

Выполнение лечебных вмешательств при заболеваниях и травмах шеи и грудной клетки

Усик Владимир Сергеевич,
преподаватель хирургии
высшей категории,
кандидат медицинских наук

ХИРУРГИЯ ШЕИ

На шее хирургическое лечение применяется по поводу

- повреждений,
- гнойных процессов,
- при заболеваниях пищевода (опухоли, сужения, инородные тела и др.),
- при заболеваниях гортани (рак, туберкулез и др.),
- дыхательного горла
- и щитовидной железы.

ХИРУРГИЯ ШЕИ

- **Ранения шеи.** Ввиду наличия на шее крупных кровеносных сосудов (сонная артерия, яремная вена), а также органов, важных для жизни (трахея, пищевод и др.), ранения шеи очень опасны.
- особенно опасно повреждение общей сонной и подключичной артерии.
- В этих случаях первая помощь заключается в прижати артерий и последующей быстрой доставке больного в лечебное учреждение для перевязки поврежденного сосуда.
- **Общую сонную артерию** прижимают у внутреннего края грудино-ключично-сосковой мышцы к поперечным отросткам шейных позвонков.
- Придавливают артерию большим пальцем или четырьмя остальными пальцами

ХИРУРГИЯ ШЕИ

- **Подключичную артерию** прижимают к первому ребру над ключицей на границе внутренней и средней ее трети. Можно прижать артерию, оттягивая соответствующую руку пострадавшего книзу и назад; при этом артерия сдавливается между ключицей и первым ребром.
- Если больной подлежит эвакуации, прижатие заменяют наложением давящей повязки. Не надо забывать, что иногда при ранении крупных сосудов шеи кровотечение может остановиться самопроизвольно и затем возобновиться.
- При ранении **больших вен шеи (яремной, подключичной)** возможно присасывание воздуха через центральный конец вены, что ведет к воздушной эмболии и смерти.
- Меры помощи немедленное прижатие вены в ране и затем оперативная перевязка ее.

ХИРУРГИЯ ШЕИ

- **Ранение пищевода** сказывается обычно в затруднении глотания, иногда в выделении крови через рот.
- Ранение пищевода дает тяжелую инфекцию раны. Около пищевода развивается воспалительный процесс, переходящий в средостение (медиастинит), что обычно приводит больного к гибели.
- Помощь при подозрении на ранение пищевода заключается в полном прекращении приема пищи и питья через рот, запрещении глотать даже слюну и в оперативном раскрытии раны.
- **Послеоперационный уход** состоит в кормлении больных не через рот, а через пищеводный зонд или свищ желудка, наложенный для этой цели оперативным путем.

ХИРУРГИЯ ШЕИ

- опасны также **ранения трахеи**, так как вместе с воздухом в дыхательное горло поступает много крови, что может вызвать удушье.
- Кроме того, при небольшом выходном отверстии есть опасность сдавления органов воздухом, выходящим из трахеи (**подкожная эмфизема**).
- *Подкожная эмфизема* характеризуется появлением и быстрым увеличением припухлости шеи, переходящей на лицо, грудь и все тело.
- При надавливании на припухшую кожу ощущают крепитацию (хруст).
- Кроме указанных осложнений, есть опасность удушья вследствие отека голосовой щели.

