

ГОУ ВПО СОГМА Росздрава



*Кафедра общей хирургии*

## **Лекция №24**

**Гнойные заболевания  
серозных полостей и  
органов, заключенных в них.**

# Гнойный плеврит, эмпиема плевры

---

- - гнойное воспаление париетальной и висцеральной плевры.
- В большинстве случаев является вторичным заболеванием.

# Классификация:

## По этиологии:

- Стрептококковый
- Пневмококковый
- Стафилококковый
- Диплококковый
- Смешанный и др.

## По характеру экссудата:

- Гнойный
- Гнилостный
- Гнойно-гнилостный
- Пиопневмоторакс

## По клиническому течению:

- Острый
- хронический

## По расположению гной:

- Свободный:
  - Тотальный
  - Средний
  - Небольшой
- Осумкованный:
  - Многокамерный
  - Однокамерный
  - базальный
  - пристеночный
  - парамедиастинальный
  - междолевой
  - верхушечный

# Патогенез:

---

- Острый гнойный плеврит является осложнением абсцесса легкого, плевропневмоний, гриппозных пневмоний, гангрены легкого, ран, проникающих в плевру. Развивается при инфицировании паразитарной или врожденной кисты, распаде злокачественной опухоли, прорыве туберкулезной каверны в плевральную полость и т.д.
- Инфицирование плевры может произойти гематогенным или лимфогенным путем из очагов инфекции.
- Слабовирулентная флора вызывает образование небольшого фибринозного выпота, что способствует образованию спаек (сухой плеврит). Более вирулентные микробы вызывают активную экссудацию - экссудативный плеврит, который может приобретать гнойный характер.

