и т.д.)

2) неограниченный перитонит, когда нет никаких сращений, спаек, но процесс локализуется не более чем в 2 анатомических областях.

Распространенный перитонит:

1) диффузный – процесс захватывает не более 2 этажей полости; от 2 до 5 анатомических областей;

2) разлитой – захватывает более 2 этажей брюшной полости (60 % брюшинного покрова) или более 5 анатомических областей;





3) общий или тотальный перитонит – воспаление всего серозного покрова брюшины, включая сумки, карманы (патолого-анатомическое понятие).

В. По характеру экссудата.

1) Сухие – молниеносное течение (12-24 часа) приводит к гибели (очень редко).

2) Экссудативные: серозные; серозно-фибринозные; гнойные, гнилостные, желчные, мочевые, геморрагические, смешанные и т.д.

Г. Инфекционные и асептические (при попадании крови, мочи – асептический перитонит, но через несколько часов это будет септический перитонит).





Брюшина выполняет роль покрова, в котором содержатся органы брюшной полости, несет

защитную, поддерживающую, резорбционную и выделительную функции. Общая площадь брюшины – 1,7-1,8 м² или 21986 см², а кожи – 22 167 см², т.е. равна площади кожного покрова человека.

Функция брюшины: а) **поддерживающая и защитная** (большой сальник, париетальная и висцеральная брюшина); б) **защитная** – брюшина выделяет жидкость, до 50-60 мл для скольжения органов в брюшной полости, при чем, брюшина, покрывающая тонкий и толстый кишечник, матку, обладает транссудирующим свойством, выделительной способностью, а в области углов диафрагмы, илеоцекального угла – резорбтивной функцией,



это «всасывающие люки», способные всасывать даже крупные белковые молекулы. За сутки брюшина способна всасывать объем жидкости, равный массе тела человека (до 70 л жидкости).

Защитная функция проявляется в способности экссудировать огромное количество лейкоцитов, лимфоцитов, макрофагов – до 25-30 млрд. при перитоните, кроме того, способствует выпадению фибрина и ограничению воспаления. Даже при тяжелых гнойных перитонитах, если устраняется источник воспаления, происходит рассасывание больших количеств гноя из брюшной полости. Это ее ведущая защитная функция.



Большой сальник – «жандарм» брюшной полости!

3). **Брюшина – это огромное рецепторное поле.**

Основная причина развития перитонита – инфекция.

Микробный (бактериальный) перитонит.

1. *Неспецифический*, вызванный в том числе и микрофлорой ЖКТ. Наибольшее значение имеют штаммы следующих микроорганизмов:

1) аэробы грамотрицательные – кишечная палочка, синегнойная палочка, протей, клебсиеллы, энтеробактер, акинетобактер, цитробактер;

2) аэробы грамположительные: стафилококки, стрептококки;





3) анаэробы грамотрицательные: бактериоиды, фузобактерии, вейлонеллы;

4) анаэробы грамположительные: клостридии, лактобациллы, стрептококки, пептококки.

2. *Специфический*, вызванный микрофлорой не имеющей отношения к ЖКТ - гонококки, пневмококки, микобактерии туберкулеза и др.

Бактериологическая характеристика.

Гнойный перитонит в современных условиях отличается сочетанной флорой со возрастающими патогенными свойствами. При этом *E.coli* имеет главенствующее значение, возросла роль белого и золотистого стафилококка, энтерококка – *streptococcus fecalis*, клебсиеллы, вульгарного протей и других анаэробов.



Особые формы перитонита:

1. *Канцероматозный* (при запущенных стадиях опухолей органов брюшной полости).
2. *Паразитарный.*
3. *Ревматоидный.*
4. *Гранулематозный* (при высыхания поверхности брюшины в ходе операции, воздействия талька, нитей, перевязочного или шовного материала).

Этиология и патогенез

1. Червеобразный отросток (30-65%), аппендициты: перфоративный, флегмонозный, гангренозный.
2. Желудок и двенадцатиперстная кишка (7-14%) - прободная язва, перфорация рака, флегмона желудка, инородные тела и др.;
3. Женские половые органы (3-12%) – сальпингоофорит, эндометрит, пиосальпинкс...



4. Кишечник (3-5%) - непроходимость, ущемление грыжи, тромбоз сосудов брыжейки, перфорация брюшнотифозных язв, перфорация язв при колите, туберкулез, болезнь Крона, дивертикулы;

5. Желчный пузырь (10-12%) - холециститы: гангренозный, перфоративный, флегмонозный, пропотной желчный перитонит без перфорации;

6. Поджелудочная железа (1%) - панкреатиты, панкреонекроз.

7. Послеоперационные перитониты составляют 1% от всех перитонитов.

8. Редко встречающиеся перитониты возникают при абсцессах печени и селезенки, циститах, прорыве паранефрита, плеврите и др.





В некоторых случаях первопричину перитонита невозможно установить даже на вскрытии; такой перитонит называют криптогенным.

Асептический (абактериальный, токсикохимический) перитонит – при воздействии на брюшину агрессивных агентов неинфекционного характера: кровь, желчь, желудочный сок, хилезная жидкость, панкреатический сок, моча; при асептическом некрозе внутренних органов. Но, через несколько часов станет септическим (бактериальным).

Патогенез перитонита. При повреждении брюшины – попадании инфекции при повреждении полых органов, или от ранящего снаряда, или вследствие перехода с воспаленных органов – *per continuitatem*, или др. – *реакция*





локализовать, окружить и подавить инфекцию.

Наличие огромного рецепторного поля обуславливает выраженную болевую реакцию – масса сигналов идет в головной мозг. «**Окружить**» – продуцирование жидкости, выпадение фибрина, подход сальника. «**Подавить**» – спазм венозных капилляров и развитие артериально-капиллярной гиперемии. Спазм венозных капилляров препятствует распространению инфекция по всему организму. По артериям приносится большое количество крови и жидкости. Жидкость транссудирруется в брюшную полость – эффект разбавления токсинов и микробов, приносится огромное количество антител, лейкоцитов, лимфоцитов, развивается активная реакция фагоцитоза.





