

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*Кафедра русского языка и социально-культурной адаптации*

Зав. кафедрой д.с.н. Т.К. Фомина

## **А Б С Ц Е С С Ы П Е Ч Е Н И**

Методическая разработка для иностранных студентов  
**6 курса**  
**(Английское отделение)**

Количество учебных часов – 6

Составитель: преподаватель В.А. Брыкалин  
Консультант – к.м.н., доц. Запорощенко А.В.

## Тема: АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

*Цель:* выработка навыков монологического высказывания на материале текста по специальности.

### I Предтекстовые упражнения.

**Задание 1.** Прочитайте слова, которые вы встретите в тексте.  
Незнакомые слова запишите в тетрадь.

<i>Высевать (здесь)</i>	– культивировать микрофлору;
<i>скудный</i>	– небогатый;
<i>сдвиг</i>	– перемещение в сторону;
<i>купол</i>	– верхняя часть органа в виде полушария;
<i>чрескожный (здесь)</i>	– вводимый через кожу;
<i>прогнозируемый</i>	– прогнозируемый;
<i>потрясающий (от гл. трести)</i>	– заставляющий дрожать, сотрясаться;
<i>разлитый (здесь)</i>	– распространенный.

**Задание 2.** Прочитайте следующие термины, соблюдая правильное ударение. Термины, значение которых вам неизвестно, запишите в тетрадь.

Эхинококк	– ленточный червь, паразитирующий в кишечнике человека и животного;
бактериемия	– наличие бактерий в циркулируемой крови;
эмпиема	– накопление гноя в какой-либо полости или поллом органе;
пенестрирующая (язва)	– осложнение язвенной болезни в виде распространения патологического процесса в соседние органы;
крипта	– выпячивание многослойного эпителия в прямой кишке;
криптогенный (абсцесс)	– абсцесс, развивающийся в крипте прямой кишки;
клебсиела	– род (вид) энтеробактерий;
неклостридиальная (флора)	– не относящаяся к грамположительным, анаэробным бактериям;

пептострептококки	– анаэробные стрептококки;
бактероид	– грамотрицательная анаэробная бактерия, не образующая спор;
пептострептококки холангиогенный	– анаэробные бактерии, обитающие в кишечнике; – локализующийся по ходу внутрипечёночных жёлчных протоков и возникающий как осложнение гнойного холангита;
гепатомегалия	– увеличение размеров печени;
пункция	– прокалывание стенки органа или полости с целью исследования или лечения;
ангиография	– рентгенологическое исследование кровеносных лимфатических сосудов после введения в них контрастного вещества;
целиакография	– ангиография сосудов брюшной полости.

**Задание 3.** Соедините два близких по содержанию понятия словом «или».

Абсцесс – гнойник, нарыв;  
 холангит – воспаление желчевыводящих путей;  
 интермиттирующий – перемежающийся, характеризующийся периодами спада и подъёма;  
 проливной (пот) – обильный (пот);  
 физикальный – общелечебный;  
 амёбиаз – амёбная дизентерия;  
 алиментарный – связанный с питанием, пищей;  
 апорексия – снижение аппетита;  
 аррозия – нарушение целостности кровеносных сосудов.

**Задание 4.** Определите значение следующих терминологических сочетаний по корням опорных прилагательных.

Воротная вена, ободочная кишка, перкуторная болезненность, плевральная полость, паразитарный абсцесс.

**Задание 5.** Продолжите ряды однокоренных слов:

гной – гнойник – нагноение – ...,  
 энтеробактер – бактериемия – ...,  
 локализация – локальный – ...,  
 кровь – кровотечение – ....

**Задание 6.** Определите, от каких существительных образованы следующие прилагательные:

механический, деструктивный, контактный, травматический, инструментальный, пальпаторный, перкуторный.

**Задание 7.** Определите, от каких глаголов образованы данные существительные на *-ЕНИЕ*:

скопление, внедрение, проникновение, возникновение, повреждение, уточнение, обследование, проявление, применение, лечение, осложнение, применение.

Составьте с некоторыми из них предложения.

**Задание 8.** Обратите внимание на существительные с суффиксом *-ОСТЬ*, имеющими значение абстрактного признака:

болезненность, трудность, возможность, безуспешность, летальность.

Составьте с некоторыми из них словосочетания или предложения.

**Задание 9.** Со словами из правой и левой колонки составьте глагольно-именные словосочетания.

Скапливаться – скопиться <i>вследствие чего?</i>	внедрение микроорганизмов
проникать – проникнуть <i>каким путём?</i>	контактный путь
усиливаться – усилиться <i>при чём?</i>	движение, дыхание
являться – явиться <i>причиной чего?</i>	заболевание
выявлять – выявить <i>что?</i>	симптомы заболевания
выявление – <i>чего?</i>	
определять – определить <i>что?</i>	болезнь
определение <i>чего?</i>	
осложнять – осложнить <i>что?</i>	состояние больных
осложнение <i>чего?</i>	болезнь
использовать <i>что?</i> использование <i>чего?</i>	наружное дренирование
применять – применить <i>что?</i>	новый способ лечения
применение <i>чего?</i>	

**Задание 10.** Замените предложения с причастными оборотами сложными предложениями с союзом «*который*».

1. Выделяют бактериальные процессы, а также процессы, сформировавшиеся в результате эхинококковой кисты.
2. Проникновение микрофлоры осуществляется при различных заболеваниях, сопровождающихся сепсисом и бактериемией.

