УДК 617

ВНУТРИБРЮШНЫЕ АБСЦЕССЫ: КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Стяжкина С.Н.

Научный руководитель, д.м.н., профессор, хирург высшей категории, заслуженный врач УР, заведующий кафедрой «Топографическая анатомия и оперативная хирургия»

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», РФ, г. Ижевск

Сайфуллина А.И.

Студент 3 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», РФ, г. Ижевск

Шихова В.А.,

Студент 3 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», РФ, г. Ижевск

Широбокова Д.А.,

Студент 3 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет», РФ, г. Ижевск

Аннотация. В статье рассмотрены клинические проявления внутрибрюшных абсцессов и основные подходы к их диагностике. Освещены сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторная оценка воспаления и возможности ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Отдельное внимание

уделено дифференциальной диагностике послеоперационных скоплений жидкости и других патологических образований, профилактике инфекционных осложнений и динамическому наблюдению. Подчёркивается необходимость комплексной интерпретации данных и оценки их изменений во времени.

Ключевые слова: внутрибрюшные абсцессы, клиническая картина, диагностика, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, дифференциальная диагностика, профилактика, прогноз

INTRA-ABDOMINAL ABSCESSES: CLINICAL DIAGNOSIS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF THE PURULENT-INFLAMMATORY PROCESS

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor, Surgeon of the Highest Category, Honored Doctor of the Udmurt Republic, Head of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery,

Izhevsk State Medical University,

Russian Federation, Izhevsk.

Sayfullina A.I.

Third-year student of the Faculty of Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical University",

Russian Federation, Izhevsk

Shikhova V.A.,

Third-year student of the Faculty of Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical University",

Russian Federation, Izhevsk

Shirobokova D.A.,

Third-year student of the Faculty of Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical University",

Russian Federation, Izhevsk

Abstract. This article reviews the clinical presentation of intra-abdominal abscesses and principal diagnostic approaches. It discusses history taking, physical examination, laboratory assessment of inflammation and the roles of ultrasonography and computed tomography. Particular attention is given to differential diagnosis of postoperative fluid collections and other pathological lesions, prevention of infectious complications and dynamic monitoring. A combined interpretation of findings and assessment of their changes over time are emphasized.

Keywords: intra-abdominal abscesses, clinical presentation, diagnosis, ultrasonography, computed tomography, differential diagnosis, prevention, prognosis

Введение

Внутрибрюшные абсцессы представляют собой ограниченные скопления гнойного содержимого в брюшной полости или забрюшинном пространстве. Они могут возникать как осложнение воспалительных заболеваний, травм и хирургических вмешательств. Своевременное выявление таких очагов имеет большое значение, поскольку клинические проявления варьируют от неспецифической слабости и длительной лихорадки до выраженной боли и признаков распространённого воспаления.

Диагностические трудности связаны с тем, что ни один симптом не обладает достаточной специфичностью. Повышение температуры, боль в животе и лабораторные признаки воспаления встречаются при множестве заболеваний. В послеоперационном периоде оценку дополнительно осложняет сходство некоторых симптомов с обычным восстановлением после вмешательства. Поэтому диагноз основывается на сочетании анамнестических сведений, физикального обследования, лабораторных результатов и методов визуализации.

Цель статьи — систематизировать подходы к клинической оценке, диагностике и дифференциальной диагностике внутрибрюшных абсцессов, а также рассмотреть принципы профилактики и прогнозирования динамики гнойно-воспалительного процесса.

I. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ.

1.1 Клиническая картина внутрибрюшных абсцессов.

Клинические проявления определяются локализацией гнойного очага, его размерами, длительностью заболевания и выраженностью системной воспалительной реакции. К наиболее распространённым признакам относятся повышение температуры тела, озноб, общая слабость, снижение аппетита, учащённое сердцебиение и боль в животе. У части пациентов наблюдаются тошнота, рвота, вздутие живота и нарушения кишечной моторики. При этом выраженность симптомов может значительно различаться.

Боль может быть интенсивной или умеренной, локальной либо плохо определяемой. При поверхностно расположенном очаге болезненность иногда удаётся связать с определённой областью живота. При глубокой локализации ощущения могут быть разлитыми и не позволять точно определить источник.

Поэтому отсутствие чётко локализованной боли не исключает наличие абсцесса, особенно если сохраняются лихорадка и общее недомогание.