# Патогенез:

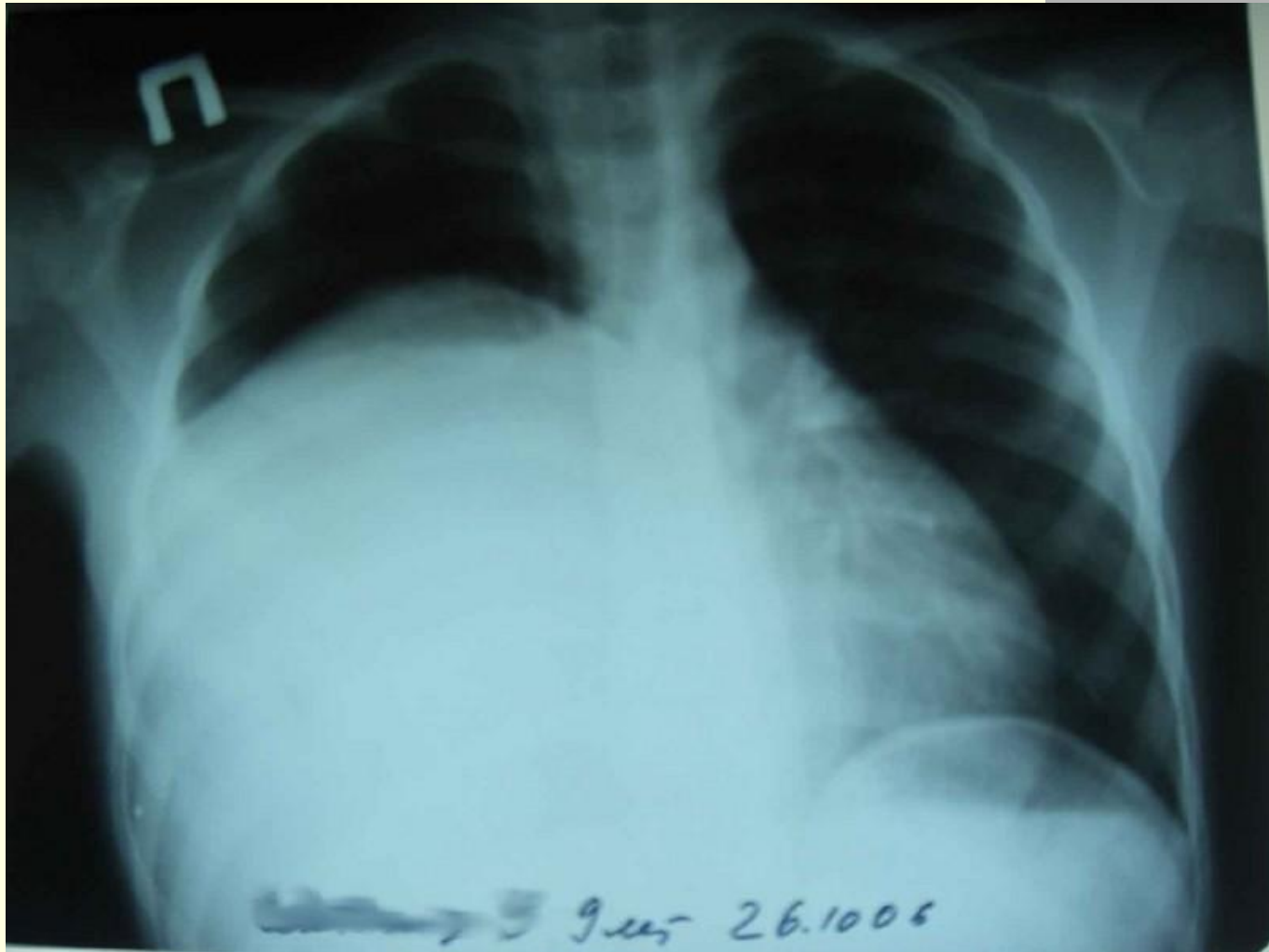
---

- Воспаление начинается с гиперемии, отека, экссудации, точечных геморрагий, отложения фибрина.
- Плевра инфильтрируется лейкоцитами, образующими гной. На дне плевральной полости гной густой, с крошковидными массами, в более поверхностных слоях – жидкий. В самом верхнем слое – прозрачный экссудат.
- При переходе процесса в продуктивную фазу формируются спайки, шварты, приводящие к осумковыванию эмпиемы.

# Клиника:

- Боль в боку, ощущение тяжести, распираания.
- Кашель, затрудненное дыхание, одышка.
- Повышение температуры тела (39-40<sup>0</sup>С), тахикардия (120-130 в мин), слабость.
- Ограничение экскурсии грудной клетки, отставание больной стороны от здоровой. При скоплении экссудата грудная клетка выбухает в задненижних отделах, межреберные промежутки сглажены.
- Голосовое дрожание ослаблено или не проводится.
- При перкуссии – укорочение звука над экссудатом. При значительном скоплении экссудата – линия Демуазо, треугольники Гарленда и Грокко-Раухфуса. Смещение средостения в здоровую сторону.
- Аускультативно – значительное ослабление или полное отсутствие дыхательных шумов над экссудатом.
- В крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ
- R-гр: скопление жидкости в плевральной полости.