ХИРУРГИЯ ШЕИ

- **Первая помощь** при ранениях трахеи заключается в быстрой доставке раненого в лечебное учреждение для срочного оперативного вмешательства.
- Если раненый дышит через рану, повязку накладывать не надо, а необходимо заменить ее марлевой занавесочкой, укрепленной на шее.
- При затруднении дыхания в дыхательное горло можно ввести через рану трахеотомическую трубку.
- Чтобы облегчить откашливание затекающей в трахею крови, **больного везут в сидячем положении** с наклоненной вперед головой или в положении на боку, но не на спине.
- При открытой ране рекомендуется остановить кровотечение в ране путем перевязки кровоточащих сосудов.
- При ранней операции исход благоприятен.
- В дальнейшем такие больные нуждаются во внимательном наблюдении, так как в связи с отеком голосовой щели у них возможны расстройства дыхания, требующие производства операции трахеотомии.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- **Инородные тела** (семечки, монеты, пуговицы, гвозди, шарики, кости и т. д.) в дыхательные пути и пищевод обычно попадают во время еды, при смехе, игре и пр.
- ✓ Клиническая картина зависит от того, в какой орган проникло инородное тело, а также от характера самого инородного тела.
- ✓ При **попадании инородного тела в дыхательные пути** наблюдается сильный кашель, лицо становится синюшным, набухают сосуды шеи, появляется слезотечение.
- ✓ Через некоторое время кашель проходит, но при передвижении инородного тела возобновляется.
- ✓ При закупорке бронха наступает ателектаз соответствующего участка легкого.
- ✓ В диагностике большая роль отводится бронхоскопии, ларингоскопии и рентгенографии.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- ***Клиническая картина инородных тел в пищеводе совершенно иная.***
- Пищевод обладает свойством пропускать без особых повреждений довольно крупные и острые предметы.
- Наиболее часто застревают острые предметы (рыбья кость), когда они одним острым концом прокалывают стенку пищевода.
- Появляется боль при глотании, твердая пища не может пройти по пищеводу (дисфагия).

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- **Лечение.** Неотложную помощь и, в случае необходимости, дальнейшее лечение пациентов с инородным телом пищевода желательно проводить с участием бригады специалистов в составе торакального хирурга, врача-эндоскописта, рентгенолога и анестезиолога в торакальном хирургическом отделении.
- Проводится удаление инородного тела с помощью эзофагоскопа, лучше под наркозом.
- Общая анестезия позволяет предупредить повреждение пищевода, так как под наркозом исключается внезапное движение, кашель и рвота.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- Если возможности провести эту процедуру нет, инородное тело удаляют с помощью определённых приёмов: нужно быстро и сильно сдавить грудную клетку пациента руками, одновременно надавливая на эпигастральную область; или же сильно ударить кулаком по спине.
- После удаления инородного тела необходимо наблюдение за пациентом в течение 7 – 14 дней.
- В первые 3 – 4 дня исключается энтеральное питание.
- Хирургическое лечение показано при осложнениях (перфорация стенки пищевода), а также при неудачных попытках удаления инородного тела эндоскопическим методом.
- Операция заключается в эзофаготомии, удалении инородного тела и ушивании рассечённой стенки пищевода.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- **Осложнения.**
- Механическая асфиксия и внезапная смерть вследствие обтурации воздухоносного пути на уровне нижней части глотки или гортаноглотки.
- Ранение и ранняя перфорация стенки пищевода, а также повреждение острым предметом рядом лежащей аорты.
- Образование травматических свищей пищевода.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- ***Травматический эзофагит и пролежень*** с разрушением стенки пищевода и поздней перфорацией, что связано с длительным нахождением инородного тела, нарушением микроциркуляции в стенке пищевода и присоединением инфекции. При этом инородное тело может даже мигрировать за пределы пищевода.
- ***Флегмона шеи и гнойный медиастинит*** с возможным развитием пневмоторакса, гнойного плеврита, перикардита и сепсиса, как следствие перфорации пищевода.

Инородные тела дыхательных путей и пищевода

- ***Аррозивное профузное кровотечение*** из крупных кровеносных сосудов шеи и средостения, требующее экстренной операции и часто заканчивающееся летальным исходом.
- ***Дисфагия или афагия.***
- ***Образование рубцовых стриктур*** пищевода.

Стеноз гортани и понятие о трахеостомии

- **Стеноз (сужение) гортани** может наступить при ранении, воспалительных процессах и т. д.
- В острых случаях стеноз происходит вследствие отека мягких тканей, в более позднее время— за счет развития рубцовой ткани.
- Клинически это проявляется затрудненным дыханием. В тяжелых случаях может наступить смерть вследствие удушья.
- В острых случаях необходимо ***срочно наложить трахеостому.***
- В поздние сроки прибегают к пластическим операциям.