Поддиафрагмальные абсцессы могут сопровождаться болью в верхних отделах живота, дискомфортом при дыхании и ограничением физической активности. При тазовых абсцессах возможны боли в нижних отделах живота, неприятные ощущения при дефекации и нарушения мочеиспускания. Межпетлевые абсцессы нередко проявляются неспецифическими симптомами — лихорадкой, дискомфортом в животе и изменениями кишечной функции. Эти особенности показывают, почему при обследовании необходимо учитывать анатомическое расположение возможного очага.

Особую настороженность вызывают пациенты после операций на органах брюшной полости. Длительное сохранение температуры, её повторное повышение после первоначального улучшения, усиление боли и отсутствие ожидаемого восстановления могут указывать на инфекционное осложнение. Однако подобные признаки не позволяют установить диагноз без дополнительного обследования и должны рассматриваться в контексте всего послеоперационного периода.

Лабораторные исследования могут выявлять повышение количества лейкоцитов и уровня маркеров воспаления. Эти изменения отражают воспалительную реакцию, но не являются специфичными для абсцесса. Нормальные или умеренно изменённые показатели также не должны интерпретироваться изолированно от клинической картины. Наиболее информативен согласованный анализ симптомов, динамики состояния и результатов инструментальных методов.

1.2. Первичная клиническая оценка пациента.

Обследование начинается со сбора анамнеза. Уточняют характер и длительность жалоб, динамику температуры и боли, наличие тошноты, рвоты и

нарушений кишечной функции. Важно выяснить, проводились ли ранее операции на органах брюшной полости, имелись ли травмы, перитонит, перфорация полого органа или тяжёлые воспалительные заболевания. Эти сведения помогают определить исходную вероятность инфекционного осложнения.

При физикальном обследовании оценивают общее состояние, температуру тела, частоту сердечных сокращений, артериальное давление и болезненность живота. При наличии показаний обращают внимание на признаки раздражения брюшины и нарушения кишечной моторики. Одновременно оценивают признаки системного ухудшения, поскольку опасность определяется не только самим очагом, но и реакцией организма на инфекцию.

Первичная оценка должна включать сопоставление жалоб с предполагаемой локализацией патологического процесса. Например, боль в определённом отделе живота может направить диагностический поиск, однако её отсутствие или нетипичное расположение не исключают глубоко расположенный абсцесс. Важно избегать преждевременного заключения на основании единственного симптома.

Если клинические данные указывают на возможное осложнение, дальнейшее обследование направляют на уточнение наличия очага, его размеров, локализации и количества. Параллельно оценивают тяжесть состояния и возможные признаки распространения инфекции. Таким образом, первичный этап не только формирует диагностическую гипотезу, но и определяет срочность последующих действий.

II.ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ.

2.1 Лабораторная и инструментальная диагностика.

Лабораторная оценка обычно включает общий анализ крови и исследование маркеров воспаления. По клиническим показаниям могут оцениваться показатели функции почек, печени и другие параметры, необходимые для понимания общего

состояния пациента. Лабораторные данные помогают определить выраженность воспалительной реакции, но не позволяют сами по себе точно установить локализацию и характер патологического очага.

Ультразвуковое исследование широко применяется для выявления жидкостных скоплений в брюшной полости и оценки их расположения и отдельных структурных особенностей. К преимуществам метода относятся доступность и отсутствие ионизирующего излучения. В определённых случаях ультразвуковое исследование может использоваться для наведения при пункции или дренировании очага, если такие действия предусмотрены клинической тактикой.

Вместе с тем информативность УЗИ может снижаться при глубоком расположении абсцесса, наличии газа в кишечнике и затруднённом акустическом доступе. Поэтому отрицательный или неопределённый результат не всегда снимает подозрение, если клиническая картина остаётся настораживающей. Результат исследования необходимо оценивать с учётом технических ограничений и предполагаемой анатомической локализации.

Компьютерная томография имеет важное значение при подозрении на глубокие, множественные или сложно расположенные абсцессы. Она позволяет уточнить локализацию и размеры очага, оценить окружающие ткани и выявить дополнительные скопления жидкости. Использование контрастного усиления определяется клиническими показаниями и наличием противопоказаний; выбор протокола исследования относится к компетенции медицинской команды.

