**Абсцессы брюшной полости. Поддиафрагмальный абсцессы.**

Абсцессы брюшной полости (дугласова пространства,поддиафрагмальные, межкишечные) являются исходом диффузных форм перитонита.

Они, как правило, полимикробные, причем чаще имеется сочетание аэробных микробных ассоциаций (кишечная палочка, стрептококки, протей и др.) и анаэробов (бактероиды, клостридии, фузобактерии и др.).

Внутрибрюшинные гнойники могут быть одиночными и множественными.

Симптомы, течение.

Вначале симптоматика нечеткая: обычно вновь повышение температуры интермиттирующего или гектического характера, сочетающееся с ознобом и тахикардией.

Частыми симптомами являются паралитическая кишечная непроходимость, местное напряжение мышц передней брюшной стенки, отсутствие аппетита, тошнота. Интенсивность симптомов зависит от величины абсцесса, его локализации, интенсивности антибактериальной терапии.

Напряжение мышц и боль обычно более выражены при абсцессах, расположенных в мезогастрии (близко к передней брюшной стенке); поддиафрагмальные гнойники дают менее выраженную местную симптоматику.

В крови обнаруживается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости можно обнаружить уровень жидкости-в полости абсцесса с газом над ним. Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта может выявить оттеснение кишечника или желудка инфильтратом.

Если абсцесс обусловлен несостоятельностью швов соустий, возможно поступление контрастного вещества из просвета кишечника в полость гнойника.

В диагностике гнойников брюшной полости ведущую роль играет ультразвуковое сканирование брюшной полости, компьютерная рентгеновская томография. Ультразвуковое исследование особенно показано при локализации гнойника в верхней части брюшной полоста.

Лечение зависит от локализации гнойников и их количества.

Поддиафрагмальный абсцессы.

Поддиафрагмальные абсцессы возникают в результате оперативных вмешательств на желудке, двенадцатиперстной кишке, желчном пузыре и желчевыводящих путях, при разрыве абсцессов печени.

Левосторонние гнойники чаще обусловлены осложнениями после спленэктомии, панкреатита, несостоятельностью швов после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка. Несколько реже поддиафрагмальные абсцессы, особенно правосторонние, обусловлены скоплением остаточного гноя после лечения диффузного перитонита.

При этом имеет значение присасывающее действие диафрагмы.

Симптомы, течение.

Боль в подреберье с иррадиацией в лопатку или надплечье (симптом Кера); больной ходит, согнувшись в больную сторону, поддарживая рукой область подреберья. При пальпации определяется ригидность мышц верхних отделов брюшной стенки и болезненность по ходу межреберных промежутков в зоне локализации гнойника.

При переднем расположении абсцесса болевой синдром более выражен.

При длительном течении может появиться пастозность и выбухание межреберных промежутков соответственно локализации абсцесса, выраженная болезненность в этой области.

При рентгенологическом исследовании - высокое стояние и ограничение подвижности при дыхании купола диафрагмы, в легких - ателектазы, пневмонические фокусы в нижних сегментах легкого, жидкость в плевральной полости. В брюшной полости возможно выявление уровня жидкости под диафрагмой, смещение соседних органов абсцессом.

Лечение.

Лечение оперативное - вскрытие и дренирование абсцесса. При выборе доступа имеет значение точная локализация гнойника.

При передних поддиафрагмальных гнойниках используют внебрюшинное вскрытие его по Клермону-разрез по ходу реберной дуги. Доходят до поперечной фасции, отслаивают ее до зоны размягчения и вскрывают гнойник. Полость промывают и дренируют двухпросветным дренажем для активной аспирации с промыванием. При задней локализации используют внеплеврапьный доступ по ложу XII ребра после его иссечения.

Осложнения: сепсис, прорыв гнойника в свободную брюшную или плевральную полость.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>