3. Основными симптомами абсцесса являются интермиттирующая лихорадка, усиливающаяся при движении, дыхании, и постоянные тупые боли.
4. Кроме того, выделяют симптомы основного заболевания, явившегося причиной развития абсцесса.
5. При физикальном исследовании можно определить зону максимальной активности, соответствующей проекции абсцесса.
6. Обязательным компонентом указанных методов лечения абсцесса является массивная антибиотикотерапия, а также лечение основных заболеваний, явившихся причиной развития абсцесса.
7. Начало заболевания характеризуется высокой гипертермией, сопровождающейся потрясающими ознобами.
8. Для лечения абсцессов, вызванных неклостридиальной микрофлорой применяют препарат метронидазол.
9. В диагностике ведущее значение имеют серологические пробы, указывающие на амёбиаз.

## II. Притекстовые упражнения

**Задание.** Прочитайте текст и ответьте на вопрос: большинство текстов о заболеваниях имеет определённую структуру и строится по определённому плану:

общая характеристика заболевания – клиническая картина – диагностика – лечение – осложнения. Совпадает ли структура прочитанного вами текста с традиционной структурой?

### АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

*Абсцесс печени* – ограниченное скопление гноя вследствие внедрения в печёночную паренхиму микроорганизмов или паразитов. Выделяют бактериальные (микробные) паразитарные абсцессы, а также абсцессы, сформировавшиеся в результате нагноения эхинококковой кисты.

*Бактериальные абсцессы. Э т и о л о г и я и п а т о г е н е з.* Проникновение микрофлоры в ткань печени осуществляется следующими путями: по билиарному пути (по ходу желчных протоков) – при механической желтухе и холангите (30-40%); по венозному (по воротной вене) – при деструктивном аппендиците, холецистите, неспецифическом язвенном колите и т. п. (20%); по артериальному (по печёночной артерии) – при различных заболеваниях, сопровождающихся сепсисом и бактериемией; по контактному – при прорыве в ткань печени эмпиемы желчного пузыря, при пенетрирующей язве желудка, поддиафрагмальном абсцессе, по травматическому – при открытых и закрытых повреждениях

печени. Кроме того, выделяют так называемые криптогенные абсцессы печени (20%), при которых причину их возникновения определить не удаётся. Около 30% абсцессов возникает после операций на органах брюшной полости.

Абсцессы могут быть одиночными и множественными. Они локализуются чаще в правой доле печени. Возбудителями могут быть все виды бактерий. Наиболее часто обнаруживают кишечную палочку, энтеробактер, клебсиелу, стрептококки. Почти в 50% высевается неклостридиальная флора (бактероиды, пептострептококки).

**К л и н и ч е с к а я к а р т и н а и д и а г н о с т и к а.** На ранних стадиях болезни клинические проявления весьма скудны. Основными симптомами являются интермиттирующая лихорадка с амплитудой колебаний до 3°C и проливным потом; постоянные тупые боли в правом подреберье, иногда усиливающиеся при движении, дыхании; снижение аппетита; общая слабость; при длительном течении – похудание. Кроме того, выявляют симптомы основного заболевания, явившегося причиной развития абсцесса. При крупных и множественных гнойниках часто отмечают гепатомегалию. Для холангиогенных множественных абсцессов характерна желтуха. Диагностика абсцессов печени, особенно единичных, некрупных, представляет существенные трудности. В постановке правильного диагноза помогают анамнез (наличие у больного в прошлом какого-либо септического заболевания: остеомиелита, фурункулёза, эндокардита или воспалительных заболеваний органов брюшной полости), а также данные объективного обследования с учётом общих и местных проявлений болезни.

При физикальном исследовании можно определить зону максимальной перкуторной или пальпаторной болезненности, соответствующей проекции абсцесса. В клиническом анализе крови выявляют лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемию. При рентгенологическом исследовании определяют высокое стояние и органические подвижности правого купола диафрагмы, выпот (сочувственный) в правой плевральной полости при локализации гнойников на диафрагмальной поверхности. Наиболее информативные способы исследования – ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Эти способы позволяют точно определить локализацию и размеры абсцесса и других патологических образований в печени. Под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии производят пункцию абсцесса для уточнения диагноза и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Прочие инструментальные способы исследования (радиоизотопное исследование, целиакография) менее информативны и поэтому применяются редко.

**О с л о ж н е н и я** наблюдаются в 30% случаев. Наиболее частыми из них является перфорация в свободную брюшную полость, в

плевральную полость, реже в желудок или ободочную кишку. Первые два осложнения (перитонит, эмпиема плевры) существенно осложняют состояние больных и омрачают прогноз болезни. Иногда перфорация абсцесса сопровождается кровотечением из аррозированных сосудов печени.