УЗИ и КТ следует рассматривать как взаимодополняющие методы, а не как полностью взаимозаменяемые исследования. Выбор зависит от клинической ситуации, доступности метода, предполагаемой локализации и состояния пациента. При интерпретации визуализации учитывают, что не каждое скопление жидкости является абсцессом. Значение имеют совокупность признаков:

структура образования, особенности его стенки, наличие газа и изменения окружающих тканей.

Окончательное диагностическое заключение формируют на основании совокупности клинических, лабораторных и инструментальных данных. Если подозрение сохраняется, а результаты обследования не дают достаточного ответа, может потребоваться дополнительная оценка. Такой подход позволяет уменьшить риск как пропуска патологического очага, так и ошибочной трактовки неинфекционного скопления жидкости.

2.2 Дифференциальная диагностика.

Дифференциальная диагностика направлена на разграничение внутрибрюшного абсцесса и других состояний, сопровождающихся болью, лихорадкой или образованием патологического скопления жидкости. В число возможных альтернатив входят стерильные послеоперационные скопления, гематомы, биломы, воспалительные образования, участки некроза и некоторые кистозные образования органов брюшной полости.

Послеоперационное скопление жидкости не всегда имеет инфекционную природу. При его оценке учитывают сроки после вмешательства, общее состояние пациента, лабораторные показатели и результаты визуализации. Одно только наличие жидкости на снимке не подтверждает абсцесс; необходимо установить, соответствует ли совокупность данных инфекционно-воспалительному процессу.

При подозрении на первичное заболевание органов брюшной полости необходимо рассматривать острый аппендицит, дивертикулит, холецистит, перфорацию полого органа и другие состояния со сходными проявлениями. При этом абсцесс может оказаться не самостоятельным заболеванием, а осложнением одного из этих процессов. Поэтому дифференциальная диагностика должна

учитывать как наличие гнойного очага, так и вероятную причину его формирования.

Лихорадка, лейкоцитоз и боль в животе встречаются при различных заболеваниях, поэтому каждый из этих признаков обладает ограниченной самостоятельной диагностической ценностью. Надёжность заключения повышается при сопоставлении анамнеза, физикальных данных, лабораторных показателей и результатов визуализации. В спорных ситуациях важна повторная оценка, особенно если состояние пациента меняется.

Комплексная дифференциальная диагностика помогает уточнить характер патологического процесса и избежать неверной интерпретации обнаруженных изменений. Её задача состоит не только в подтверждении вероятного диагноза, но и в последовательном исключении альтернативных объяснений, которые требуют иной клинической тактики.

III. ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ .

3.1 Профилактика внутрибрюшных абсцессов.

Профилактика направлена на снижение риска инфицирования, своевременное устранение первичного источника воспаления и раннее выявление осложнений. Одним из основных условий является своевременная диагностика заболеваний органов брюшной полости, способных сопровождаться распространением инфекции. Особое значение имеют состояния с перфорацией полых органов, перитонитом и инфицированными скоплениями жидкости.

При хирургических вмешательствах важны соблюдение правил асептики и антисептики, бережное обращение с тканями, адекватная оценка состояния органов и своевременное выявление возможных осложнений. Эти меры направлены на снижение риска попадания микроорганизмов и сохранения условий, благоприятных для развития инфекции. При этом профилактика должна

рассматриваться как комплекс мероприятий, а не как одна изолированная процедура.

После операции наблюдают за общим состоянием пациента, температурой тела, характером боли и лабораторными показателями по клиническим показаниям. Особого внимания требуют случаи, когда после первоначального улучшения вновь возникают лихорадка, слабость или боль в животе. Такие изменения не доказывают наличие абсцесса, но требуют дополнительной оценки для своевременного выявления возможного инфекционного осложнения.

Антибактериальная терапия применяется по соответствующим клиническим показаниям. Однако её назначение не заменяет необходимости устранить первичный источник инфекции и выявить сформировавшиеся гнойные очаги. Профилактические мероприятия не могут полностью исключить вероятность абсцесса, но своевременное лечение первичного заболевания, инфекционная безопасность и внимательное послеоперационное наблюдение снижают риск неблагоприятного течения.

3.2 Прогнозирование динамики гнойно-воспалительного процесса.

