

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.

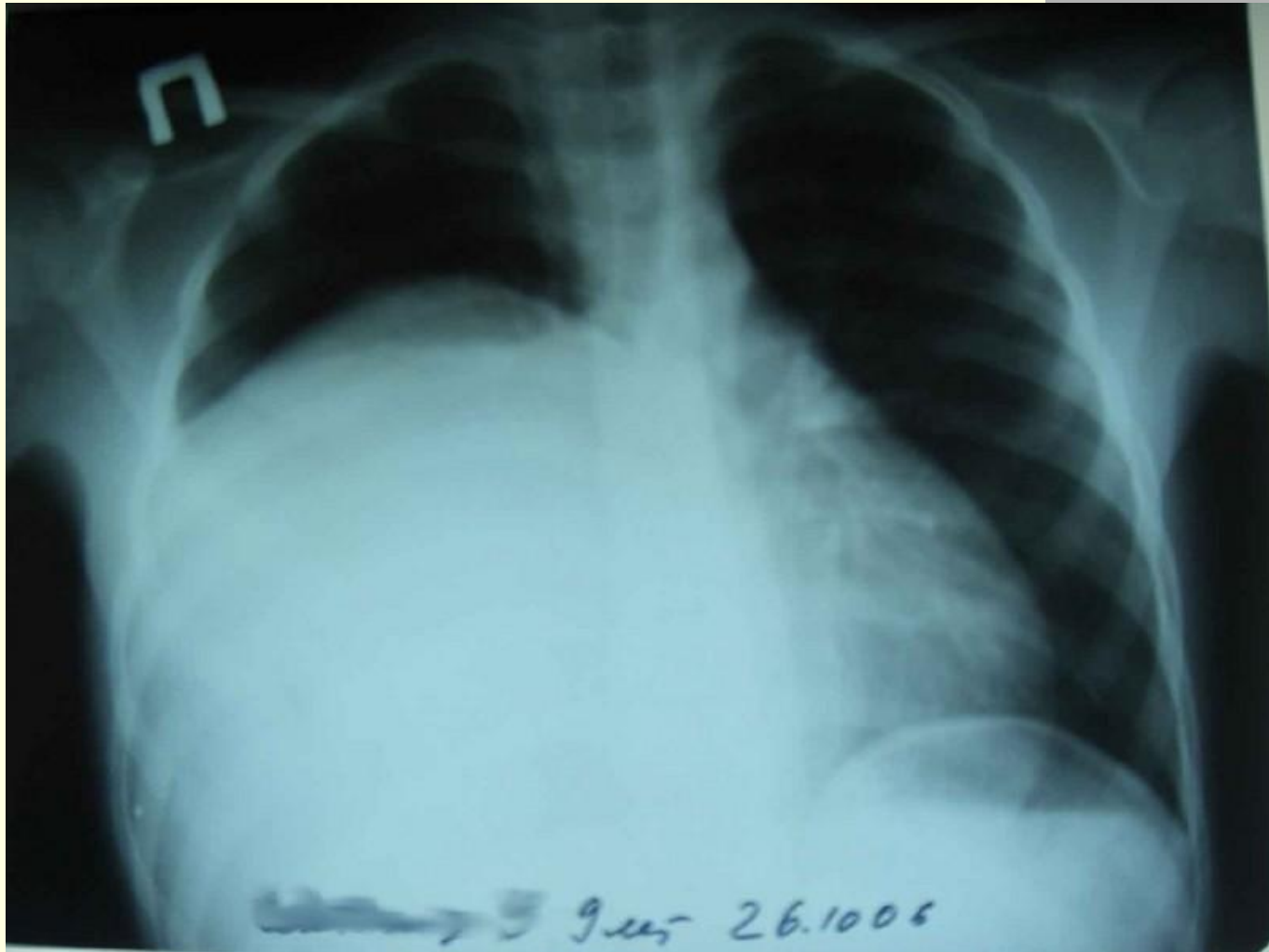
Патогенез:

- 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 (39-40⁰С), 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