Стеноз гортани и понятие о трахеостомии

Для трахеостомии существует специальный набор инструментов:

1. тупые и острые однозубые крючки,
 2. расширитель раны трахеи (Труссо)
 3. двойные трахеостомические канюли.
- Помимо специального набора инструментов, используют общехирургический инструмент: скальпель, шприц для обезболивания, кровоостанавливающие зажимы.
 - **Набор для трахеостомии постоянно должен быть готов к употреблению и находиться в стерильном состоянии.**

Техника трахеостомии

1. Под местным обезболиванием производят вскрытие трахеи.
2. В рану трахеи вставляют специальный расширитель, и при помощи его вводят трахеостомическую трубку.
3. На мягкие ткани вокруг трубки накладываются швы.
4. Трубку при помощи марлевых тесемок фиксируют за шею.
5. После этого больной дышит через трахеостомическую трубку.

Необходимо помнить, что после наложения трахеостомической трубки больной не в состоянии разговаривать (воздух не проходит через голосовые связки), но если прикрыть отверстие в трубке, больной может говорить.

Ожог пищевода.

- Повреждение **пищевода** химическими веществами (**химический ожог**) возникает в результате несчастных случаев или преднамеренно во время суицидальной попытки.
- В результате **воздействия кислот** на ткани наступает **коагуляционный некроз**. Зона коагуляционного некроза представляет собой плотный струп, предохраняющий подлежащие слои тканей от проникновения кислоты.
- При **ожоге щелочами** образуется **колликвационный некроз**. При этом струп не образуется и щёлочь беспрепятственно проникает в ткани, вызывая более глубокий ожог, чем кислоты.

Ожог пищевода.

- Одновременно с повреждением пищевода происходит повреждение губ, полости рта, глотки, надгортанника, голосовых связок, трахеи и бронхов.
- Повреждение дыхательных путей может происходить в результате прямого попадания в них при ингаляции едких жидкостей или их паров, а также вследствие аспирации рвотных масс, содержащих эти вещества.

Ожог пищевода.

- **Клинические симптомы.** Состояние некоторых пострадавших может быть вполне удовлетворительным, у других – крайне тяжёлым. Это обусловлено глубиной и протяжённостью повреждения, а также количеством выпитого химического вещества.
- Возможно двигательное и психическое возбуждение.
- Беспокоит острая боль в полости рта, глотке, пищеводе с иррадиацией в спину, в грудь.
- Боль усиливается при каждом глотании и рвоте.
- Рвота многократная с задержкой дыхания и возможной аспирацией рвотных масс, содержащих едкое вещество и примесь крови.
- Может быть острая мучительная боль в эпигастральной области вследствие поражения желудка и поджелудочной железы.

Ожог пищевода.

- Беспокоит жажда, гиперсаливация и дисфагия.
- Отмечается бледность, цианоз или иктеричность кожных покровов;
- отёк губ, слизистой рта, языка, глотки, надгортанника, голосовых связок, бронхов и трахеи, который вызывает тяжёлые респираторные нарушения.
- При этом возникают одышка, шумное стенотическое дыхание вплоть до развития асфиксии.
- Возникает токсическое поражение сердечно-сосудистой системы, что клинически проявляется выраженной тахикардией, артериальной гипотонией, снижением ЦВД.
- Возникают олигурия, анурия. Моча приобретает красный, вишнёвый или коричневый цвет.

Ожог пищевода.

- Сразу после ожога может наступить полная непроходимость пищевода.
- Смертельный исход возможен в течение – 2 суток от асфиксии и острой сердечно-сосудистой недостаточности, иногда от перфорации пищевода и острого медиастинита, перфорации желудка и перитонита, от тотального некроза пищевода, желудка, поджелудочной железы, тонкого и толстого кишечника.
- Опасным для жизни осложнением является первичное или вторичное кровотечение из пищевода или желудка.

Ожог пищевода.

- Интенсивное всасывание кислот и щелочей, а также продуктов тканевого распада вызывает общетоксическое резорбтивное действие и нарушение гомеостаза.
- Происходит разрушение эритроцитов и повышение уровня гемоглобина. Вследствие потери жидкой части крови и потери жидкости наступает гиповолемия.
- При тяжёлых ожогах возможно развитие синдрома внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдрома).
- Довольно быстро может возникнуть почечная и печёночная недостаточность.

Ожог пищевода.

Стадии клинического течения.