При этом в значительно меньшем количестве случаев инфекция подавляется, чаще всего – нет. Защитная реакция артериально-капиллярной гиперемии переходит в патологическую, приводит к тому, что до 50% всей жидкости скапливается в сосудах брюшной полости. **Сердце «бешеным галопом охотится за кровью, скрывшейся в сосудах брюшной полости»!**

Кроме того, жидкость экссудировается, но в меньшем количестве сначала, и в саму брюшную полость. Развивается обезвоживание, выраженная *гиповолемия, гипотония, гипоксия*, гипопротейнемия, т.к. идет потеря (выделение) большого количества белка. Резко снижается МОС, УО, МОД, развивается тахикардия, тахипное!





Далее, наличие инфекции в брюшной полости вызывает рефлекторный парез кишечника – команда «замри», чтобы не было ее дальнейшего распространения. Возникает кратковременный спазм кишечника, а потом его атония. В просвете кишечника скапливается большое количество жидкости, секрета, химуса, развивается паралитическая кишечная непроходимость. Все это приводит к резкому ухудшению функции печени, т.к. *по портальной вене* все токсины устремляются в печень, которая некоторое время справляется с этим огромным потоком токсических продуктов, а потом наступает ее декомпенсация и токсины прорываются в общий кровоток.





При этом страдают больше всего: 1) ЦНС – развивается эйфория, нарушается сознание;

2) сердце – токсический миокардит, при этом сердце уже и так работает с перегрузкой;

3) почки – олигурия, снижается АД – анурия, развивается синдром токсической почки: в моче эритроциты, белок, эпителий, лейкоциты; все токсические вещества остаются в паренхиме почки.

Высокое стояние диафрагмы, при парезе кишечника, болевом синдроме резко снижают функцию легких, развивается *гипостатическая пневмония*, присоединяется инфекция и – *бактериальная пневмония*. В конце концов возникает **синдром полиорганной недостаточности (СПОН)**.





При котором ССС страдает в 40 %, мочевыводящая система – в 70 %, гепато-билиарная – в 30-50%, дыхательная – в 43 %. Различают молниеносное течение синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), – через 24-48 часов с момента возникновения перитонита, – практически в 100 % смерть; и каскадное – когда постепенно выпадают то одна, то другая системы, и тогда можно эту реакцию подавить (есть время).

Общее звено патогенеза острого распространенного перитонита – **ГИПОКСИЯ**. Вначале развивается *дыхательная гипоксия* – высокое стояние диафрагмы, болевой синдром, снижение ДО, МО дыхания, далее гипостатические и бактериальные пневмонии.





Тахикардия, снижение ОЦК приводит к развитию *циркуляторной гипоксии*. Тяжелая интоксикация приводит к нарушению эритропоэза, а если была травма, кровотечение, то все это способствует развитию *гемической гипоксии*.

Наличие расстройств всех видов обмена, ацидоз, поражение цитохромной системы приводит к тому, что нарушается сродство гемоглобина к кислороду, кислород не усваивается тканями, при этом развивается *гистотоксическая (тканевая) гипоксия*. Без выведения из гипоксии больного вылечить нельзя.

В течение острого гнойного перитонита выделяют несколько стадий (фаз). В основу классификации перитонитов по фазам (стадиям), предложенной И.И. Грековым (1952), положен фактор





времени: ранняя стадия - до 12 ч, поздняя – 3-5 дней и конечная – 6-21 день от момента заболевания. Однако в практической работе наблюдается значительная разница динамики патологического процесса в зависимости от индивидуальных особенностей организма, причин и условий развития перитонита. Наиболее целесообразной считается классификация перитонитов с выделением

реактивной, токсической и терминальной фаз (Симонян К. С., 1971). Ее преимущество – в стремлении увязать тяжесть клинических проявлений с патогенетическими механизмами перитонита.

1. Реактивная (первые 24 ч) - стадия максимальных местных проявлений и менее выраженных общих проявлений;





2. Токсическая (24 - 72 ч) - стадия стихания местных проявлений и превалирования общих реакций, типичных для интоксикации;
3. Терминальная (свыше 72 ч до 10 суток) - стадия глубокой интоксикации на грани обратимости.
- В первую, реактивную стадию отмечается наличие болевого шока – резких болей в животе, усиливающихся при перемещении тела, кашле, глубоком дыхании, резкого напряжения брюшной стенки (defans musculare), наличие положительного симптома Щеткина-Блюмберга, вздутие живота (симптомы паралитической кишечной непроходимости), отсутствие кишечных шумов, перкуторно и по данным УЗИ – наличие жидкости в брюшной полости.





С самого начала больной имеет вид тяжело страдающего человека, покрытого холодным потом, лежащего в вынужденном положении (нередко на спине с приведенными к животу ногами), лишенного возможности глубоко дышать, но находящегося в полном сознании. Настроение может быть тревожным, подавленным, речь обычная.

Общие симптомы – бледность лица, запавшие глазные яблоки, заострившиеся черты лица, сухость слизистых оболочек и полости рта, высокая температура (39-40°C), пульс частый и малого наполнения, не соответствует температуре, его частота опережает температуру, тахикардия до 120 в минуту, высокий лейкоцитоз (до 12-18 тыс./л), сдвиг лейкоформулы влево, появление незрелых форм,





уменьшение лимфоцитов. Артериальное давление в этот период чаще слегка понижено.

Местные симптомы. Язык обложен белым налетом, суховат. Брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания (втягиваются при вдохе лишь межреберные промежутки), иногда глазом можно определить ее ригидность. Пальпировать живот надо нежно, начиная с поверхностной пальпации наименее болезненного места, стремясь определить **защитное напряжение мышц**. Клиническое значение этого симптома неоценимо. Г. Мондор (1937) считал, что: *«во всей патологии трудно найти более верный, более точный, более полезный и более спасительный симптом»*. Это **«сверхпризнак всех абдоминальных катастроф»**.





Вторая стадия, токсическая, отмечается стиха-

ние местных проявлений и превалирование

общих расстройств. Состояние больного становится тяжелым. Его беспокоят слабость и жажда.

Нарастает вздутие живота, паралитическая кишеч-

ная непроходимость. Возникает и продолжается

мучительная рвота, вскоре она принимает харак-

тер срыгивания. Рвотные массы темные, бурые с

неприятным запахом («фекальная

рвота»). Лицо бледнеет, заостряется

глаза западают («лицо Гиппократ-

та»). Выявляется цианоз кончика

носа, ушных мочек, губ. Конечности

холодные, ногти – синие. Дыхание

учащенное, поверхностное, иногда





прерывистое, аритмичное. АД низкое, пульс учащен, 120-40 уд/мин, не соответствует температуре, мягкий, то едва ощутим, то более полный, Сердечные тоны глухие (эндотоксический шок по данным зарубежных авторов).

Язык сухой, обложен темным, плохо снимающимся налетом. Сухость во рту мешает больному говорить. Живот вздут, умеренно напряжен и умеренно болезнен при пальпации, снижение болевого синдрома, защитного напряжения мышц. При перкуссии живота определяется равномерный высокий тимпанит, метеоризм, в отлогих местах живота – притупление звука, изменяющее свой уровень при поворотах больного, что свидетельствует о скоплении экссудата.





Аускультация выявляет исчезновение перистальтики, иногда слышен «шум падающей капли». Газы не отходят, стул отсутствует. Моча становится темной, ее мало (меньше 25 мл в час), анурия. Может выявляться пневмония, желтуха.

Третья стадия, терминальная. Тяжелейшее состояние, «смазанность» общих симптомов и отсутствие местных. Вследствие угнетения защитных сил – снижается лейкоцитоз, температура, появляется эйфория – больной может сказать, что у него все хорошо. Может появиться токсический понос.

Адинамия, прострация, интоксикационный делирий, расстройства дыхания и сердечной деятельности – септический шок (зарубежом).





Кожа бледна желтушна, цианоз. Боли в животе почти отсутствуют. Дыхание поверхностное, аритмичное, частый еле ощутимый пульс, низкое АД. Больной то лежит неподвижно, то мечется, вздрагивает, «ловит мушек», глаза становятся тусклыми. Живот вздут, пальпация его малоболезненна, при выслушивании – «гробовая тишина» (симптом Лотейссона).

Экспериментальные и клинические данные привели к убеждению, что патогенетическая сущность перехода от *реактивной фазы к токсической* состоит в прорыве биологических барьеров, сдерживающих эндогенную интоксикацию (печень, брюшина, кишечная стенка), переход к *терминальной фазе* – истощением защитно-компенсаторных



Особенность течения перитонита у больных
пожилого и старческого возраста. Дряблая,

«слабая» брюшная стенка, сниженная реактивность, наличие сопутствующих заболеваний, как следствие этого – отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга, отсутствие напряжения брюшной стенки, отсутствие выраженной температурной реакции, отсутствие высоких цифр лейкоцитов крови.

Особенность течения послеоперационного
перитонита – после операции больной получает анальгетики, в том числе и наркотические, следовательно, болевой синдром отсутствует или резко снижен;





2) длительное нарушение перистальтики может объясняться следствием оперативного вмешательства; 3) стертость симптоматики может быть обусловлена антибиотикотерапией, инфузионной терапией и т.д..

Дифференциальная диагностика.

1) Есть ли перитонит?

2) Что послужило его причиной?

Клиника инфаркта миокарда, острого панкреатита, отравление суррогатами алкоголя может симулировать перитонит. «Ложный острый живот» может симулировать свинцовая колика, морфийная колика (резкий спазм кишечника), забрюшинные гематомы, почечная колика, базальная плевропневмония.





Первый вопрос необходимо разрешать для выработки тактики лечения – оперативное или консервативное. При ответе на второй вопрос важно выяснить причину перитонита для выбора операционного доступа.

При травмах – причина чаще всего ясна, при острых заболеваниях брюшной полости – выяснить причину труднее, помогает тщательно собранный анамнез, лабораторные и инструментальные методы. Если перитонит ограниченный – разрез там, где источник, если перитонит разлитой – срединная лапаротомия.

С.И. Спасокукоцкий говорил, что при перитонитах операция в первые часы «дает 90 % выздоровлений, в 1-ый день – 50 %, позже 3-его – 10 %».

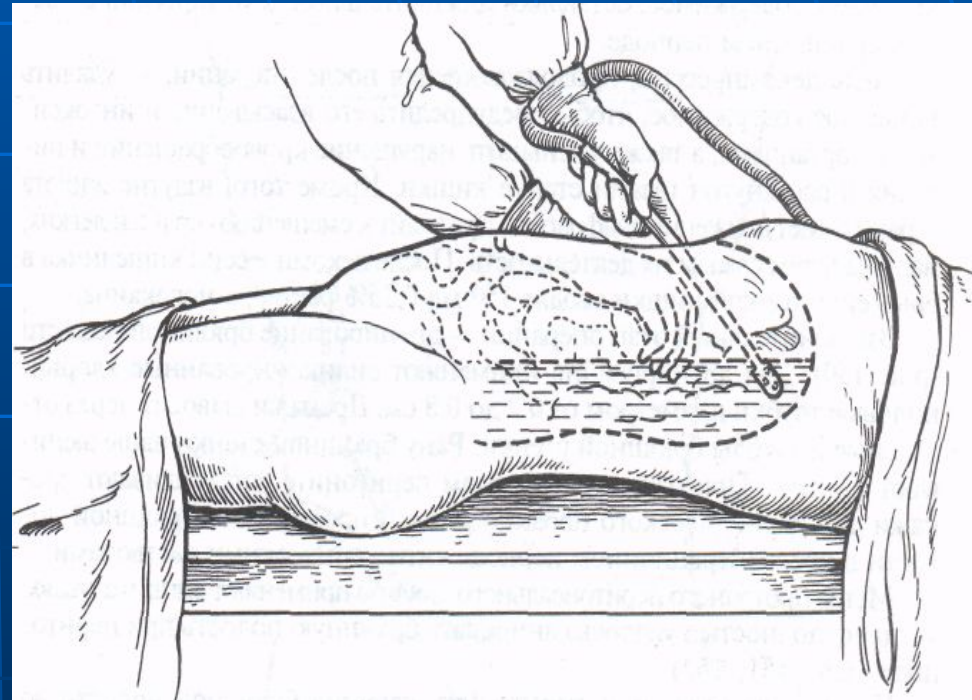


Лечение перитонита должно быть комплексным, патогенетическим, воздействовать на все

звенья патогенеза. Методы лечения:

1). Хирургические

- лапаротомия, раннее удаление или изоляция источника перитонита;
- интра- и послеоперационная санация брюшной полости;
- декомпрессия тонкой кишки, борьба с паралитической непроходимостью;
- дренирование брюшной полости.



Удаление экссудата при перитоните с помощью электроотсоса.





2). Антибактериальная терапия.

3). Коррекция глубоких обменных нарушений.

Противопоказанием может быть только агональное и предагональное состояние и неясность диагноза, неуверенность в диагнозе. Но даже и при предагональном состоянии можно начать лечение – в постели, под местной анестезией, вставлять дренажные трубки. При неясности диагноза – весь комплекс диагностических мероприятий (УЗИ, лапароскопия, КТ и т.д.).

Сомневаешься – оперируй!

Предоперационная подготовка заключается в катетеризации центральных вен и введении 1,5-2 л жидкости: рео- и полиглюкин, кристаллоиды и коллоиды и др., антибиотики широкого спектра,



глюкокортикоиды, симптоматическая терапия.

Преднаркозная – опорожнение желудка (через зонд), нижних отделов кишечника (клизма).

Лучше отложить операцию на 2-3 часа для целенаправленной подготовки, чем начинать ее у неподготовленного больного!

Доступы: срединная лапаротомия в одном из вариантов (верхняя, нижняя, средне-срединная).

При известном источнике (перфоративная язва) – верхнее-срединная лапаротомия, при неясном – средне-срединная лапаротомия.

Цели и задачи оперативного пособия.

1). *Ревизия и установление причины перитонита.*





2). *Удаление или изоляция источника перитонита* (ушивание перфорации, аппендэктомия, резекция кишки, изоляция прорвавшегося абсцесса; изоляция и дренирование полости малого сальника при гнойном панкреатите и др.).

3). *Санация брюшной полости* – удалить гной и жидкость, налет фибрина и т.д.

4). *Борьба с паралитической непроходимостью*: новокаиновая блокада корня брыжейки тонкой кишки; *декомпрессия ЖКТ*:

а) *открытые декомпрессии*: *наложение колостом* (чаще всего цеколостом), энтеростом, в том числе подвешной илеостомы по Юдину; илеостомия по Майдлю. Кроме того, используют сочетание колостом с дренированием кишечника





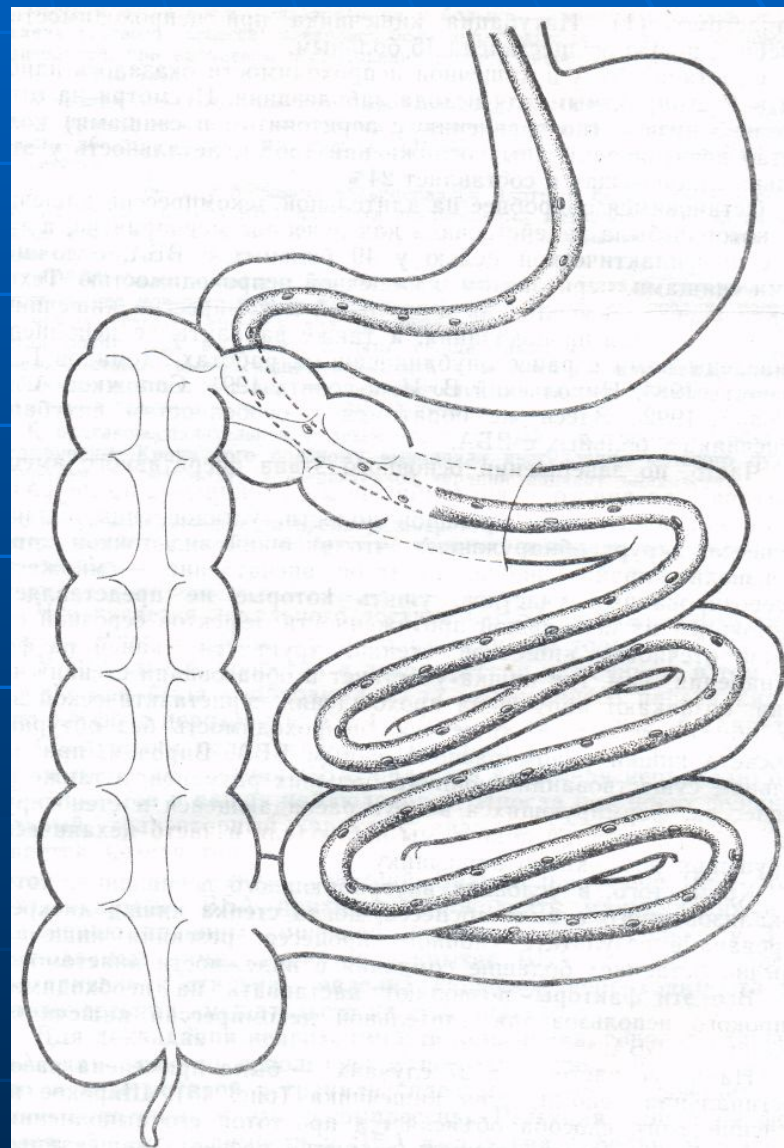
(проводят зонд через цекостому по Зауэру; через гастростому по Дедереру); через анус – в

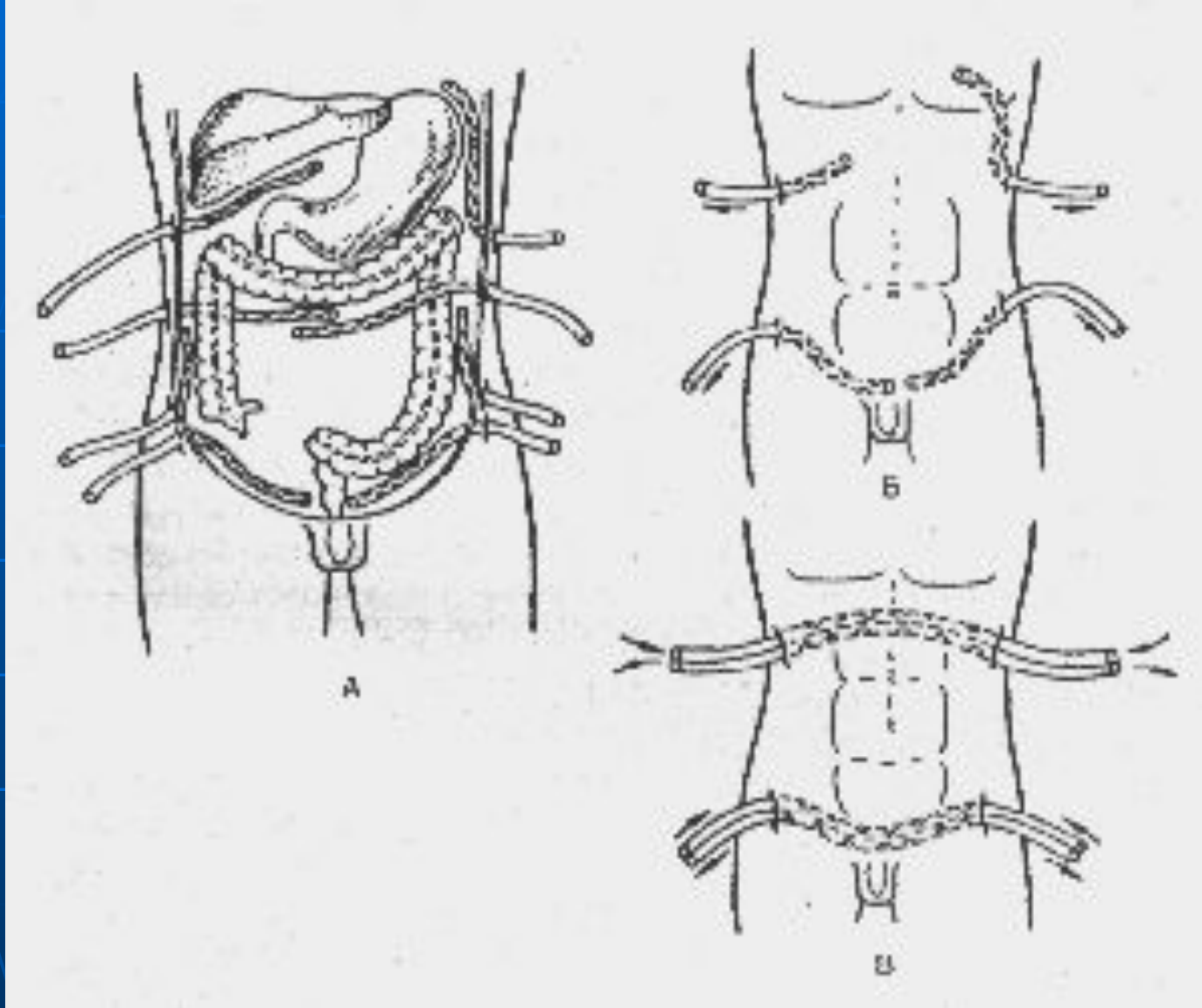
толстую кишку;

б) закрытая декомпрессия с помощью двухпросветных тонко-кишечных зондов типа Миллера-Эббота (назогастральный и назо-гастроинтестинальный зонды);

в) насильственное растяжение сфинктера заднего прохода по Рекомье.

5). Дренирование брюшной полости (4-6 дренажей).





Варианты дренирования брюшной полости при диффузном распространенном перитоните

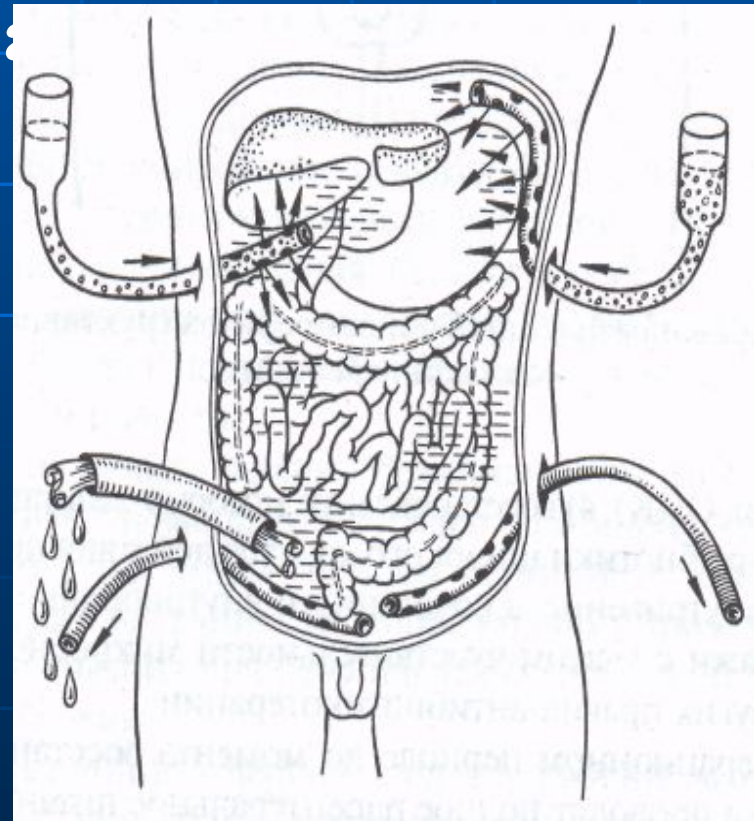




Постановка трубок для перитонеального диализа. Различают фракционный и проточно-непрерывный. Проточный – капельное введение 10-12 л в первые сутки, 6-8 л во вторые, 4-5 л в третьи, дренажи держат еще сутки. Фракционный – вводят

2 л диализата, закрывают дренаж, открывают для оттока. Процедуру повторяют 5-6 раз в сутки в течение 3 дней.

Проведение перитонеально-го лаважа при перитоните.





Осложнения: а) «забываются» дренажи и задержка жидкости – напряженный гидроперитонеум, нарастающий отек на конечностях, гиперволемиа – прогрессирующая сердечная недостаточность

б) токсический эффект антибиотиков, вследствие кумуляции препаратов.

Показания: терминальная стадия острого гнойного перитонита.

Как «уйти» из брюшной полости? Как закончить операцию?

1) Не зашивать брюшную полость – предложил американский ученый Макоха, т.е. открытое ведение брюшной полости, как гнойную рану – *лапаростомиа*. В брюшную полость укладываются салфетки, которые впитывают гной, экссудат,



периодически их меняют и зашивают брюшную полость через 5-7-дней.

2) Метод программированных релапаротомий – больница им. Н.И.Пирогова – до 16-18 релапаротомий.

3) Вшивание «молнии» (Ярославль).

