

рургической деятельности. Каждая из перечисленных причин в отдельности или все вместе могут способствовать возникновению внутрибрюшных абсцессов.

За период с 1972 по 1997 годы в Могилевской областной больнице лечилось 114 больных с различной локализацией абсцессов брюшной полости, что составляет по отношению ко всем прошедшим больным 0,5%, 62 больных было с поддиафрагмальными абсцессами, 18 больных – с тазовыми абсцессами, 13 больных – с абсцессами органов брюшной полости, 14 больных – с межпетлевыми абсцессами и 7 больных – с забрюшинными флегмонами, среди которых у 2 больных были поддиафрагмальные абсцессы с расплавлением диафрагмы справа и прорыва гноя в плевральную полость.

Мужчин и женщин было одинаковое число. При этом поддиафрагмальные абсцессы в два раза чаще встречались у мужчин, чем женщин, тогда как тазовые абсцессы чаще встречались у женщин, чем у мужчин в два раза.

На первом месте по образованию абсцессов стоят операции по поводу острого аппендицита и составляют 52% среди всех абсцессов. На втором месте стоят операции по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и составляют 19,5% и из них чаще были поддиафрагмальные абсцессы; 28,5% приходилось на травмы и различные заболевания органов брюшной полости.

Исходя из анализа нашего материала следует отметить, что основными причинами образования внутрибрюшных абсцессов являются:

1. Поздняя операция от начала заболевания, что зависит от несвоевременности обращения самих больных за медицинской помощью и составляет 41,5%, а также от несвоевременной постановки диагноза, длительности наблюдения и консервативного лечения в стационаре, что составляет 13,3%.

2. Интраоперационные диагностические и технические погрешности, допущенные хирургами во время операции первичного заболевания. Эта группа причин составляет 11,2%. Сюда относится недостаточная ревизия органов брюшной полости при несоответствии клинического и морфологического диагноза, в результате чего пропускается основное заболевание.

3. В определенном числе случаев хирурги во время операции недостаточно адекватно производят туалет и дренирование брюшной полости, нерационально проводят оперативное вмешательство при возникших осложнениях основного заболевания; не проводят контрольное исследование крови, ректальное обследование перед выпиской больных с деструктивными формами аппендицита, холецистита, прободными язвами желудка и 12-перстной кишки и т.д.

4. Определенную группу больных составляют те, которым по всем правилам хирургии произведена операция, однако у этих больных все же формируются гнойники. Это связано с обширностью и глубиной поражения висцеральной и париетальной брюшины, не снимающимися фибринными пленками на петлях кишечника, сохранением экссудации брюшины в послеоперационном периоде и снижением защитных сил организма больного.

Карасев Н.Е., Карасев С.Н.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ОБРАЗОВАНИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ ПО МАТЕРИАЛАМ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

/ Могилев /

Внутрибрюшные абсцессы и инфильтраты являются частыми осложнениями ряда заболеваний, повреждений и оперативных вмешательств на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и таза. Эти осложнения связаны: с уменьшением эффективности антибиотиков, с увеличением уд.веса группы больных пожилого и старческого возраста, страдающих нарушением обменных процессов, избыточным весом, диабетом, легочно-сердечной недостаточностью, понижением реактивности организма; с массовой алергизацией населения, обусловленной «химизацией» жизни на нашей планете; с внедрением в медицинскую практику иммунодепрессивных и гормональных препаратов, подавляющих реактивность организма; с некоторым пренебрежением выполнения жестких требований асептики и антисептики частью хирургов, воспитанных в эру антибиотиков и недавно приобщившихся к хи-

С учетом вышеизложенного способствующих и производящих причин возникновения внутрибрюшных воспалительных процессов следует и строить тактику на профилактику последних.