



**Учебное
мультимедийное пособие
по
факультетской хирургии**

**Поддиафрагмальный
абсцесс**

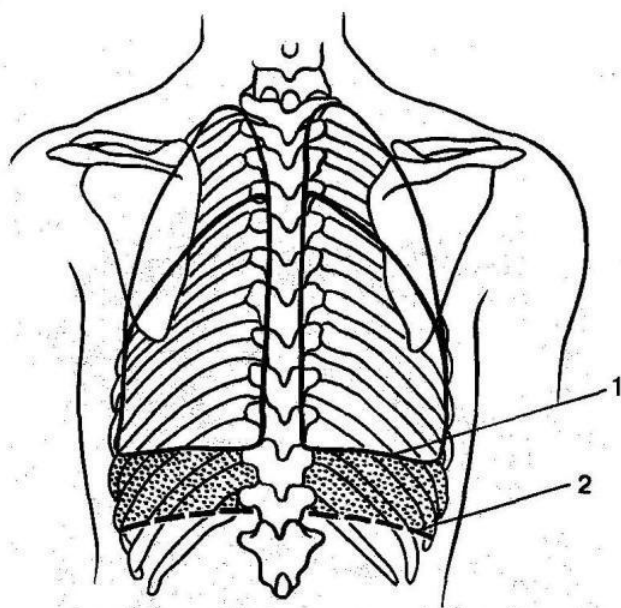


Рис. Проекция задних границ легкого (1) и плевры (2).

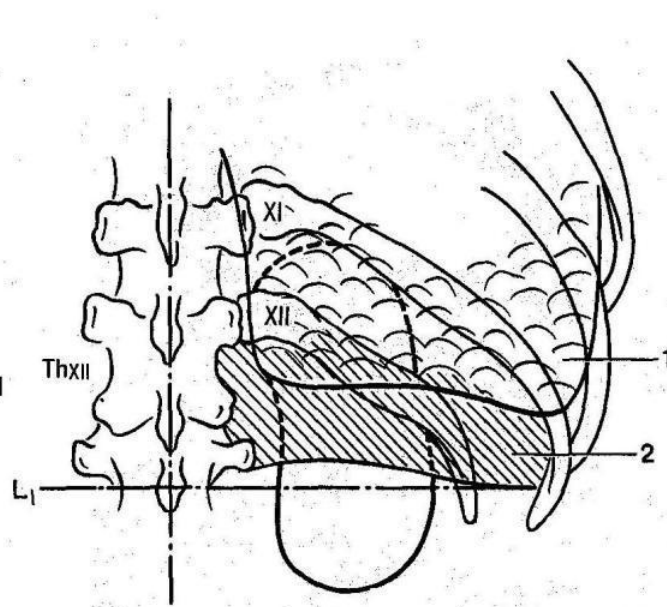


Рис. Проекция задних границ плевры (1) и диафрагмы (2).

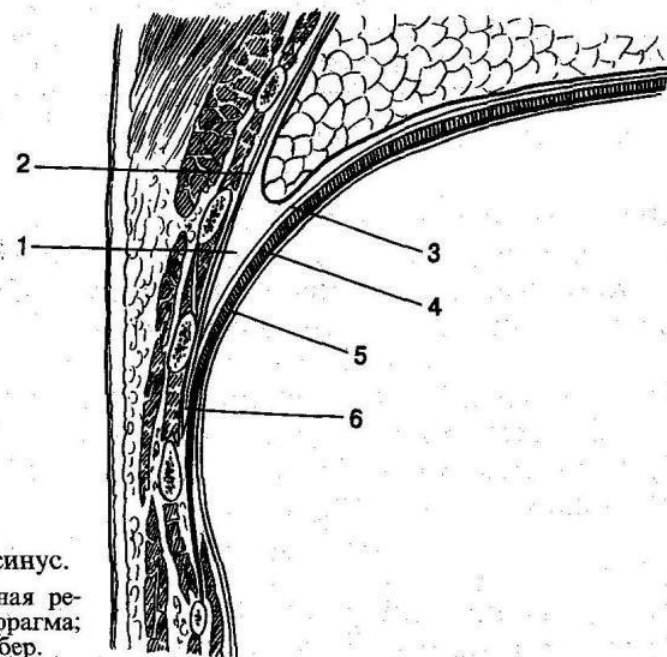
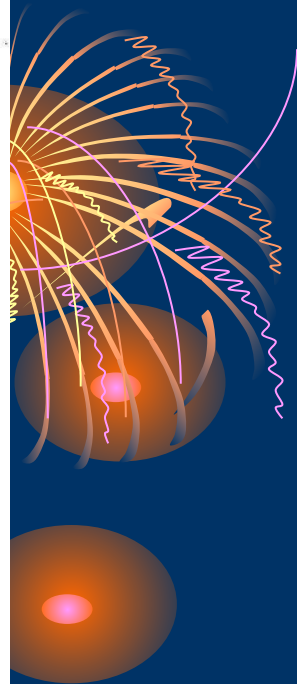


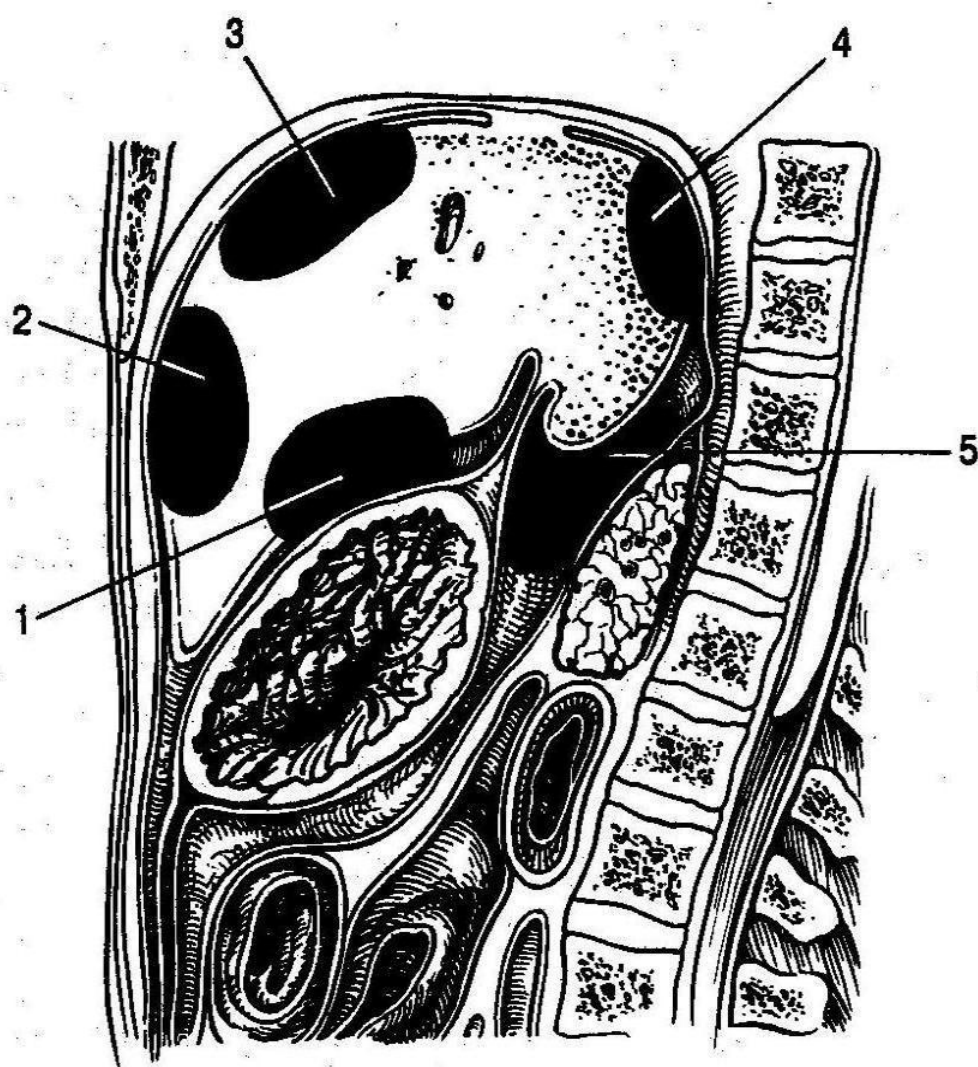
Рис. Правый реберно-диафрагмальный синус.
 1—реберно-диафрагмальный синус; 2—париетальная реберная плевра; 3—диафрагмальная плевра; 4—диафрагма;
 5—брюшина; 6—отхождение диафрагмы от ребер.