**Л е ч е н и е.** В настоящее время наиболее часто используют чрескожное наружное дренирование абсцессов печени под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии. В последующем производят промывание полости гнойника растворами антисептических средств и антибиотиков. При невозможности применения или безуспешности данного способа лечения вынуждено прибегают к хирургическому вмешательству – вскрытию и дренированию полости абсцесса. При холангиогенных (множественных) абсцессах производят вскрытие наиболее крупных гнойников и наружное дренирование общего желчного протока с целью санации и ликвидации халангита. Обязательным компонентом указанных методов лечения является массивная антибиотикотерапия, а также лечение основных заболеваний, явившихся причиной развития абсцесса. Для лечения абсцессов, вызванных неклостридиальной анаэробной микрофлорой, применяют препараты метронидазола. В прогностическом отношении наиболее неблагоприятным холангиогенные множественные абсцессы, летальность при которых достигает 90%.

Паразитарные абсцессы печени встречаются в 4-5 раз реже, чем бактериальные.

**Э т и о л о г и я и п а т о г е н е з.** Обычно патогенез паразитарных абсцессов бывает обусловлено различными видами амёб (*Entamoeba histolytica*, *Entamoeba disenteriae*). Наиболее часто они локализуются в верхних и задних отделах правой доли печени. У 10-15% больных из содержимого паразитарных абсцессов высевают также микробную флору. Заражение происходит алиментарным путём. Из просвета кишечника амёбы током крови попадают в воротную вену и далее в паренхиму печени, вызывая расплавление и абсцедирование большего или меньшего объёма её ткани. Содержимое амёбного абсцесса в отличие от бактериального имеет характерную шоколадную или тёмно-красную краску типа томатной пасты.

**К л и н и ч е с к а я к а р т и н а и д и а г н о с т и к а.** Начало заболевания характеризуется высокой гипертермией, сопровождающейся потрясающими ознобами, тупыми разлитыми болями в правом подреберье. В последующем присоединяются анорексия, общая слабость, гепатомегалия, болезненность при пальпации печени. Состояние больных, особенно при крупных абсцессах, тяжёлое, хотя и несколько лучше, чем при микробных гнойниках печени. Почти у половины больных

клиническую картину амёбного абсцесса маскируют типичные проявления паразитарной дизентерии.

В диагностике ведущее значение имеют серологические пробы, указывающие на амёбиаз. Локализацию и размеры абсцесса позволяют уточнить ультразвуковое исследование и компьютерная томография. При невозможности выполнения указанных методик применяют радиоизотопное исследование и целиакографию.

**О с л о ж н е н и я.** Паразитарные абсцессы осложняются несколько чаще, чем бактериальные. У ряда больных абсцесс прорывается в брюшную или плевральную полость, реже – в прилежащий полый орган брюшной полости, бронх, перикард. Развитие осложнений существенно увеличивает летальность.

**Л е ч е н и е.** Основным способом лечения амёбных абсцессов является химиотерапевтический. Наиболее эффективны производные метронидазола (трихопол). Применяют также эметина гидрохлорид, хингамин. При сочетании паразитов с микробной флорой необходимо введение антибиотиков широкого спектра действия. В случае безуспешности интенсивного консервативного лечения, ухудшение общего состояния пациентов, при больших размерах абсцессов прибегают к чрескожному дренированию его полости под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии.

При лечении не осложненных абсцессов летальность обычно не превышает 7%, при наличии осложнений – свыше 40%.

### III. Послетекстовые упражнения

**Задание 1.** Ответьте на вопросы. Ответы запишите в тетрадь.

1. Что называют абсцессом печени? Какие виды абсцессов обычно выделяют?
2. Что вы можете сказать об этиологии и патогенезе абсцесса печени?
3. Какова клиническая картина заболевания?
4. Почему диагностика заболевания представляет существенные трудности?
5. Какие методы исследования используют при диагностике абсцесса?
6. Когда, в каких случаях встречаются осложнения?
7. Какие методы используются для лечения абсцесса?
8. В чём проявляются особенности этиологии и патогенеза паразитарных абсцессов?
9. Чем отличается клиническая картина паразитарных абсцессов?
10. Что в диагностике паразитарных абсцессов имеет ведущее значение?
11. Какие осложнения и как часто возникают при паразитарных абсцессах?
12. Какой способ является основным способом лечения амёбных абсцессов?



- Задание 2.** Ответьте на вопрос: раскрывают ли вопросы из предыдущего задания полностью содержание текста? Какие ещё вопросы, по вашему мнению, можно было задать к тексту?
- Задание 4.** Со следующими прилагательными из текста составьте словосочетания сами или найдите их в тексте: билиарный, пенетрирующий, криптогенный, неклостридиальный, интермиттирующий, холангиогенный, физикальный, аррозированный.
- Задание 6.** Используя грамматические конструкции внедряться во что, проникать во что, симптомами чего является что, характеризируются чем, появляться при каком условии, расскажите об этиологии, клинической картине и лечении абсцессов печени.