# Плеврит. Прямая проекция



Плеврит.  
Боковая  
проекция



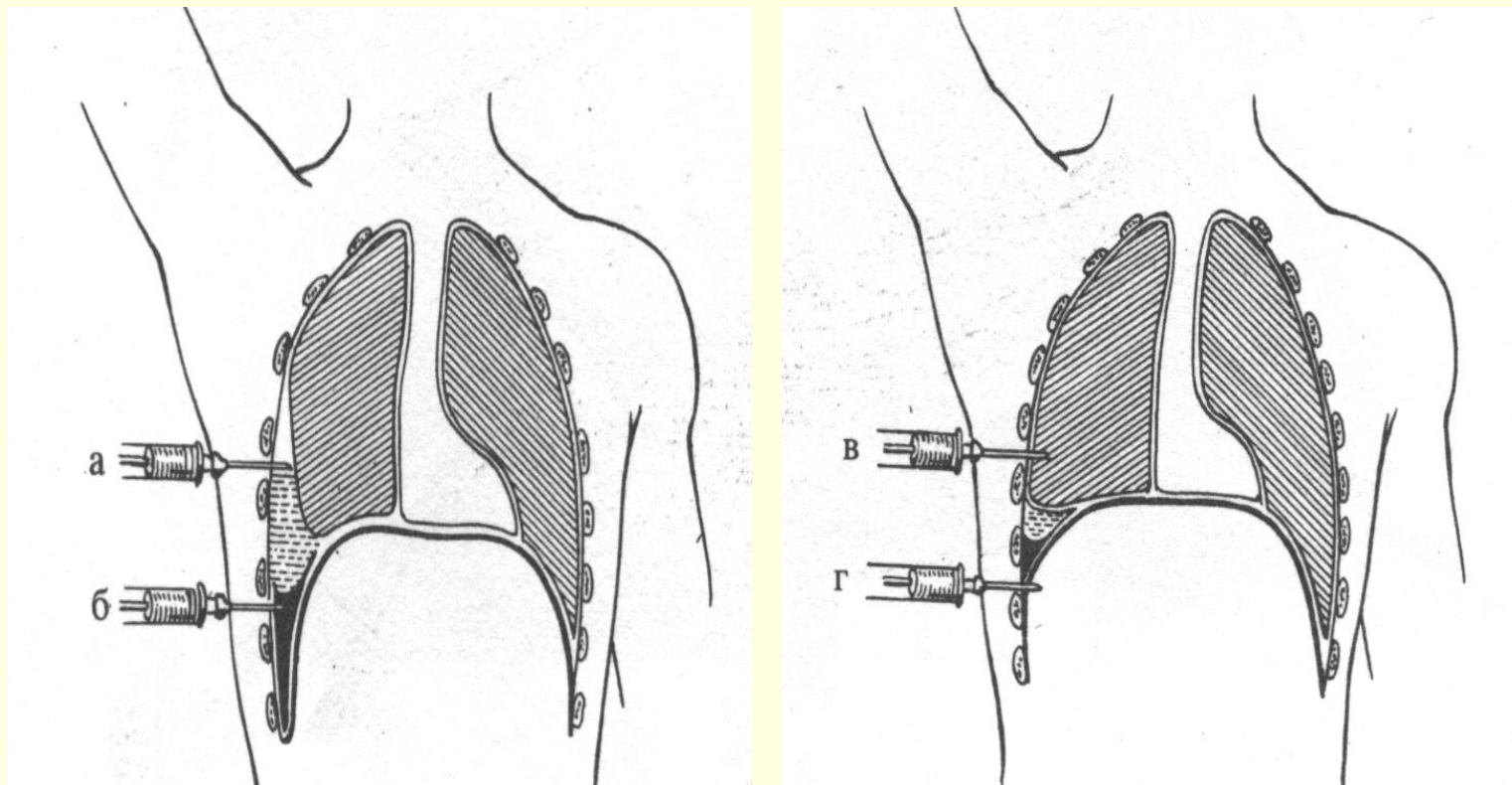


# Плевральный шок

---

- Прорыв абсцесса в плевральную полость сопровождается плевральным шоком. Ему предшествует мучительный кашель, который завершается резкой болью в боку («удар кинжалом»). Кожа бледная, покрыта холодным потом. Пульс частый, слабого наполнения, АД снижено. Дыхание поверхностное, частое, нарастает одышка. Акроцианоз.