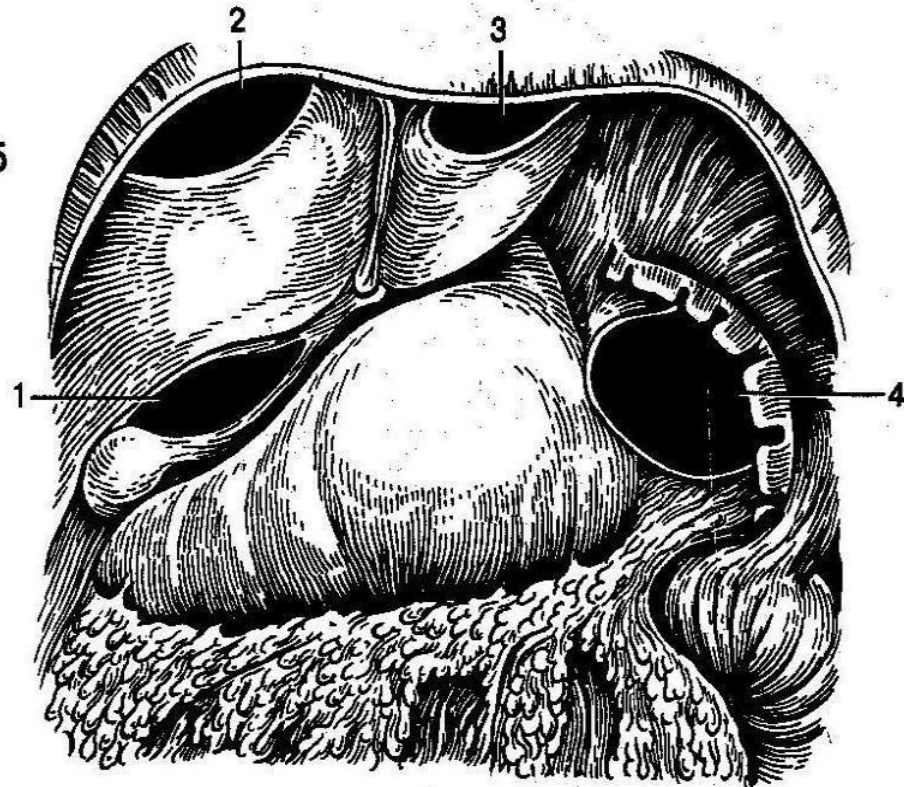
Анатомическая классификация поддиафрагмального абсцесса



- Внутрибрюшинные
- Внебрюшинные (нижние справа и слева)
- Правосторонние и левосторонние (по отношению к серповидной связке).
- По отношению к своду диафрагмы:
 - 1-Правосторонние: передневерхние, верхнезадние, задние внебрюшинные (центральные), задненижние.
 - 2-Левосторонние: верхние, нижнепередние (преджелудочные), задненижние, около селезёночные.



а



б

Рис. Локализация поддиафрагмальных абсцессов.

а — вид сбоку: 1 — подпеченочный абсцесс, 2 — передний поддиафрагмальный, 3 — верхний поддиафрагмальный, 4 — задний поддиафрагмальный, 5 — абсцесс сальниковой сумки; б — вид спереди: 1 — подпеченочный абсцесс, 2 — верхний поддиафрагмальный, 3 — левосторонний поддиафрагмальный, 4 — абсцесс в области ворот селезенки.

Симптоматика поддиафрагмального абсцесса (Белогородский В.М., 1964)



I/ Общие симптомы:

- 1- Предшествующие заболевания, чаще гнойно-воспалительного характера, и повреждения, в том числе хирургическая операция.
- 2- Начало заболевания острое, бурное – в 14%, постепенное в 70%, и медленное, скрытое в 16%.
- 3- Боль в грудной области локализованная, чаще сильная, постоянная, усиливающаяся при движении, повороте, кашле.
- 4- Высокая лихорадка, часто с нерезкими колебаниями.
- 5- Высокая температура при наличии лейкоцитоза, сдвига в формуле крови влево, при отсутствии видимых изменений, объясняющих её.
- 5- Положение в кровати полусидячее, иногда опираясь руками; поведение – осторожное при передвижениях, не сгибая позвоночника.

Симптоматика ПДА (продолжение)

II. Локальные симптомы ПА

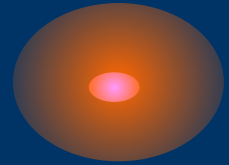
A. Грудные симптомы при переднем и боковом расположении ПДА:

- 1- Боль локализуется в нижней половине грудной клетки.
- 2- Поверхностное дыхание и верхне-рёберный тип его.
- 3- Разлитая болезненность по передней (боковой) поверхности грудной клетки.
- 4- **Симптом Крюкова**- локальная болезненность по краю рёберной дуги в области 9-10-11 рёбер.



Симптоматика ПДА (продолжение)

- 5- Локальная болезненность в межреберьях над областью абсцесса, иногда локальная точка в межреберьях над абсцессом.
- 6- Зона болезненности на шее в месте прохождения диафрагмального нерва.
- 7- **Симптом Белогогородского** – зона гиперестезии в правом надплечьи при правостороннем внутрибрюшинном абсцессе.
- 8- Высокое стояние купола диафрагмы до 2 ребра справа и 3 ребра слева и отсутствие или ограничение его дыхательных движений.



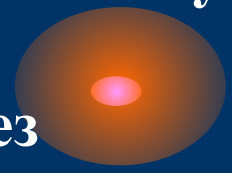
Симптоматика ПДА (продолжение)



- 9- Тупой звук при перкуссии выше верхней границы печени.
- 10- Перемещение зоны притупления вместе с печенью при перемене положения на левый бок и появление лёгочного звука справа по подмышечным линиям.
- 11- Область тимпанита, имеющая полусферическую форму, с нижней горизонтальной границей.
- 12- Перемещение газа и жидкости при перемене положения больного.
- 13- **Симптом Дэве** – расположение газа всегда сверху гноя при любом положении больного.
- 14- Шум плеска Гиппократа.
- 15- **«Симптом диафрагмы» Литтена**- тень или линия волнообразного движения спереди на грудной клетке.
- 16- **Симптом Лейдена**- укорочение перкуторного тона над нижним краем лёгкого у верхней границы тупости при глубоком вдохе.

Симптоматика ПДА (продолжение)



- 17- **Симптом Барлоу** – ослабление везикулярного дыхания вначале заболевания, позже- с бронхиальным или металлическим оттенком; на границе тупости (тимпанита) дыхание внезапно прекращается, как бы обрывается.
- 18- **Симптомы Лейдена, Грекова, Оверхолт и Дойчес, Бей-** сухой или выпотной реактивный плеврит.
- 19-**Симптом Троянова-** сухой мучительный кашель без патологических явлений в лёгких.
- 20- **Симптом Лангенбуха-** расширение грудной клетки на стороне абсцесса, **симптом Лейдена-** сглаживание межреберий и выпячивание их в области абсцесса. Выпячивание ложных рёбер кнаружи, рёберный край кажется вывернутым, иногда сколиоз.
- 21- **Симптом Тривуса-** Чётко определяемый участок ясного лёгочного звука по правому краю грудины между тупостью абсцесса и тупостью сердца.
- 

Симптоматика ПДА (продолжение)



- 22- Иногда незначительное смещение границ сердца.
- 23- Три различных тона при перкуссии в области абсцесса: сверху —ясный тон лёгкого, ниже- тимпанит газа и ещё ниже —тупость гноя.
- 24- Четырёхэтажное расположение перкуторных звуков — при наличии выпотного плеврита: лёгочный, тупой над выпотом в плевре, тимпанит над газом и тупость над гноем.

Б// Абдоминальные симптомы ПДА при расположении его в нижнепередних (боковых) его отделах грудной клетки.

- 1- Болезненность и ограниченное напряжение мышц передней брюшной стенки.
- 2- Смещение нижней границы печени ниже рёберной дуги, иногда до линии пупка.

Симптоматика ПДА (продолжение)

- 3- Отсутствие или ограничение дыхательных движений переднего края печени.
- 4- Отсутствие в подреберье края печени при наличии смещения сердца.
- 5- Выпячивание области подреберья.
- 6- **Симптом Яуре** – баллотирование печени при перкуссии сзади.
- 7- **Симптом Дюшена** -«парадоксальное дыхание».
- 8- Наличие в стенке правой половины живота поперечного вала – утолщённого края «спустившегося абсцесса».
- 9- Смещение книзу селезёнки при левостороннем расположении ПДА.
- 10- Диспептические расстройства.



Симптоматика ПДА (продолжение)



• В/ Поясничные симптомы ПДА

- 1- Боль локализуемая сзади внизу грудной клетки.
- 2- Тупость, доходящая до середины лопатки.
- 3- Треугольник лёгочного тона между абсцессом и позвоночником или полоса лёгочного звука вдоль позвоночника.
- 4- Ограниченная болезненность нижнего отдела грудной клетки.
- 5- Напряжённость мягких тканей этого отдела и ниже 12 ребра, иногда пастозность (**Мориц**).
- 6- Сглаженность и выпячивание верхнего отдела поясничных ямок, при отсутствии изменений в почечной области спереди.