4) Но лучше всего зашивать брюшную полость, т. к. закрытая наглухо брюшная полость быстрее справляется с инфекцией.

Послеоперационное ведение больного.

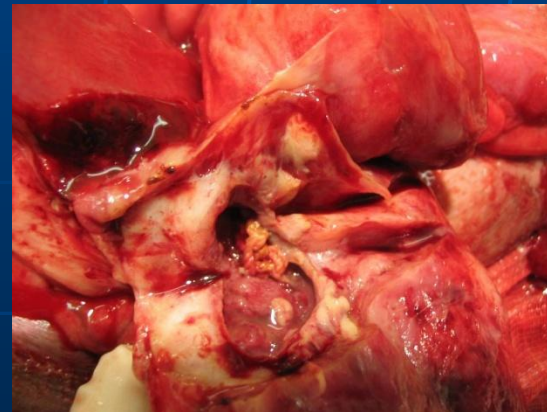
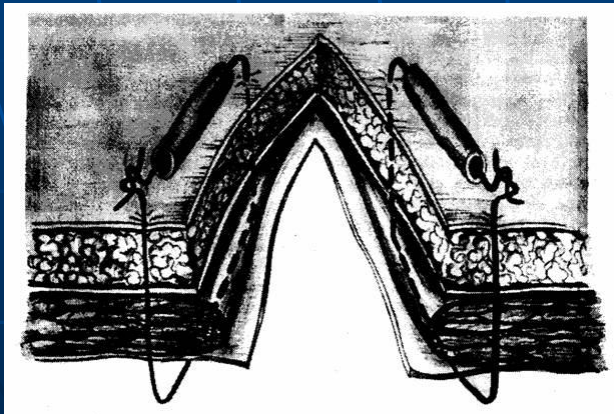
1). *Борьба с инфекцией.* Назначение наиболее эффективных препаратов. Комбинация антибиотиков и антисептиков, назначение их в максимальных дозах, превышающих среднюю терапевтическую

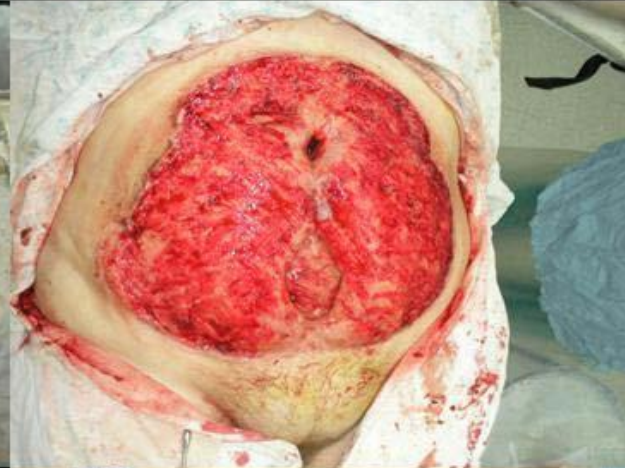




2). Дезинтоксикационная и инфузионная терапия – до 5-6 л в день.

3). Борьба с паралитической кишечной непроходимостью: электростимуляция (амплипульс); химическая – 0,1 % раствор прозерина – 1 мл, через 20-30 минут – 10 % р-р NaCl – 40-60 мл в/в, через 40 мин гипертоническая клизма; назначение убретида (1-2 мл) – «метод кнута»; сифонная клизма (пневмомассаж кишечника) и ГБО-терапия – «метод пряника»; *эпидуральная анестезия.*