# Схема пункции плевральной полости и возможные осложнения



А – игла прошла в полость плевры над выпотом

Б – игла прошла в спайку между листками плевры

В – игла прошла над выпотом в ткань легкого

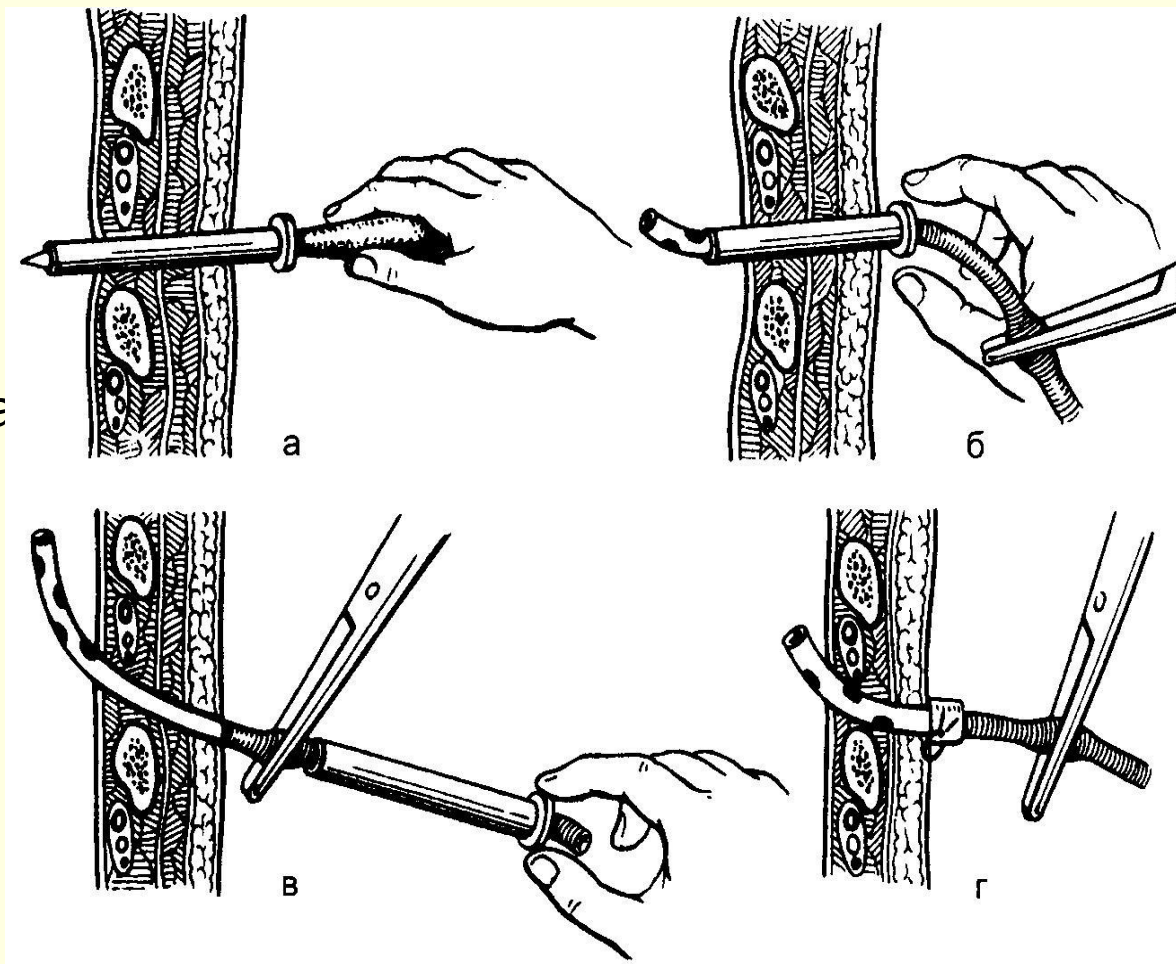
С – игла прошла через нижний отдел реберно-диафрагмального синуса в брюшную полость

# Лечение:

Дренажирование  
плевральной  
полости:

- а) пункция
- б) проведение троакара
- в) удаление канюли троакара
- г) фиксация дренажа