Симптоматика ПДА (продолжение)



• III. Прочие симптомы ПДА

A. Рентгенологические

- 1- утолщение диафрагмы, нечёткость и смазывание контура её.
- 2- Выявление срединной ножки диафрагмы на фоне отёка окружающей её клетчатки.
- 3- **Симптом Бегака** – закруглённый контур каудального полюса газового пузыря.
- 4- **Симптом Якобеуса** - появление под диафрагмой полусферического газового пузыря при введении воздуха в полость абсцесса.



Симптоматика ПДА (продолжение)



- Б. Гематологические:

- 1- лейкоцитоз.
- 2- Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- 3- Ускоренная РОЭ.

- В. Диагностическая пункция:

- 1- Получение гноя.
- 2- Получение мутной жидкости с каловым запахом.
- 3- Получение из одного укола двух разных жидкостей: серозной и мутно-гнойной.
- 4- Дурно пахнувший запах из иглы при отсутствии гноя или жидкости.

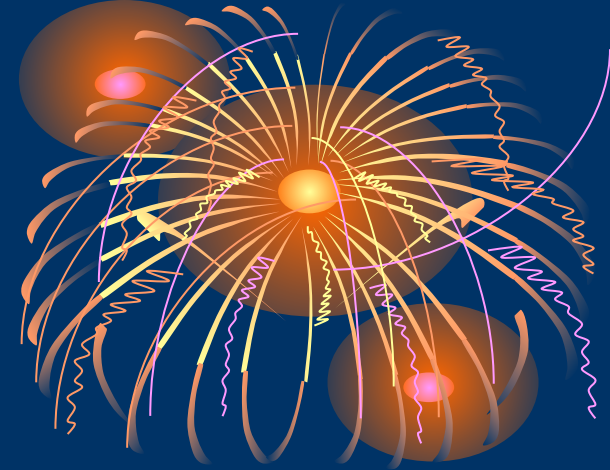
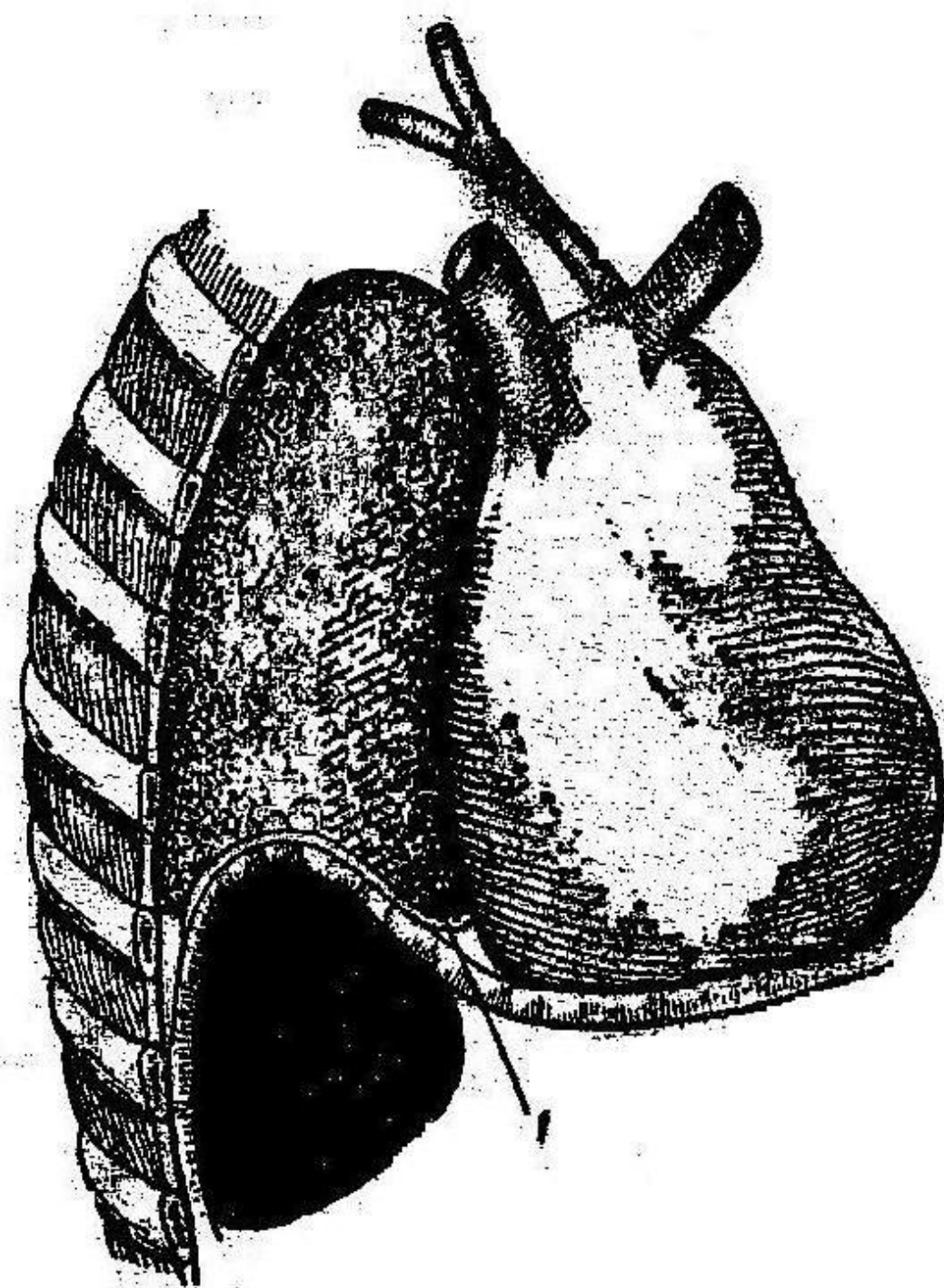


Рис. Симптом Тривуса
(по Б.Л. Осповат и М.М.
Жислиной)
полоса ясного лёгочного
звука между тупостью
абсцесса и сердцем

Дифференциально-диагностические признаки поддиафрагмального абсцесса и экссудативного плеврита

Продолжение

Поддиафрагмальный абсцесс	Гнойный плеврит
<p>В анамнезе предшествующее заболевание органов брюшной полости</p> <p>При переднем абсцессе тупость куполообразной формы, достигающая до II—III ребер по среднеключичной линии</p> <p>Выше притупления отчетливая подвижность легочного края при глубоком вдохе</p> <p>В нижних долях легкого — везикулярное дыхание, внезапно обрывающееся на границе тупости</p> <p>Усиленное голосовое дрожание в результате сжатия легочной ткани</p> <p>Шум трения плевры над областью притупления</p> <p>Между тупостью над гнойником и тупостью сердца определяется участок нормального легочного звука (симптом Тривуса)</p> <p>Незначительное смещение сердца, чаще при одновременно приподнятом крае печени</p>	<p>В анамнезе заболевание органов грудной полости</p> <p>Самая высокая точка притупления в подмышечной впадине, и отсюда уровень тупого звука снижается к позвоночнику и кпереди, образуя треугольник Гарланда</p> <p>Подвижность легочного края выше притупления отсутствует</p> <p>Дыхание ослабевает постепенно</p> <p>Голосовое дрожание в области тупого звука ослаблено</p> <p>Шум трения плевры отсутствует (появляется с уменьшением экссудата)</p> <p>При правостороннем гнойном плеврите тупость его сливается с сердечной тупостью</p> <p>Частое смещение сердца соответственно размерам экссудата</p>

Поддиафрагмальный абсцесс	Гнойный плеврит
<p>В вертикальном положении отсутствует или уменьшено полулунное пространство Траубе (левосторонний безгазовый абсцесс). В горизонтальном положении полулунное пространство сохранено и даже увеличено (левосторонний газовый абсцесс)</p> <p>Боль и болезненность в области нижних ребер (симптом Крюкова)</p> <p>Более или менее ясные симптомы со стороны брюшной полости</p> <p>Смещение печени вниз, достигающее иногда линии пупка</p> <p>Несоответствие между низким стоянием печени и небольшой величиной притупления в области плевры</p> <p>Получение при пробном проколе двух различных жидкостей: сначала серозной из плевры, а при более глубоком введении иглы — гнойной, из абсцесса</p> <p>Иногда каловый запах жидкости, полученной при пробном проколе</p> <p>При пункции проба Фюрбрингера положительная</p>	<p>Изменений со стороны полулунного пространства нет</p> <p>Боль и болезненность в области нижних ребер не наблюдается, но может быть выше, над экссудатом</p> <p>Явлений со стороны брюшной полости нет</p> <p>Смещение печени наблюдается редко и небольшое</p> <p>Печень смещается книзу только при тотальном выпоте</p> <p>Получение однородной жидкости при пробном проколе</p> <p>Калового запаха жидкости не бывает</p> <p>Проба Фюрбрингера отрицательная</p>