Прогнозирование направлено на оценку тяжести заболевания и своевременное выявление прогрессирования инфекции. Развитие процесса зависит от локализации и размеров очага, характера микрофлоры, выраженности воспалительной реакции, состояния защитных механизмов и сохранения первичного источника инфицирования. Ни один из этих факторов не следует оценивать отдельно от остальных.

Клиническое наблюдение предусматривает повторную оценку температуры тела, частоты сердечных сокращений, артериального давления, выраженности боли и общего состояния. Дополнительно обращают внимание на нарушения функции кишечника и возможные признаки дисфункции жизненно важных

органов. Изменения этих показателей позволяют оценивать направление процесса и выявлять признаки ухудшения.

Лабораторные показатели помогают судить о выраженности системной воспалительной реакции, однако их необходимо интерпретировать в совокупности с клиническими данными. Отдельное значение анализа не позволяет достоверно предсказать дальнейшее течение заболевания. Более информативно сопоставлять результаты, полученные в динамике, с изменениями самочувствия и объективного состояния.

Инструментальные методы позволяют наблюдать за изменением размеров и структуры патологического очага. При необходимости повторные исследования помогают выявлять новые скопления жидкости и признаки распространения воспаления. Частота и необходимость повторной визуализации определяются клинической ситуацией, а не формальным правилом для всех пациентов.

Благоприятная динамика обычно сопровождается улучшением общего состояния и уменьшением системных проявлений инфекции. Сохраняющаяся лихорадка, усиление боли, ухудшение лабораторных показателей или появление признаков органной дисфункции требуют повторной оценки. Важно учитывать вероятность продолжающегося поступления инфицированного содержимого: даже временное улучшение не исключает дальнейшего развития процесса при сохранении первичного источника.

Динамическое наблюдение особенно важно в послеоперационном периоде, когда проявления инфекционного осложнения могут совпадать с симптомами восстановления. Оценка должна учитывать не только наличие отклонений, но и направление их изменения. Последовательное сопоставление данных позволяет своевременно заметить неблагоприятную тенденцию и обосновать необходимость дополнительного обследования.

Заключение.

Клиническая картина внутрибрюшных абсцессов разнообразна и зависит от локализации очага, его размеров и выраженности системной воспалительной реакции. Лихорадка, боль в животе, слабость и лабораторные признаки воспаления имеют важное значение, однако не являются специфичными. Особую настороженность следует проявлять при длительном сохранении или повторном появлении симптомов после операции либо тяжёлого воспалительного заболевания.

Диагностика должна основываться на комплексной оценке анамнеза, физикального обследования, лабораторных данных и методов визуализации. УЗИ позволяет выявлять жидкостные скопления и в определённых случаях помогает при выполнении вмешательств под контролем изображения. КТ особенно полезна для уточнения глубоких, множественных и сложно расположенных очагов. Выбор метода зависит от конкретной клинической ситуации.

Дифференциальная диагностика необходима для разграничения абсцессов, стерильных скоплений жидкости, гематом, билом и других патологических состояний. Профилактика включает своевременное лечение первичного заболевания, соблюдение инфекционной безопасности и послеоперационное наблюдение. Прогнозирование динамики требует повторной оценки клинических, лабораторных и инструментальных данных, поскольку их изменения во времени позволяют выявлять прогрессирование инфекции и возможные осложнения.

Библиографический список

1. Никольский В. И., Сапожков А. Ю. Абсцессы живота. — Пенза: НПО «Старт», 1994. — 204 с.

2. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р. (ред.). Перитонит. — М.: Литтерра, 2006.

3. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р. (ред.). Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. — М.: Медицинское информационное агентство, 2017.

4. Ерюхин И. А., Гельфанд Б. Р., Шляпников С. А. Хирургические инфекции: руководство. — СПб.: Питер, 2003.

5. Гостищев В. К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

6. Bonomo R. A., Chow A. W., Edwards M. S., et al. 2024 Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America on Complicated Intra-abdominal Infections: Diagnostic Imaging of Suspected Acute Intra-abdominal Abscess in Adults, Children, and Pregnant People // Clinical Infectious Diseases. — 2024. — Vol. 79, Suppl. 3. — P. S113–S117. — DOI: 10.1093/cid/ciae351.

7. The Surgical Infection Society Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection: 2024 Update // Surgical Infections. — 2024. — Vol. 25, No. 6. — DOI: 10.1089/sur.2024.137.