При  
неэффективности  
закрытых методов -  
торакастомия



# Гнойный перикардит

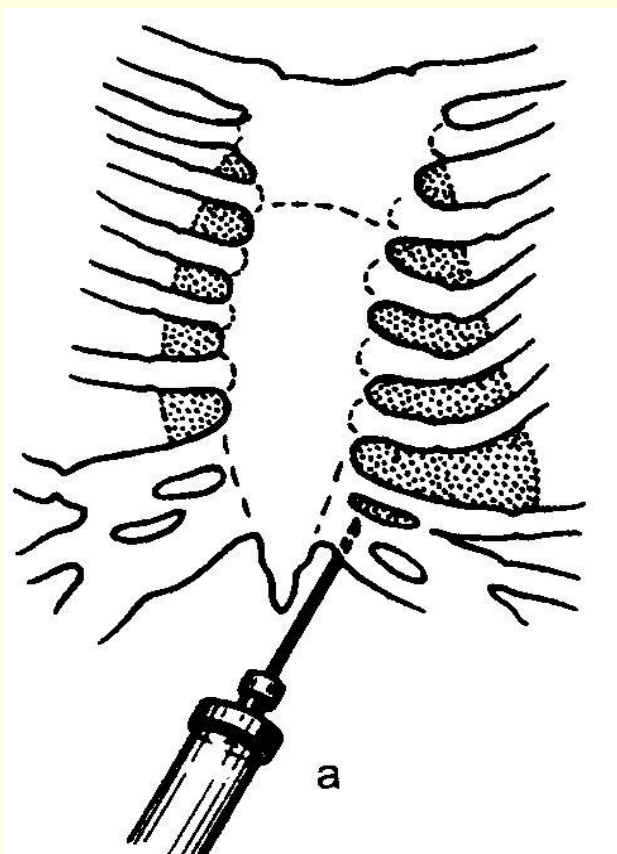
---

- Возбудители: стафилококки, энтеробактерии, гонококки, туберкулезная палочка и др.
- Заболевание, в основном, вторичное – осложнение гнойного медиастинита, абсцесса печени, гнойного плеврита, перитонита, рожи, остеомиелита, флегмоны и т.д.
- Основной путь распространения – лимфогенный, реже – гематогенный и контактный.