Дифференциально-диагностические признаки холецистита и поддиафрагмального абсцесса

Холецистит	Поддиафрагмальный абсцесс
<i>Высокая температура</i>	
Боли в области правого подреберья	
Схваткообразные	Постоянные
Болезненность при пальпации:	
в области правого подреберья	в области нижних ребер (симптом Крюкова)
Ожирение как предрасполагающее состояние	Предшествующее остро-гнойное заболевание или травма (операция)
Боли, часто связанные с нарушением диеты	Связи болей с нарушением пищевого режима нет
Боли снимаются введением наркотиков	Боли наркотиками не снимаются
Течение болезни периодами с более или менее длительными светлыми промежутками	Течение более или менее длительно без светлых промежутков
Симптомы Кера, Мерфи и Партюрье положительные	Симптомы Кера, Мерфи и Партюрье отрицательные
Зоны гиперестезии на коже правого надплечья нет	Зона гиперестезии на коже правого надплечья
Нормальное стояние и подвижность диафрагмы	Высокое стояние диафрагмы и ограничение ее движений

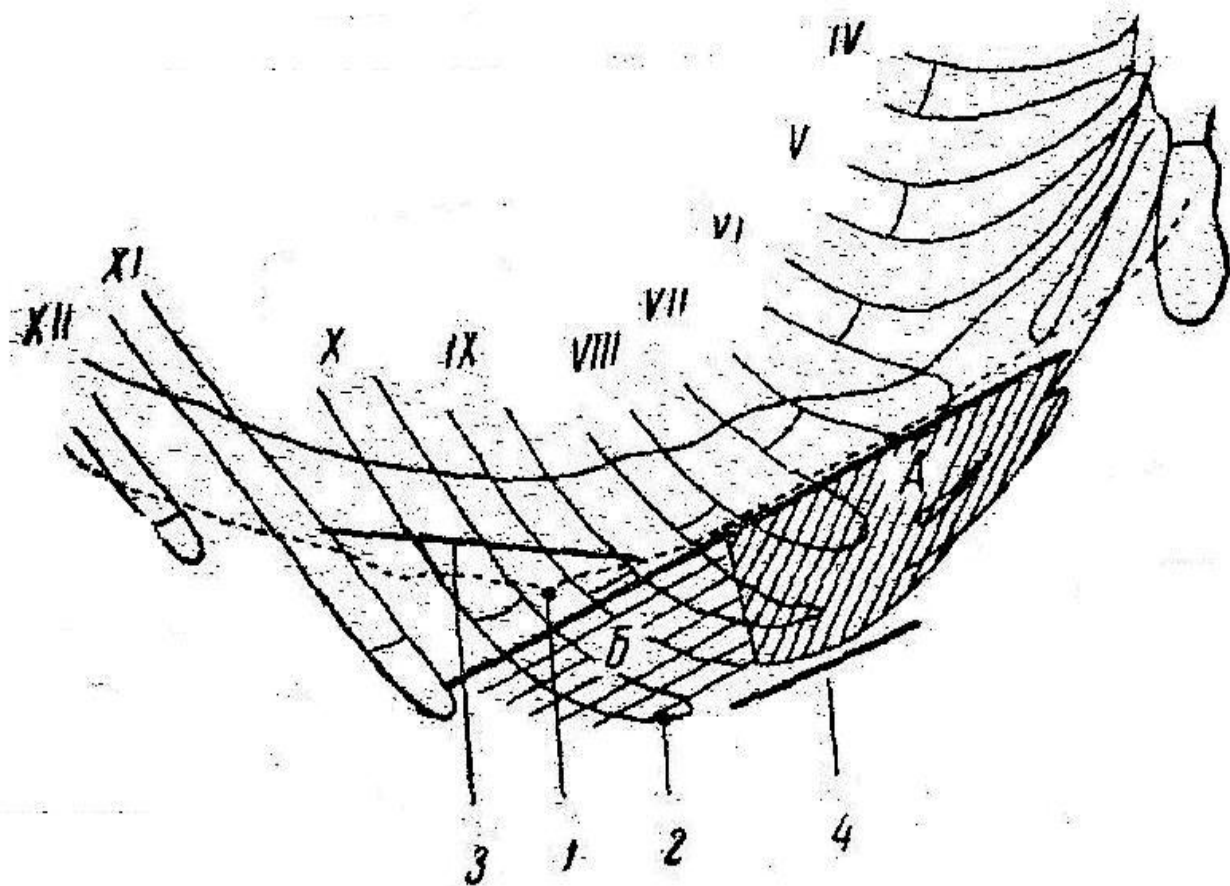


Рис. Передние доступы к правосторонним поддиафрагмальным абсцессам (по А. В. Мельникову).

Нижняя граница синуса плевры у взрослых. А — треугольный хрящевой участок, свободный от плевры при самых несовершенных границах ее и Б — свободный от плевры костно-хрящевой участок нижних ребер. 1 — подплевральная точка — наиболее низкая точка реберно-диафрагмального синуса плевры; 2 — подреберная точка — наиболее низкая точка грудной клетки; 3 — линия разреза кожи при переднем правостороннем внеплевральном подходе к абсцессу; 4 — линия разреза кожи при переднем правостороннем внебрюшинном подходе к абсцессу.

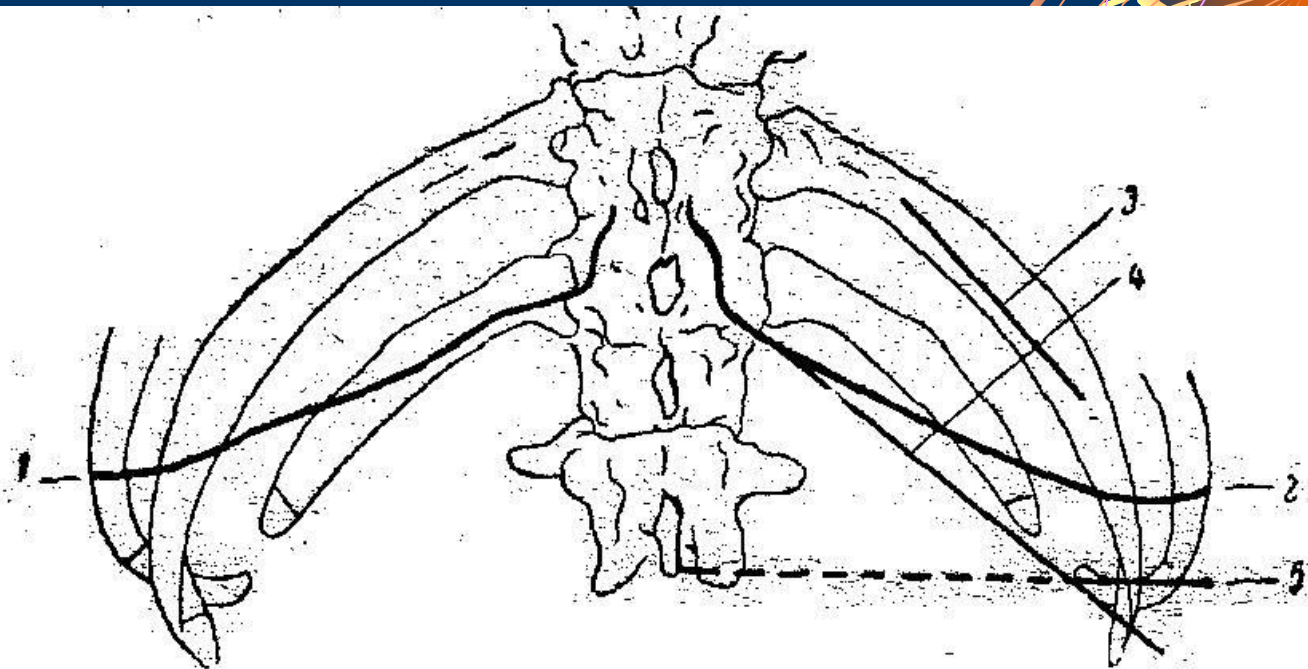


Рис. Задние доступы к правосторонним поддиафрагмальным абсцессам (по А. В. Мельникову).

1 — край заднего синуса плевры слева; 2 — край заднего синуса плевры справа. Линии разреза: 3 — при задненижнем внеплевральном подходе и 4 — при заднем внебрюшинном подходе; 5 — линия разреза глубже лежащих тканей.