- **Первая стадия (1-я неделя с момента ожога)** – острый коррозионный эзофагит. Возникает некроз и воспаление стенки пищевода различной глубины и протяжённости.
- Эти поражения могут быть **лёгкой, средней и тяжёлой степени** выраженности. В этот период возможна ранняя перфорация пищевода с развитием острого медиастинита и первичное или вторичное кровотечение.

Ожог пищевода

- **Вторая стадия (2 – 3 неделя) – латентная или мнимого благополучия.**

Наступает отторжение некротических тканей, образование грануляционной ткани, которая замещает погибший слизистый или мышечный слой. После отторжения струпа может произойти перфорация пищевода, образоваться гнойный медиастинит, пищеводно-трахеальный или пищеводно-бронхиальный свищ, кровотечение.

Ожог пищевода

- **Третья стадия (3 – 4 неделя)** – образование рубцовой стриктуры. Ожоговая рана эпителизируется и формируется рубцовая стриктура вследствие образования фиброзной ткани. Этот период длится 3 – 6 месяцев.
- **Четвёртая стадия** – хронический язвенный эзофагит. Он может наблюдаться у отдельных пациентов в течение многих лет. Исходом его является сужение и укорочение пищевода, пептический рефлюкс-эзофагит или развитие злокачественной опухоли.

Ожог пищевода

- **Лечение.** Целью неотложной помощи в остром периоде ожога является спасение жизни пострадавшего, облегчение его страданий. При необходимости начинают реанимационные мероприятия. При угрозе асфиксии вводятся миорелаксанты и интубируется трахея для проведения ИВЛ.
- Для восстановления нарушенного кровообращения немедленно начинается инфузионная терапия кристаллоидными растворами. Вводятся обезболивающие и седативные средства.

Ожог пищевода

- При обнаружении ожога слизистой ротоглотки у пострадавшего, он должен прополоскать рот холодной водой.
- Не рекомендуется нейтрализация кислот щелочами и наоборот, так как при этом наступает экзотермическая реакция, усиливающая повреждение тканей.
- Промывание пищевода и желудка не показано в связи с реальной угрозой перфорации или дополнительного повреждения зондом изменённой слизистой этих органов.

Ожог пищевода

- **Не следует вводить назогастральный зонд.**
- Не следует вызывать рвоту, так как возможна аспирация рвотных масс и пневмония, дополнительный ожог пищевода, а также перфорация пищевода или желудка при сильной рвоте.
- Ограничить зону ожога пищевода и желудка можно приёмом некипячёного молока, жидкого яичного белка или антацидов (альмагель).
- Белки молока и яиц являются буферными веществами и могут способствовать нейтрализации кислот и щелочей, а также уменьшению их концентрации.
- Рекомендуется использование раствора: 4 белка на 1 л воды.

Ожог пищевода

- Пострадавший должен быть немедленно госпитализирован в специализированное отделение или токсикологический центр.
- В стационаре после устранения угрожающих жизни состояний проводится тщательное обследование пациента (эзофагоскопия, рентгенография грудной клетки, лабораторное обследование) и продолжается соответствующая терапия.
- Для длительной инфузионной терапии устанавливается подключичный катетер. Вводятся кристаллоидные, коллоидные растворы, по показаниям проводятся гемотрансфузии, вводятся растворы для парентерального питания.
- Для профилактики инфекционных осложнений и образования рубцовой стриктуры назначают антибиотики, стероидные гормоны, а также раннее бужирование пищевода.
- Хирургическое лечение применяется при опасных для жизни осложнениях (перфорация, медиастинит, перитонит, кровотечение).

травмы грудной клетки

- Среди всех заболеваний травмы грудной клетки составляют около 10%, а закрытые повреждаются в 9-10 раз чаще, чем открытые (ушибы, сдавления органов грудной полости, переломы грудины, ребер, ключицы, лопатки) – преобладают над открытыми и составляют более 6% среди больных с травмами:

Классификация:

1) закрытые травмы груди:

- а) без повреждения внутренних органов (71.8%)
- б) с повреждением внутренних органов (28.2%)

2) открытые ранения груди:

- а) непроникающие в грудную полость
- б) проникающие в грудную полость
 - - без повреждения внутренних органов
 - - с повреждением внутренних органов

травмы грудной клетки

Проникающие ранения делятся на:

- колото-резаные и огнестрельные
- слепые и сквозные
- односторонние, двусторонние, множественные, сочетанные
- с пневмотораксом (открытым и закрытым), гемотораксом, пневмогемотораксом, хилотораксом
- с ранением плевры, легкого, трахеи, бронхов и др. органов грудной полости
- торако-абдоминальные ранения (с повреждением органов грудной, брюшной полостей и без).