Ограниченные перитониты



Диагностика и лечение поддиафрагмального и

подпеченочного абсцессов. Диагноз устанавливают

на основании клинических проявлений (лихорадка,

вынужденное положение, боли в подреберье с

иррадиацией в спину или плечо, пастозность кожи

в межреберных промежутках,

симптом Крюкова, реактив-

ный плеврит), характерных

для гнойной интоксикации

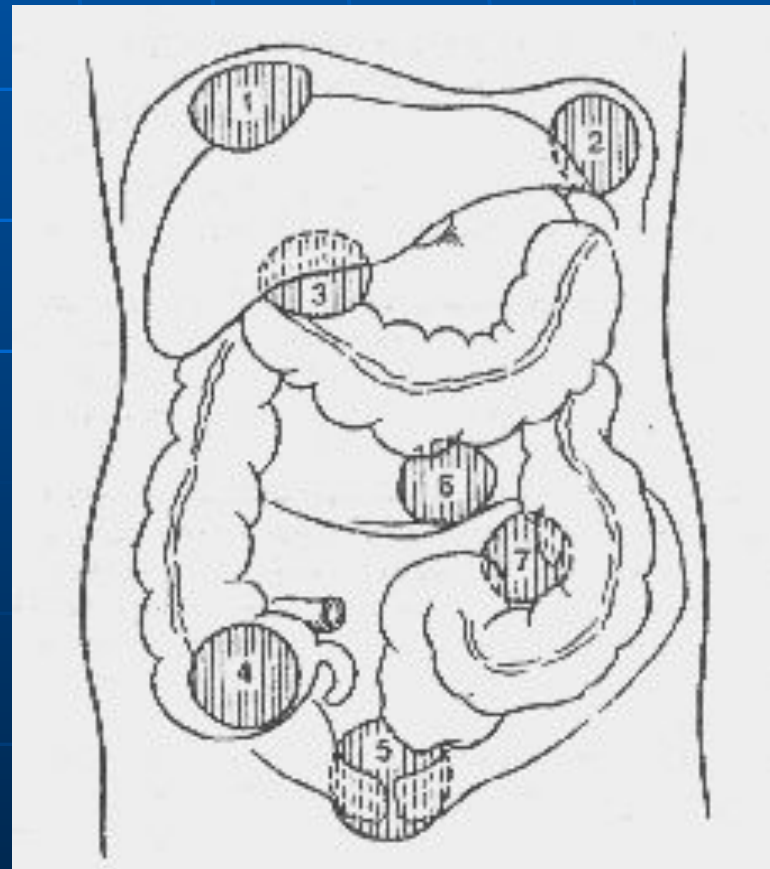
изменений крови, рентгеноло-

гических исследований (вы-

сокое стояние купола диафраг-

мы, ограничение ее подвиж-

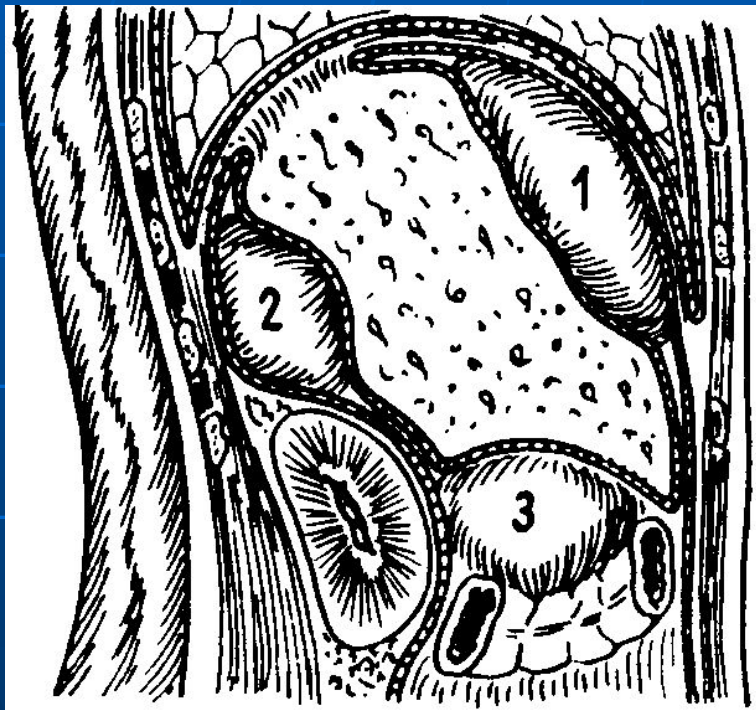
ности, выпот в плевральной





Ограниченные перитониты

полости, уровень жидкости с газовым пузырем над ним). УЗИ и КТ достоверно устанавливают наличие гнойника в брюшной полости.



Расположение правосторонних поддиафрагмальных абсцессов: передне-верхнего (1), задне-верхнего (2) и нижнего (3).

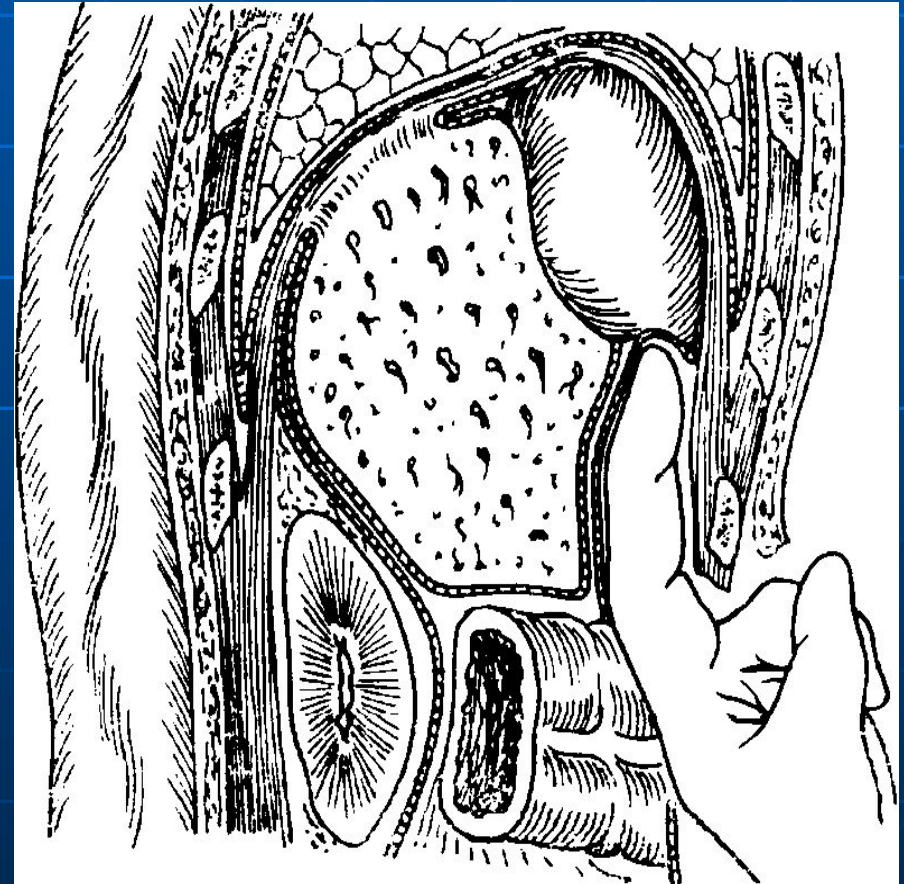


Расположение левосторонних поддиафрагмальных абсцессов: верхнего (1), передне-нижнего (2), задне-нижнего (3)



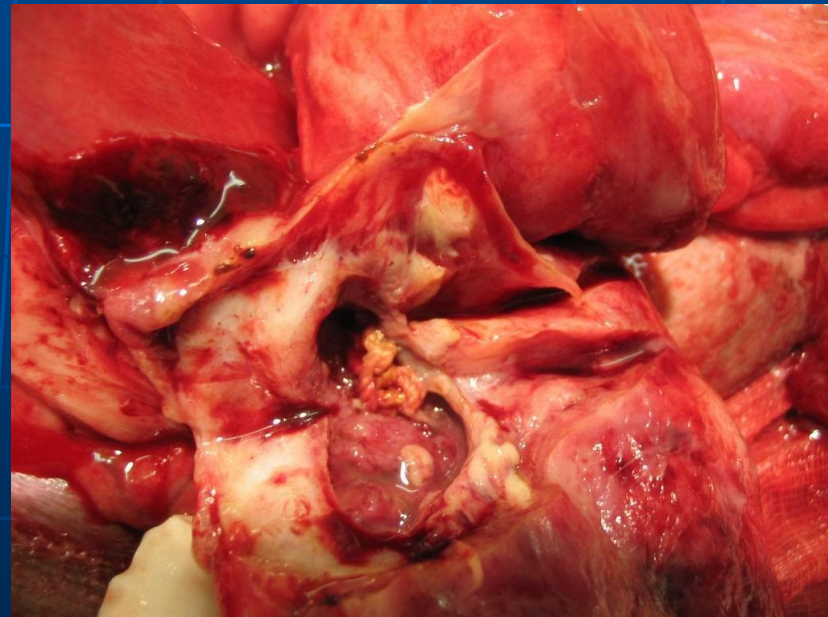
Лечение хирургическое – вскрытие и дренирование полости абсцесса чрезбрюшинно или внебрюшинно. Последний доступ предпочтительнее. Показано назначение антибиотиков широкого спектра действия, подавляющих аэробную и анаэробную.