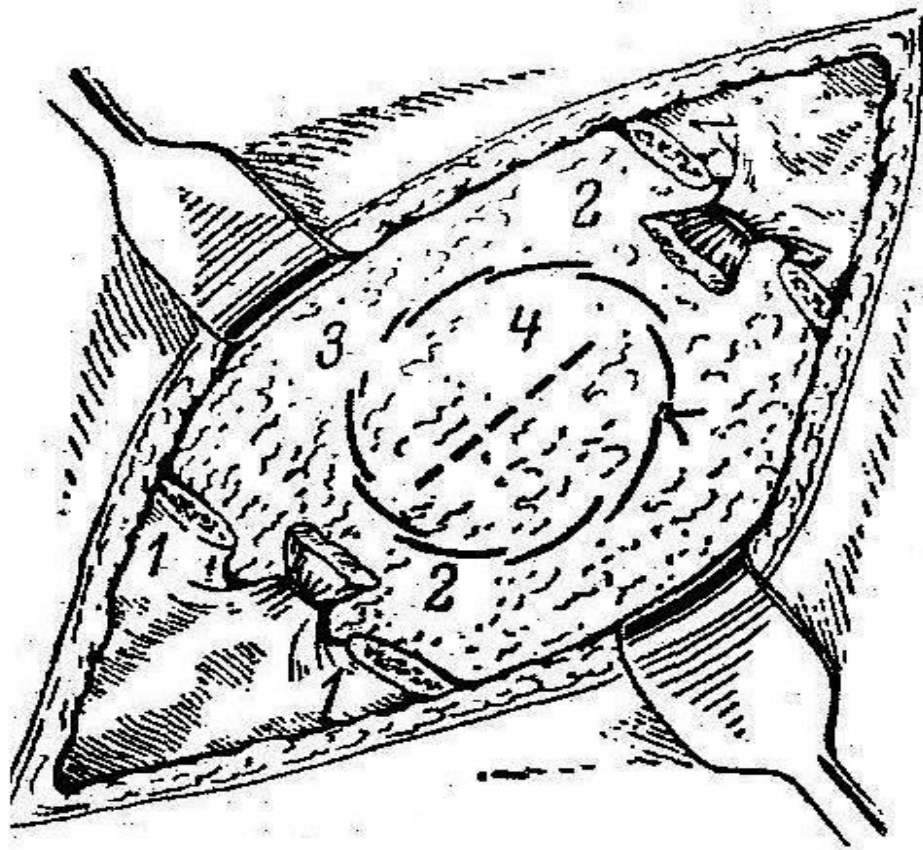


Рис. Операция А.А. Троянова

Рис. Чресплевральный доступ к поддиафрагмальному абсцессу (Операция А. А. Троянова).

1 — концы перерезанных ребер;
2 — культя перевязанных межреберных мягких тканей; 3 — непрерывный шов на плевральные листки; 4 — линия разреза сшитых плевральных листков.

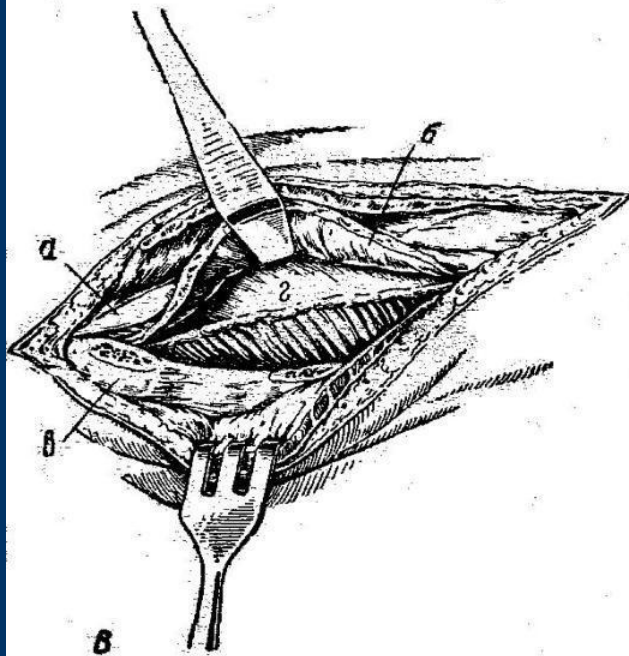
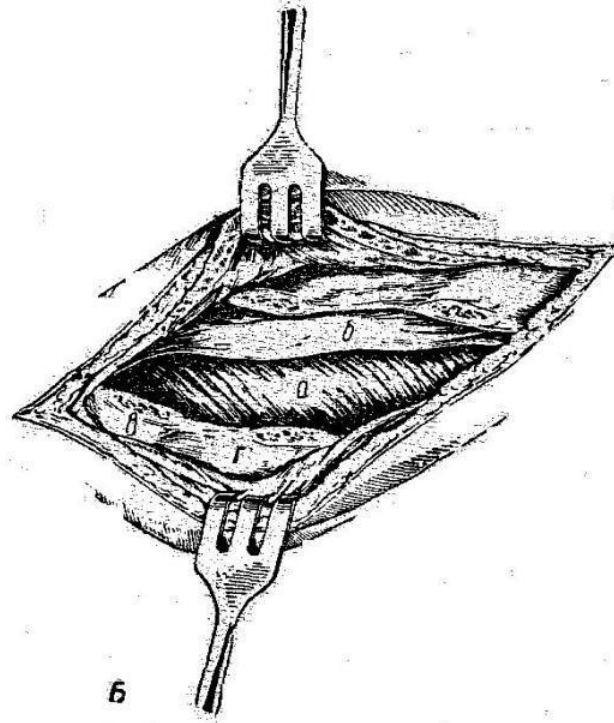
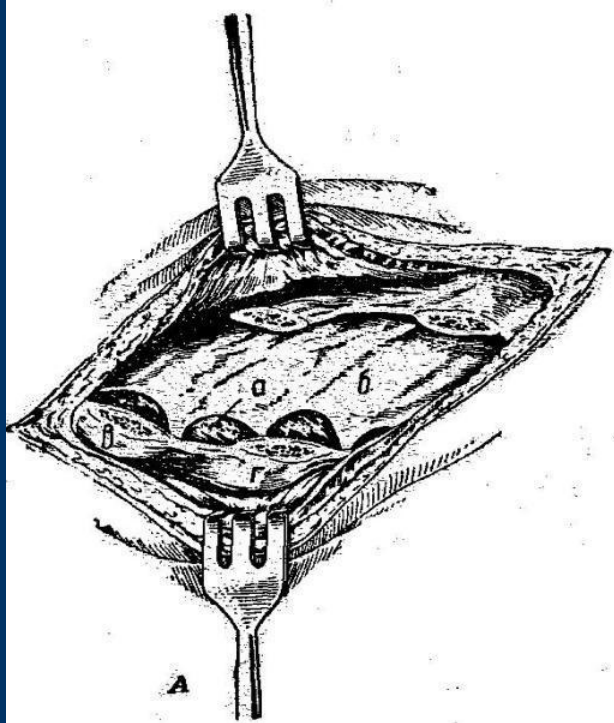
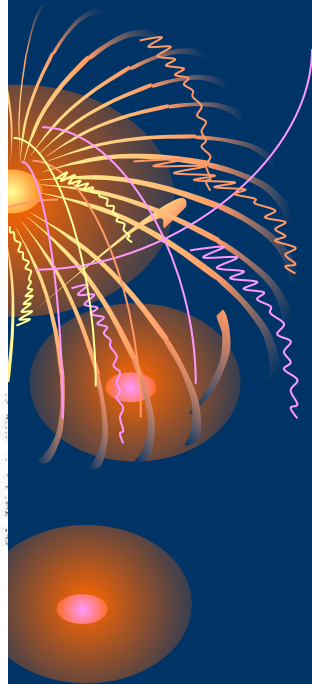


Рис. Внеплевральный доступ к поддиафрагмальному абсцессу через *Spatium praediaphragmaticum* (по А. В. Мельникову).

А — обнажение синуса плевры; **а** — диафрагма, **б** — синус плевры, прикрепляющийся тяжами к ребрам; **в** — и **г** — края резецированных ребер; **Б** — тот же доступ после отделения плевры. Обнажение диафрагмы: **а** — диафрагма, **б** — синус плевры, отодвинутый кверху, **в** — край резецированного ребра.

В — тот же доступ к абсцессу после разреза диафрагмы. Верхний край разреза подшит к мышцам груди; видно поддиафрагмальное пространство: **а** — край реберно-диафрагмального синуса; **б** — диафрагма; **в** — край резецированного ребра; **г** — стенка поддиафрагмального абсцесса и паритетальная брюшина.