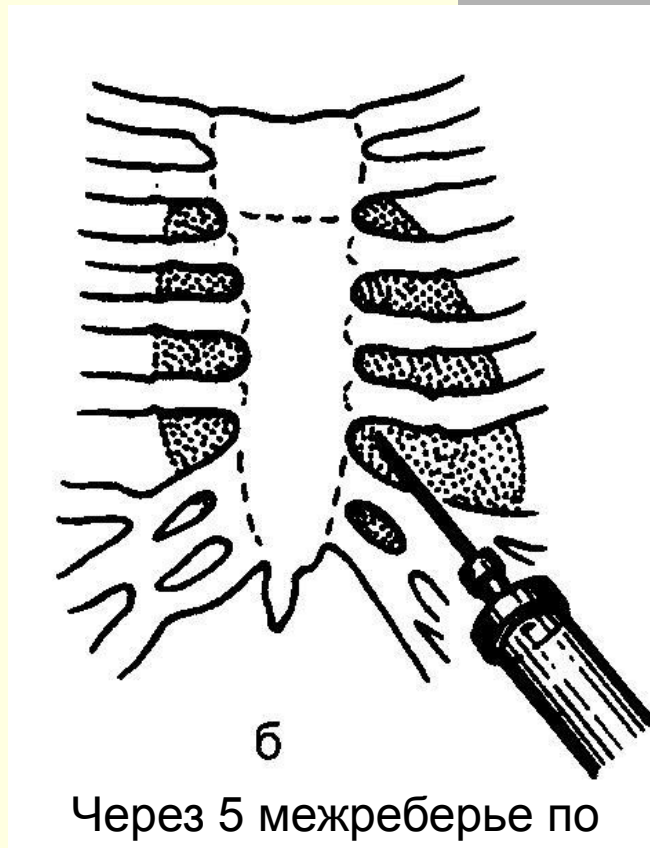
# Клиника и диагностика

- **Симптомы гнойной интоксикации:**
  - Высокая температура тела, озноб
  - Слабость, вялость, отсутствие аппетита
  - Лейкоцитоз с нейтрофилезом в крови и т.д.
- **При скоплении большого количества – симптомы сдавления сердца:**
  - Сердцебиение, боли в области сердца, ощущение сдавления, страх
  - Пульс мягкий, неравномерный, с перебоями
  - Одышка, вынужденное положение тела (полусидячее), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
  - Цианоз, набухание вен шеи
- **При сдавлении трахеи и пищевода** - кашель, затруднение глотания
- Перкуторно: расширение границ сердечной тупости, треугольная форма
- Аускультативно: в ранний фазах – шум трения перикарда, затем глухость тонов
- R-гр: интенсивная треугольная тень в области сердца
- ЭКГ, пункция перикарда и бак.исследование экссудата

# Пункция перикарда



У основания мечевидного отростка



Через 5 межреберье по  
парастеральной линии

# Лечение:

---

- Антибактериальная терапия
- Дезинтоксикационная терапия
- Повторные пункции перикарда (через 3-5 дней) для удаления гноя и введения антибиотиков
- При отсутствии эффекта – перикардиотомия – разрез производят у мечевидного отростка, обнажают верхнюю поверхность диафрагмы и перикарда, который вскрывают над диафрагмой. После эвакуации гноя вводят дренаж

# Перитонит:

---

- - воспаление париетальной и висцеральной брюшины, сопровождающееся выраженными местными изменениями и интоксикацией.

## Классификация

- ***I. Источники перитонита:***
  1. острые воспалительные заболевания органов брюшной полости
  2. травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства
  3. послеоперационные осложнения
  4. неустановленный источник



# Классификация:

---

- ***II. По распространенности процесса:***

1. Ограниченный (до двух областей брюшной полости)
2. Распространенные (более двух областей или тотальное поражение брюшины)

- ***III. Характер экссудата:***

1. Гнойный
2. Желчный
3. Каловый
4. смешанный

- ***IV. Стадии токсикоза:***

- I, II, III – стадии токсемии
- IV – органная недостаточность

# Клиника:

постоянные симптомы	непостоянные симптомы
<ol style="list-style-type: none"><li>1. боли в животе</li><li>2. болезненность при пальпации живота</li><li>3. симптом Щеткина-Блюмберга</li><li>4. мышечное напряжение передней брюшной стенки</li><li>5. тахикардия</li><li>6. падение АД</li><li>7. изменение характера дыхания</li><li>8. повышение температуры тела, отставание температуры от пульса</li><li>9. сухой обложенный язык</li><li>10. тошнота, рвота, жажда</li><li>11. вздутие живота, парез кишечника</li><li>12. болезненность при ректальном исследовании</li><li>13. лейкоцитоз крови, сдвиг формулы влево</li><li>14. анемия, ускоренная СОЭ</li><li>15. изменения мочи (белок, индикан, цилиндры)</li><li>16. лицо Гиппократата</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. озноб</li><li>2. экссудат в брюшной полости</li><li>3. икота</li><li>4. диарея</li><li>5. газ в брюшной полости</li><li>6. дизурические явления</li></ol>

# Мангеймский индекс перитонита (МИП)

фактор риска	оценка тяжести, баллы
возраст старше 50 лет	5
женский пол	5
наличие органной недостаточности	7
наличие злокачественной опухоли	4
продолжительность перитонита более 24 часов	4
толстая кишка как источник перитонита	4
перитонит диффузный	6
экссудат:	
прозрачный	0
мутно-гнойный	6
калово-гнилостный	12

# Степени тяжести по МИП:

---

- I степень – 20 баллов – летальность 0%
- II степень – 20-30 баллов – летальность 29%
- III степень – более 30 баллов – летальность 100%

# Лечение:

---

- Экстренная операция, предусматривающая:
  - *устранение источника перитонита,*
  - *санацию брюшной полости,*
  - *дренирование брюшной полости.*
  
- Лечение в послеоперационном периоде:
  - *Санация брюшной полости*
  - *Антибактериальная терапия*
  - *Дезинтоксикационная терапия*
  - *Коррекция обменных нарушений*
  - *Восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника*