**Абсцесс дугласова пространства**

Абсцесс дугласова пространства обусловлен большей частью перфоративным аппендицитом, перфорацией дивертикула ободочной кишки, реже он является остаточным гнойником при лечении диффузных форм перитонита.

В связи с тем что гнойник не имеет непосредственного контакта с передней брюшной стенкой, при пальпации брюшной стенки патологических признаков и симптомов выявить практически не удается.

Больные жалуются на чувство тяжести, распирание, боль в нижней половине живота, учащенное и болезненное мочеиспускание, учащение стула или понос с тенезмами.

При пальцевом ректальном или вагинальном исследовании на передней стенке прямой кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре.

Необходим дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями женской половой сферы.

Лечение. Трансректальное или трансвагинальное вскрытие и дренирование гнойника.

Прогноз при одиночном тазовом абсцессе обычно благоприятный.

Межкишечный абсцесс

Абсцесс межкишечный располагается между петлями кишечника, брыжейкой, брюшной стенкой и сальником.

Брыжейка поперечной ободочной кишки является барьером на пути распространения гнойника на верхний этаж брюшной полости.

Межкишечные абсцессы часто множественные.

Точную локализацию и размер гнойника устанавливают при ультразвуковом исследовании и компьютерной рентгеновской томографии.

Нередко межкишечный абсцесс сочетается с тазовым абсцессом.

Диагноз обычно труден. Подозревать развитие межкишечного абсцесса возможно у больного, перенесшего перитонит с неполным выздоровлением, при рецидиве симптомов гнойной интоксикации организма.

При осмотре определяются напряжение брюшных мышц и выраженная болезненность в области гнойника, в ряде случаев - асимметрия брюшной стенки (особенно при гнойниках, имеющих контакт с брюшной стенкой).

При пальпации может определяться патологическое образование, умеренно болезненное и неподвижное.

При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости - уровень жидкости, явления пареза кишечкика, оттеснение петель кишки при контрастном исследовании.

Лечение оперативное - вскрытие и дренирование гнойника.

Перед операцией обязательна премедикация антибиотиками и метронидазолом.

Доступ зависит от локализации и количества гнойников. При множественных гнойниках приходится широко вскрывать брюшную полость.

Прогноз при одиночных гнойниках обычно благоприятный.

Осложнения: сепсис, прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием перитонита.