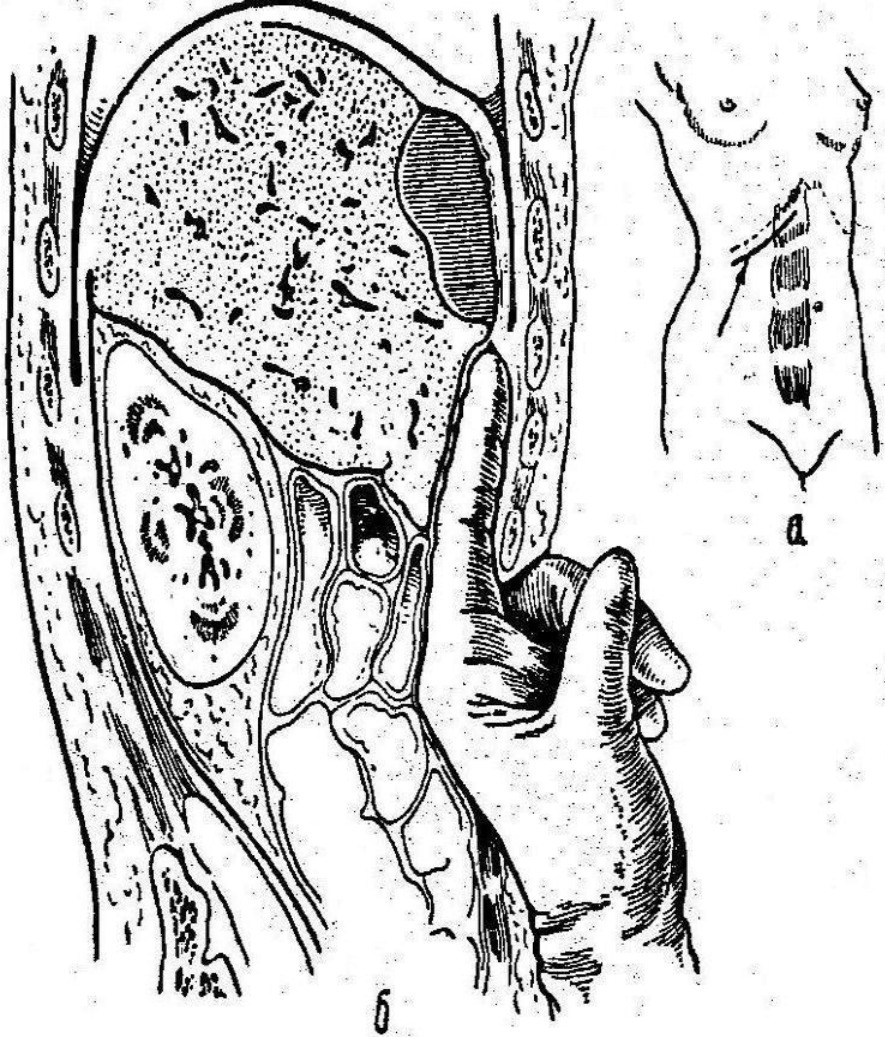


Рис. Внебрюшинный подреберный доступ к абсцессу в правом передневерхнем пространстве (по Окснеру и Гревсу).

a — разрез (линия разреза показана стрелкой) произведен ниже и параллельно правому реберному краю; *б* — париетальная брюшина отслаивается при помощи пальца от задней поверхности диафрагмы. Палец у абсцесса для вскрытия его.

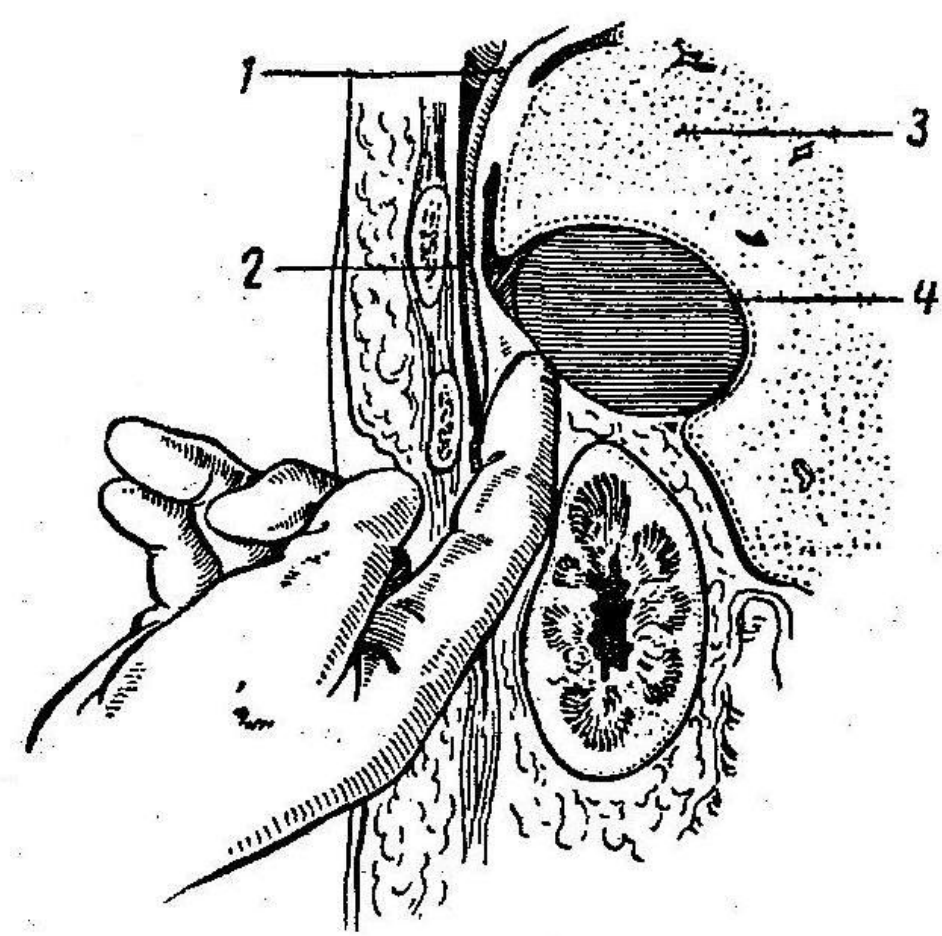


Рис. Внебрюшинный доступ к абсцессу в правом задненижнем пространстве (по Окснеру и Гревсу).

1 — диафрагма; 2 — синус плевры; 3 — печень; 4 — абсцесс. При помощи пальца брюшина отслаивается от нижней поверхности диафрагмы. Палец у абсцесса для вскрытия его.

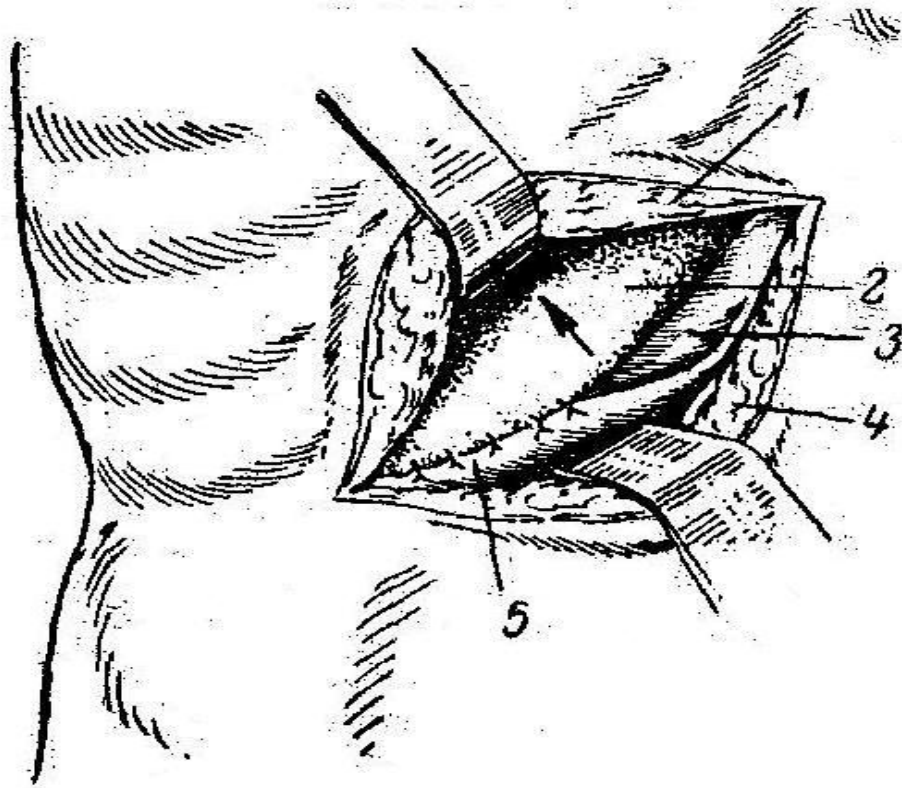


Рис. Подреберный подход к вскрытию под- диафрагмального абсцесса

Рис. Чрезбрюшинный подход к правосторонним внутрибрюшинным переднему и боковому поддиафрагмальным абсцессам. Подреберный подход

1 — верхний край разреза брюшной стенки; 2 — край печени; 3 — свободная брюшная полость; 4 — нижний край разреза брюшной стенки; 5 — линия швов на край печени и брюшную стенку.