травмы грудной клетки

- **Ушибы грудной клетки** возникают при сильном ударе в грудь и при падении на твердый предмет. Проявляются выраженной болезненностью при пальпации и вдохе, наличием кровоподтеков, гематом.
- При сдавлении грудной клетки характерна так называемая **травматическая асфиксия**: верхняя часть грудной клетки, голова, шея, лицо приобретают синюшно-багрово-фиолетовую окраску с резко выраженной границей.
- Выявляются петехиальные кровоизлияния на коже, слизистых оболочках рта, зева, носа, склеры.
- **Лечение** – покой, увлажненный кислород, обезболивание, вагосимпатическая блокада.

травмы грудной клетки

- **Первая Медицинская Помощь:**

1. полусидячее положение
2. обезболивание
3. при множественных переломах ребер с флотацией грудной стенки – фиксация «реберных клапанов» лигатурами к лестничной шине или полосками лейкопластыря
4. ингаляция увлажненного кислорода
5. срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение в полусидячем положении

травмы грудной клетки

Лечение: снятие болевого синдрома, создание покоя, увлажненный кислород.

- проводится межреберная новокаиновая блокада;
- блокада места перелома;
- при значительных расстройствах дыхания – вагосимпатическая блокада.
- Существуют способы фиксации и вытяжения при множественных двойных переломах ребер.
- При смещении отломков производят оперативное лечение: *фиксация танталовыми скобками, спицами.*

травмы грудной клетки

Основная цель первичного осмотра – обнаружить угрожающие жизни состояния и установить их причину.

К основным угрожающим жизни состояниям, которые встречаются при травмах груди и требуют неотложной помощи, относятся:

- ***тампонада сердца;***
- ***массивный гемоторакс;***
- ***напряженный пневмоторакс;***
- ***открытый пневмоторакс;***
- ***наличие реберного клапана;***
- ***разрыв диафрагмы.***

травмы грудной клетки

При осмотре пациента обращают внимание на:

- **Цианоз** – признак нарастающей гипоксии, обусловленной дыхательной недостаточностью. Если синюшную окраску имеют только лицо, шея и верхняя половина груди («декольте»), нужно заподозрить травматическую асфиксию, возникшую при сдавлении грудной клетки. Для травматической асфиксии характерны также точечные кровоизлияния в кожу, слизистые, под конъюнктиву.

травмы грудной клетки

- **самостоятельное дыхание** – наличие или отсутствие; западение межреберий во время вдоха (дыхательная недостаточность, обструкция дыхательных путей);
- **парадоксальное дыхание** (окончатый перелом с флотацией грудной стенки);
- **односторонние дыхательные движения** (разрыв бронха, пневмоторакс, гемоторакс);
- **стридор** (повреждение верхних дыхательных путей).
- **симптом «прерванного вдоха»**,
- **симптом Пайра** (болезненность при наклонах в здоровую сторону).

травмы грудной клетки

Первичное рентгенологическое исследование

- После краткого физикального исследования проводят обзорную рентгенографию грудной клетки. Обычно достаточно прикроватной рентгенографии (снимок в задней прямой проекции), но если состояние больного позволяет, лучше сделать снимки в передней прямой и боковой проекциях

Осложнения перелома ребра

Перелом ребер может быть осложнен следующими патологиями:

- пневмоторакс;
- гемоторакс;
- тампонада сердца;
- внутреннее или внешнее кровотечение;
- инфекционные осложнения.

Пневмоторакс

- **Открытый пневмоторакс.** Открытый пневмоторакс возникает при наличии сквозного раневого отверстия, которое соединяет плевральную полость с внешней средой.
- В данном случае легкое с пораженной стороны полностью исключается из акта дыхания, так как при выравнивании давления между плеврой и внешней средой происходит спадение легкого.