Вскрытие правостороннего поддиафрагмального передне-верхнего абсцесса. Сначала производят подплевральное экстраперитонеальное обнажение: пальцем проникают под правое подреберье, продвигаясь кверху между диафрагмой и париетальной брюшиной



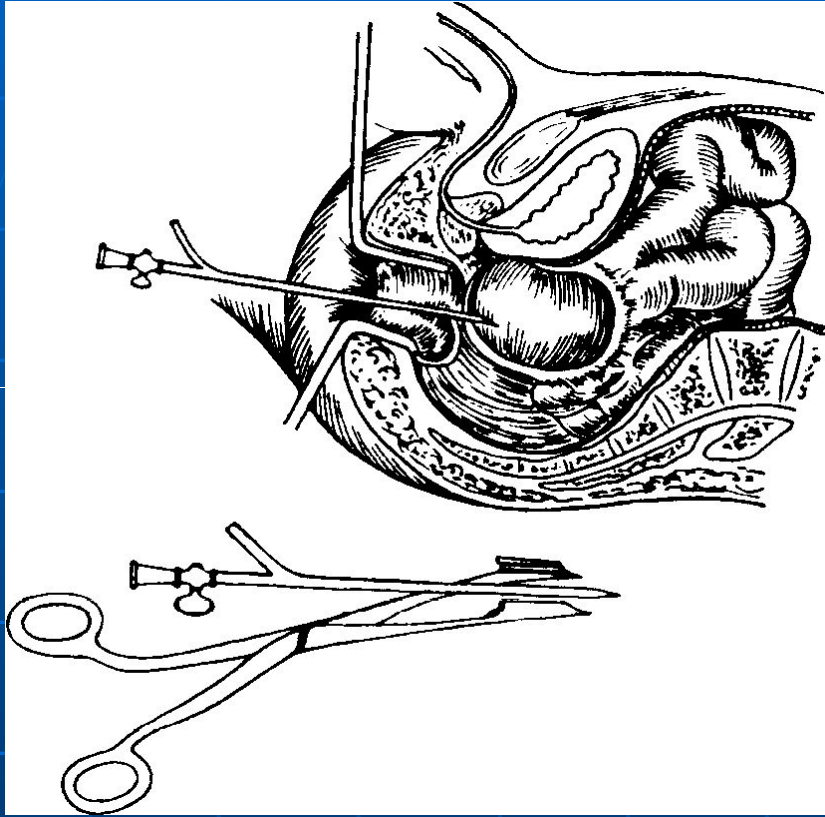


Абсцесс малого таза. Боли в нижних отделах живота, тенезмы, жидкий стул со слизью. Температура гектического характера, перитонеальные симптомы не выражены. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание ее передней стенки. УЗИ и пункция инфильтрата в месте его наибольшего размягчения помогают диагностике. Вскрытие и дренирование полости абсцесса осуществляют через переднюю стенку rectum или задний свод влагалища.

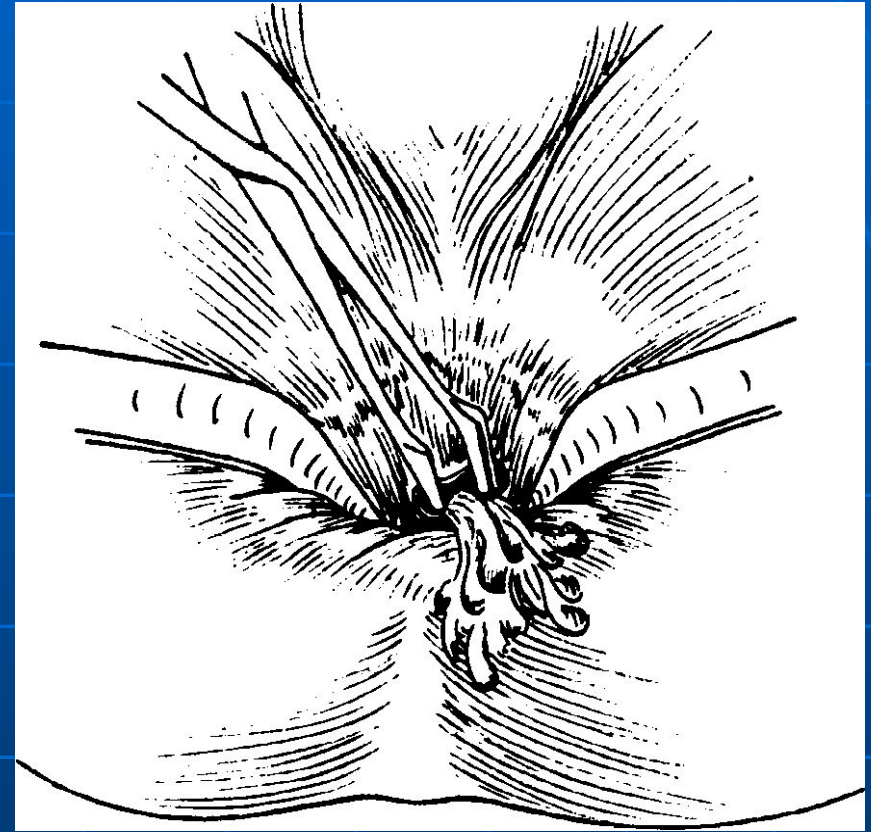




Абсцесс малого таза.



**Пункция при
абсцессе Дугласова
пространства**



**Вскрытие абсцесса
Дугласова пространства**



Межкишечные абсцессы.

Расположение межкишечных абсцессов может быть самым различным. Клиническая картина неопределенная: тупые боли без четкой локализации, вздутие живота, недомогание, гектическая температура тела.

Диагностика затруднена, топическая диагностика возможна при УЗИ и КТ. Вскрытие и дренирование полости абсцесса обычно выполняют лапаротомным доступом.





Береги здравовье с молодуду!

Спасибо за внимание !