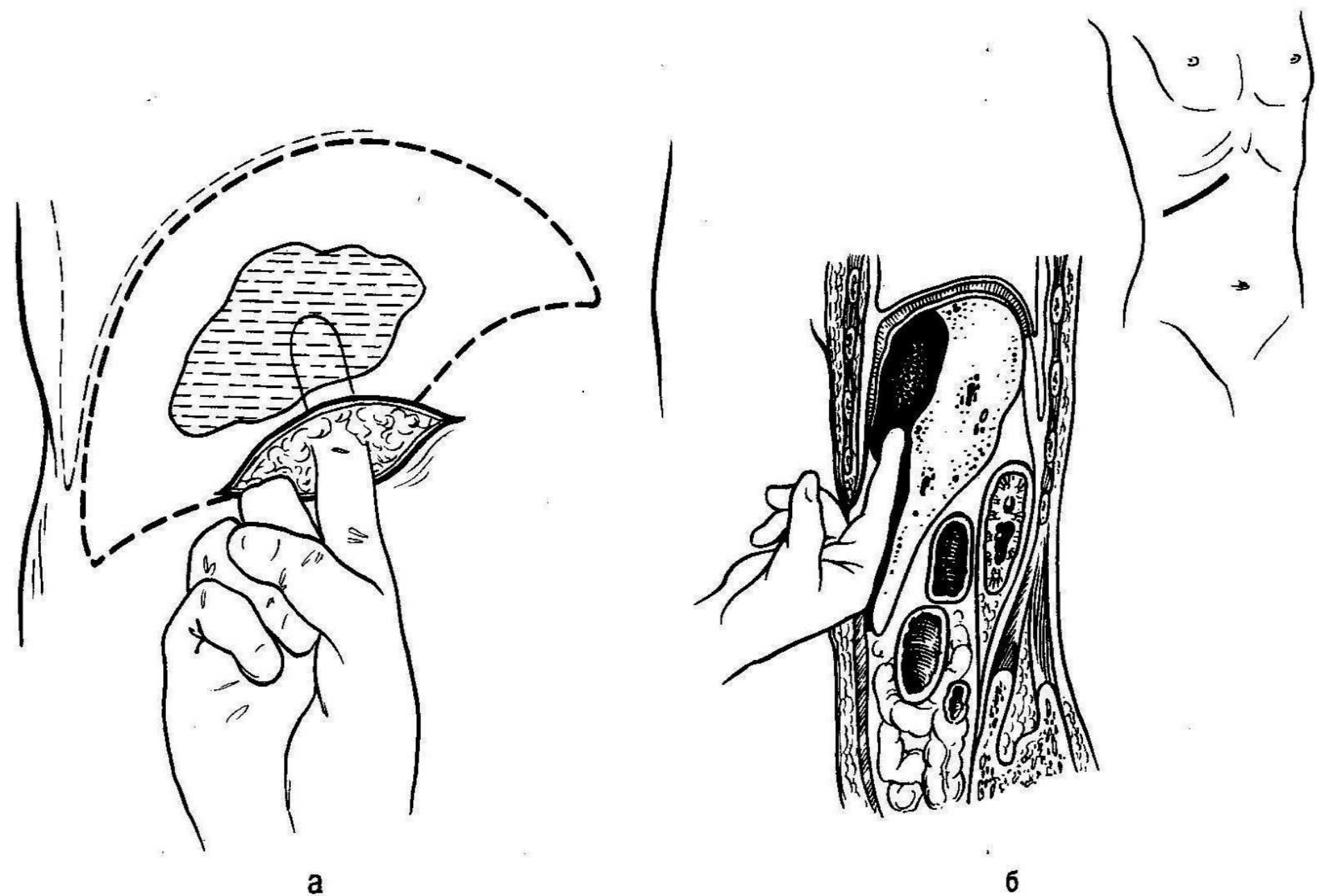
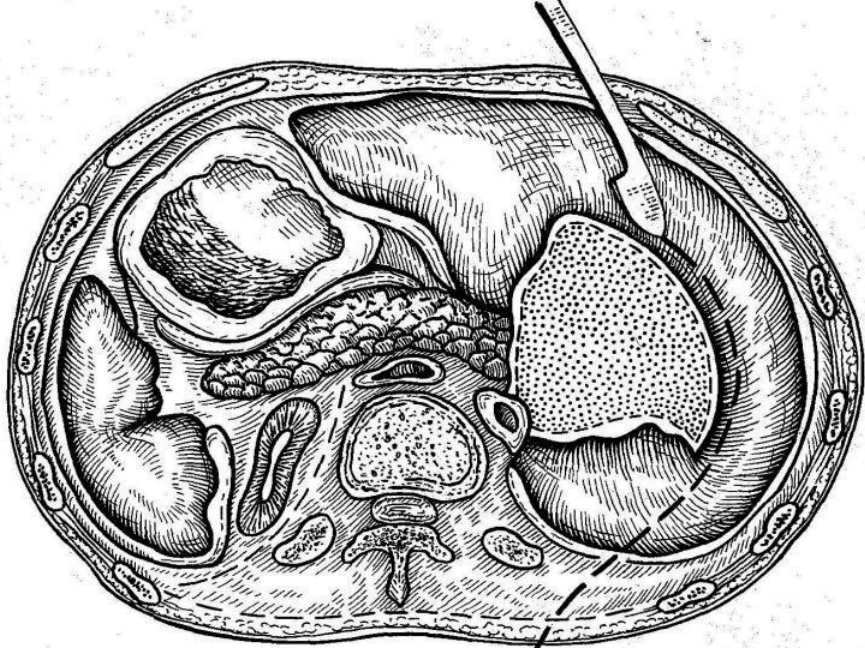
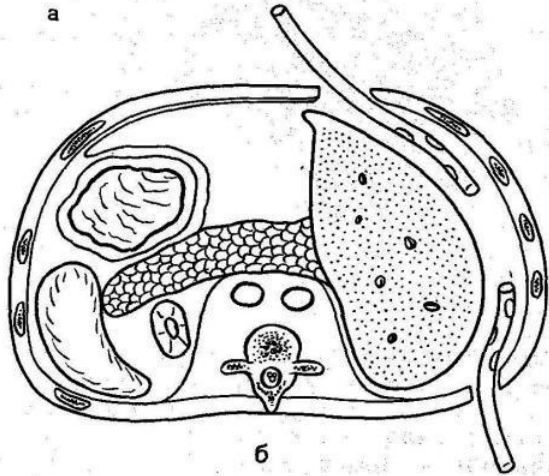
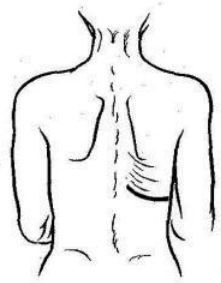


Рис. Внебрюшинный доступ к правостороннему передневерхнему поддиафрагмальному абсцессу. Вид спереди (а) и сбоку (б).



а



б

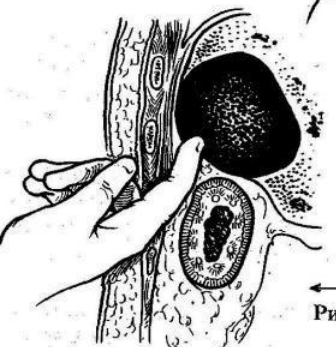


Рис. Внебрюшинный доступ к правостороннему задненижнему поддиафрагмальному абсцессу.

Рис. Дренажирование правостороннего передневерхнего надпечёночного абсцесса. а — проведение инструмента для наложения контр-апертуры и дренирования; б — дренажная трубка в поддиафрагмальном пространстве.

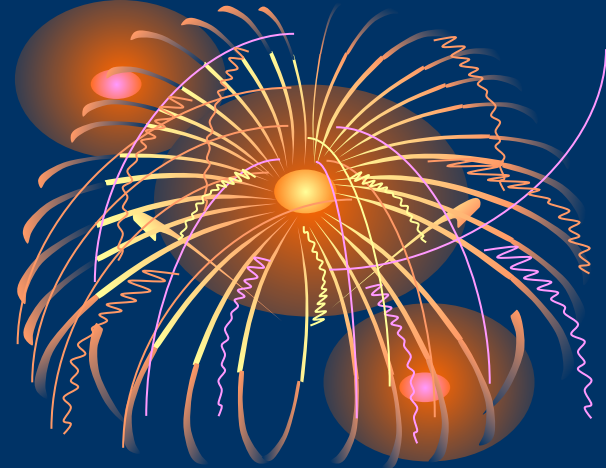


Рис. Дренажирование передневерхнего надпечёночного абсцесса справа. Внебрюшинный доступ к правостороннему задненижнему поддиафрагмальному пространству.