Пневмоторакс

- **Закрытый пневмоторакс.** Закрытый пневмоторакс развивается при повреждении ткани легкого, что приводит к тому, что атмосферный воздух, проникающий в легкие, начинает заполнять плевральную полость.
- Происходит это до тех пор, пока внутриплевральное давление не сравняется с атмосферным.
- Как следствие происходит нарушение дыхательной функции пораженного легкого.

Пневмоторакс

- **Клапанный пневмоторакс.** Клапанный пневмоторакс представляет собой тяжелую клиническую ситуацию, при которой в области повреждения образуется своеобразный клапан (*фрагменты тканей в раневом канале, спадающийся бронх*), который позволяет воздуху во время вдоха проникать в плевральную полость, но не позволяет ему выходить наружу.
- В результате происходит прогрессирующее возрастание внутриплеврального давления, что приводит к постепенному возрастанию объема плеврального мешка со смещением органов средостения в противоположную сторону с ограничением амплитуды дыхательных движений здорового легкого.

Пневмоторакс

- При любой из описанных форм пневмоторакса развивается тяжелая дыхательная и сердечная недостаточность.

Дыхательная недостаточность возникает вследствие выпадения одного из легких из акта дыхания, а также из-за некоторого сдавления здорового легкого с ограничением его движений. Кроме того, в процессе дыхания воздух из здорового легкого попадает в плевральную полость, откуда на вдохе проникает обратно в легкое – таким образом, возникает патологический замкнутый круг, в котором происходит прогрессирующее снижение концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе. Следует понимать, что при открытом пневмотораксе этот процесс происходит значительно медленнее, чем при клапанном.

Пневмоторакс

- Закрытый пневмоторакс развивается при небольших ранениях и при быстром закрытии раневого канала.
- Поступление воздуха происходит в момент ранения и прекращается вследствие смещения мягких тканей.
При закрытом пневмотораксе производят пункцию плевральной полости для удаления воздуха и расправление легкого.

ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

- — **гнойное воспаление плевры**, в результате прорыва абсцесса в плевральную полость, инфицирование, серозного выпота при пневмонии или ранении грудной клетки.
- Возбудители - пневмококки, стрептококки, стафилококки.
- При прорыве абсцесса, сообщаемого с бронхом, возникает **пиопневмоторакс** (скопление в плевральной полости гноя и воздуха).
- Эмпиема плевры может быть осумкованной и тотальной

ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

***Клиника:* Выраженная интоксикация-**

1. температура тела повышена,
 2. одышка,
 3. тахикардия,
 4. цианоз слизистых,
 5. боли в грудной клетке.
 6. отставание дыхательных экскурсий поражённой стороны,
 7. при перкуссии- притупление лёгочного звука,
 8. при аускультации- ослабление дыхания и голосового дрожания.
- В момент прорыва абсцесса в плевральную полость возникает шок.

ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

- В крови лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ, анемия;
- в моче белок, цилиндры.
- При рентгеноскопии- прозрачность лёгочных полей понижена, а при значительном скоплении жидкости отмечается полное затемнение.
- В случае пиопневмоторокса над уровнем жидкости определяется воздух.
- При скоплении жидкости сердце смещено в здоровую сторону.
- На стороне поражения тень диафрагмы и плевральный синус не выявляются.
- Эмпиема плевры может осложниться прорывом гнойника наружу через грудную клетку, остеомиелитом рёбер, бронхоплевральными свищами.

ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

- **Диагностика:** диагностическая плевральная пункция.
- **Лечение:**
 1. Противовоспалительная терапия: антибиотики, сульфаниламиды.
 2. Дезинтоксикационная терапия: 5% глюкоза , гемодез, свежеситратная кровь, витамины группы В и С, сердечные.
 3. Пункция с удалением содержимого и введением антибиотиков.
 4. Постоянное дренирование (7-9 межреберье)- удаляют гной при помощи водоструйного или механического отсоса (пассивный отток- ч/з резиновый клапан, надетый на конец дренажа и погруженный в антисептическую жидкость).

ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

- При неэффективности консервативной терапии прибегают к хирургическому лечению- вскрытие плевральной полости, удаление гнойного содержимого, тампонада гнойного очага марлевыми полосками с мазью Вишневского.
- При хроническом течении- остаточные гнойные полости с толстыми стенками из соединительной ткани- плеврэктомия с удалением изменённых участков плевры или торакопластики (над полостью резецируют рёбра, происходит западение грудной клетки, соприкосновение париетальной и висцеральной плевры, сращение листков плевры и ликвидации остаточной полости).

АБСЦЕСС ЛЁГКОГО

- **ограниченная капсулой гнойная полость**, окруженная зоной воспаления.

Факторы, способствующие развитию абсцесса лёгкого:

- острое воспаление лёгочной ткани,
 - нарушение проходимости бронхиального дерева,
 - нарушение кровоснабжения лёгочной ткани.
 - возбудители: стафило-, пневмококки, кишечная палочка.
- Абсцесс легкого может возникнуть при затекании в бронхи рвотных масс, аспирации инородных тел, слюны, микробной флоры ротовой полости (аспирационная пневмония).
- Чаще у мужчин. Локализуется чаще в верхнем отделе правого лёгкого, в прикорневой зоне, под плеврой, в среднем отделе. Могут быть единичными и множественными.
- При абсцессах могут возникать осложнения- лёгочные кровотечения, пиопневмоторакс, амилоидоз, метастатические гнойники в мозге и т. д.

АБСЦЕСС ЛЁГКОГО

Клиника:

- повышение температуры интермиттирующего характера,
- боли в грудной клетке,
- кашель с умеренным количеством мокроты.
- потеря аппетита, ночные поты, общая слабость.
- в крови лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.
- отделение гноя при прорыве абсцесса в бронх

(количество мокроты от 100 мл до 2 литров в сутки, со зловонным запахом),

при отстаивании мокроты - 3 слоя: нижний слой густой гной, средний- мутная жидкость, верхний- слизисто-пенистая мокрота.

- После прорыва- состояние улучшается, падает температура тела, уменьшается интоксикация.
- При нарушении дренажной функции или закупорке бронхов- **хронический абсцесс**, окружённой плотной гнойной оболочкой (пиогенная мембрана), состоящей из грануляционной и соединительной ткани.
- Течение затяжное с периодами обострения.

АБСЦЕСС ЛЁГКОГО

Лечение:

- В начале — **консервативное**: антибиотики в/м, в/в (ампициллин 32 млн ЕД, оксациллин, тетрациклин, линкомицин 500 тыс. ЕДх4р в/м).
- Эффективно интратрахеальное введение антибиотиков путём пункции трахеи тонкой иглой или при помощи горланного шприца.
- Проводят бронхоскопию и отсасывания гноя и введение антибиотиков в полость абсцесса.
- Абсцесс можно пунктировать через грудную клетку, ч/з иглу удаляют гной и вводят антибиотики, их меняют каждые 5-7 дней.

АБСЦЕСС ЛЁГКОГО

- Дезинтоксикационная терапия- в/в 5% глюкоза, солевые растворы, гемодез, белковые препараты крови, 1% кальция хлорида 100-300мл, кислород, сердечные средства, калорийное питание (белки, витамины).
- Больных помещают в отдельные палаты, выделяют флаконы для сбора мокроты.
- При клапанном дренировании полости абсцесса больной должен на 1 час принимать положение, способствующее опорожнению полости, с опущенным головным концом, на боку- **постуральный дренаж.**

АБСЦЕСС ЛЁГКОГО

- При неэффективности консервативной терапии- **оперативное лечение**.
- В острой стадии - дренирование полости резиновой трубкой, что позволяет удалить гной, промыть абсцесс раствором а/б и антисептиков.
- Производят пневмотомию с дренированием и тампонадой полости тампонами (мазь Вишневского). Полость в дальнейшем спадает и наступает рубцевание.
- При осложнённом течении в хронической стадии удаляют сегменты или долю (иногда 2 доли или всё лёгкое при множественных абсцессах).
- Экстренную операцию проводят при профузном лёгочном кровотечении, при остром пневмотораксе и множественных абсцессах.
- В послеоперационном периоде восполняют кровопотерю, следят за функцией дренажей в плевральной полости (удаляют воздух и кровь), назначают обезболивающие средства, сердечные препараты, антибиотики, кислород, лечебную и дыхательную гимнастику.