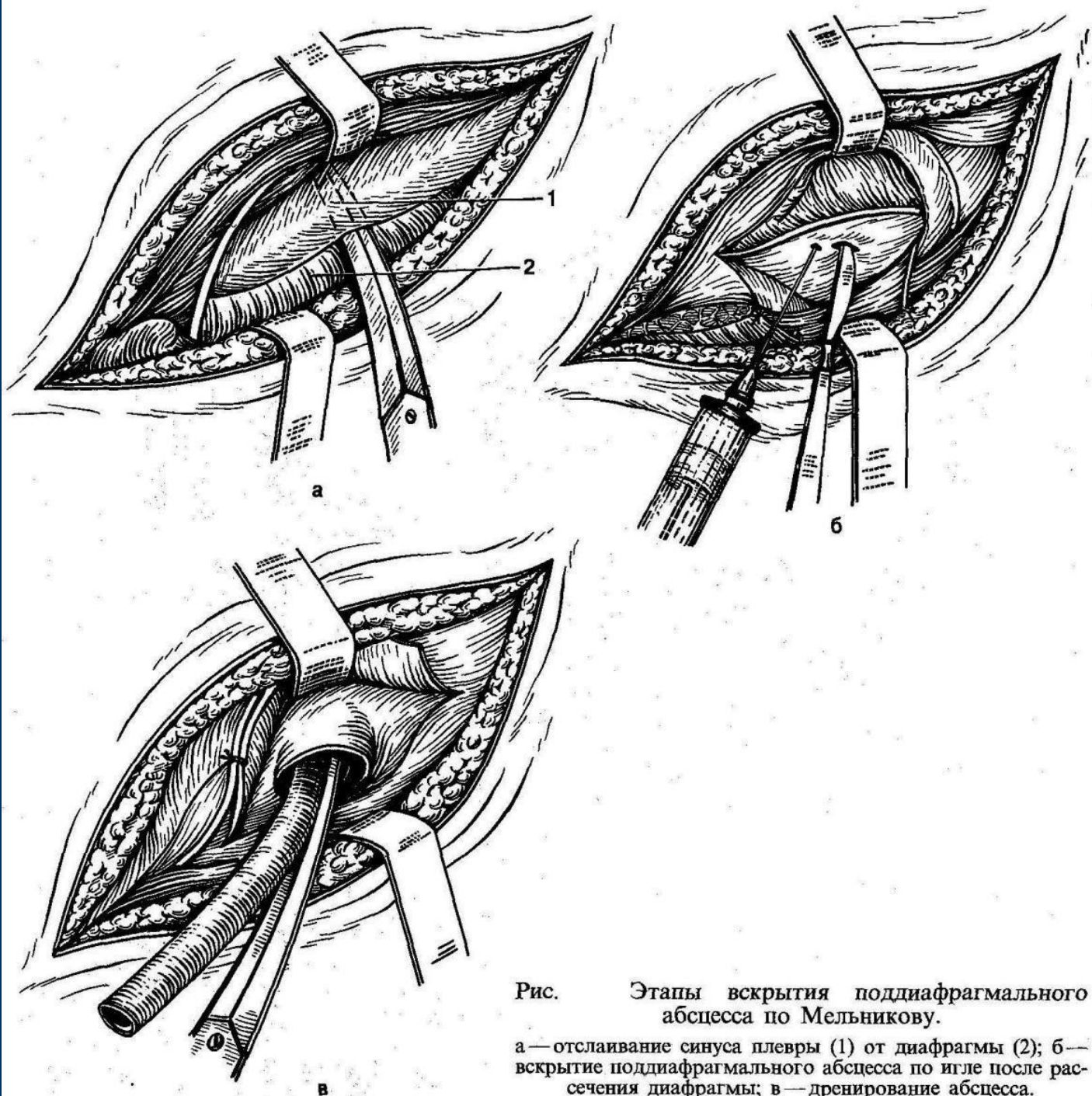
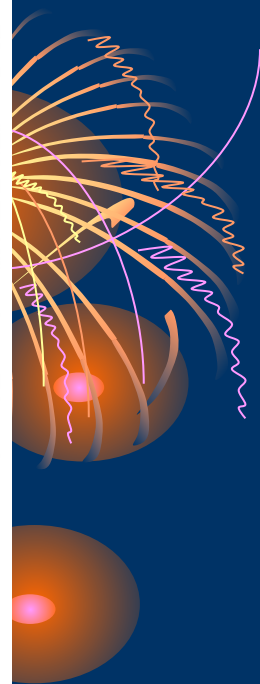


Рис. Этапы вскрытия поддиафрагмального абсцесса по Мельникову.

а — отслаивание синуса плевры (1) от диафрагмы (2); б — вскрытие поддиафрагмального абсцесса по игле после рассечения диафрагмы; в — дренирование абсцесса.



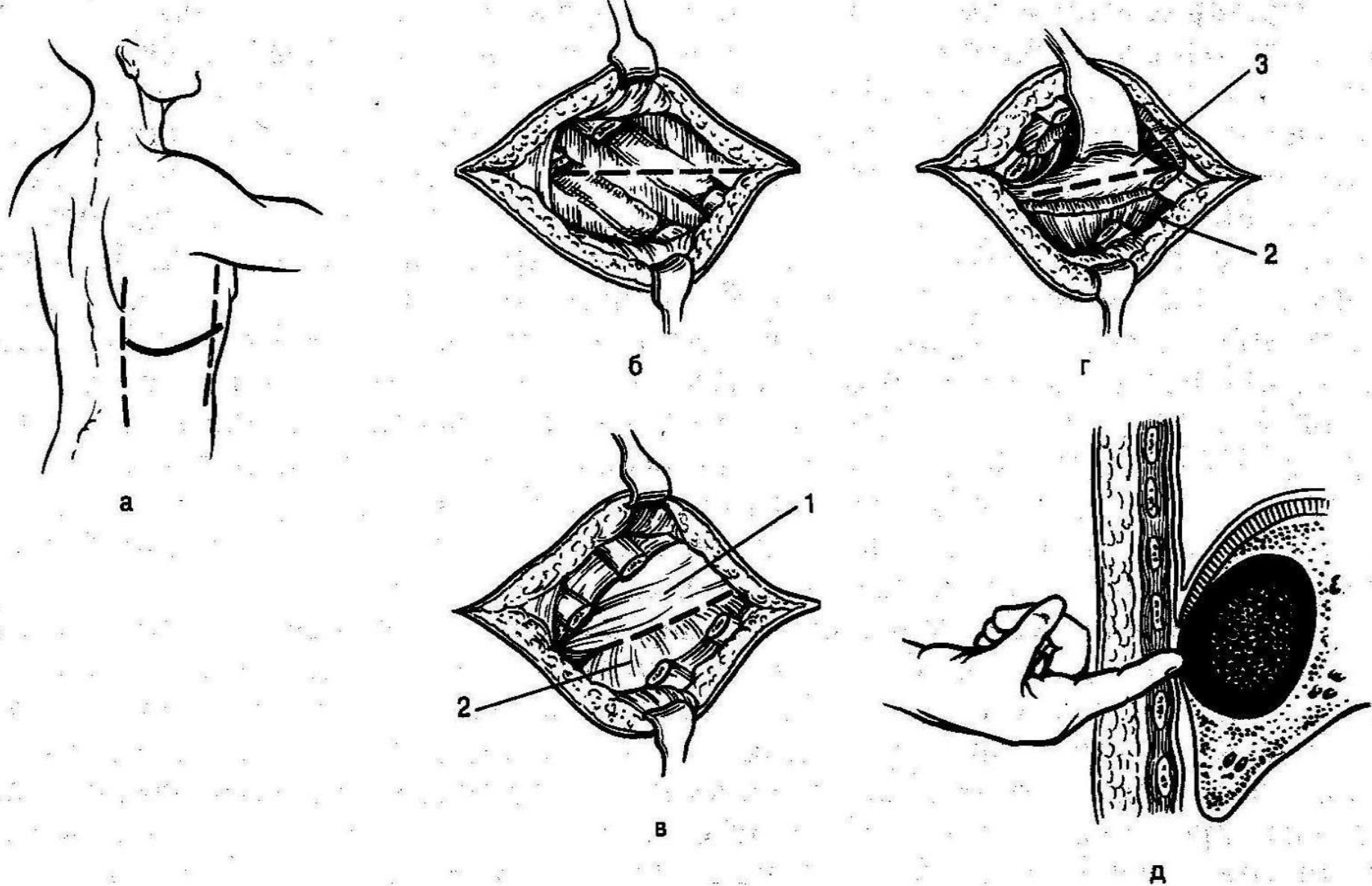


Рис. Вскрытие правостороннего задневерхнего поддиафрагмального абсцесса по Мельникову.
 а — линия разреза; б — рана после поднадкостничной резекции 2 ребер (пунктиром обозначена линия рассечения тканей); в — обнажены реберно-диафрагмальный синус плевры (1) и диафрагма (2); г — рассечена диафрагма (2) и обнажена брюшина (3); д — вскрытие абсцесса.