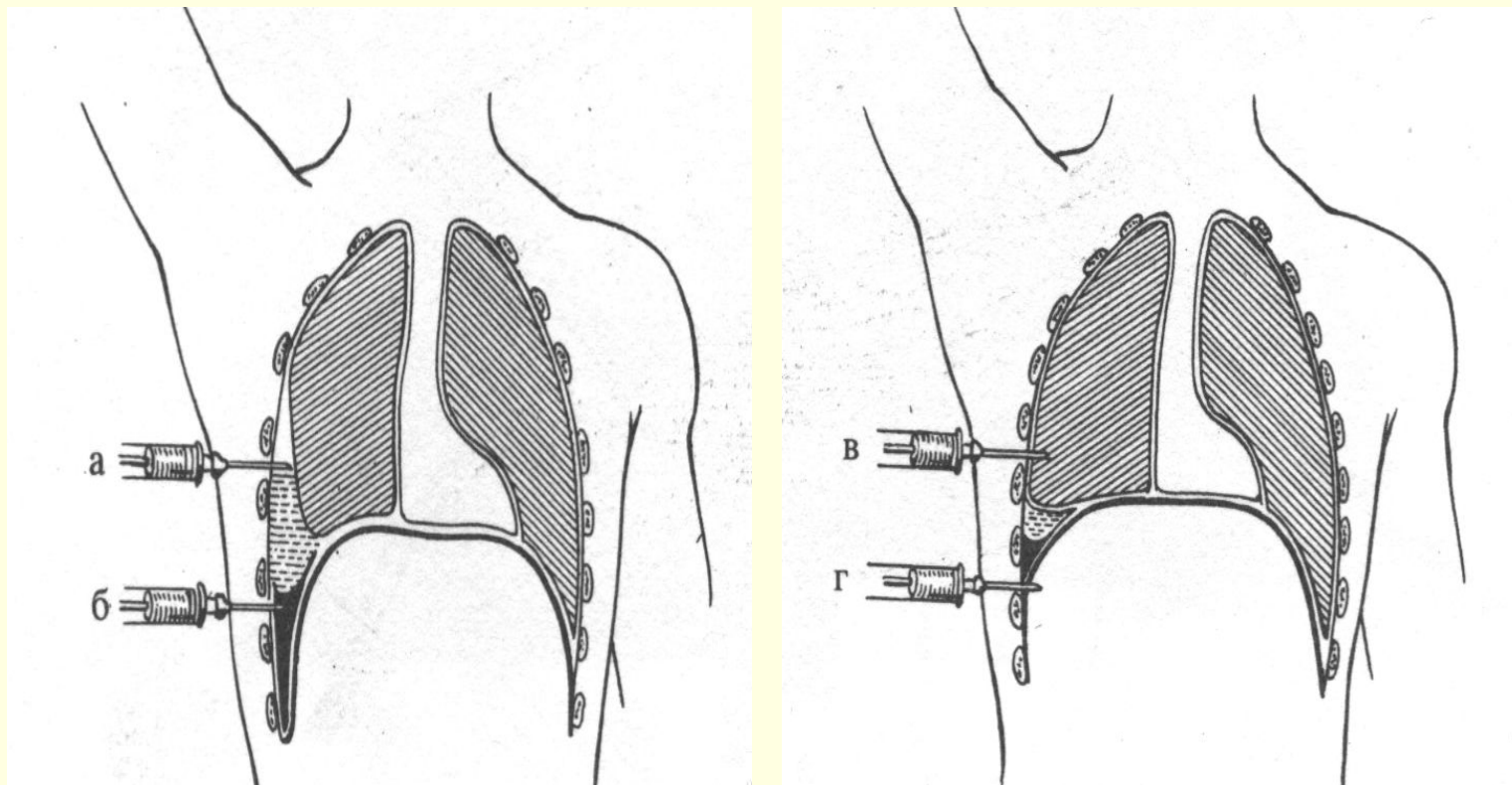
Плеврит.
Боковая
проекция



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

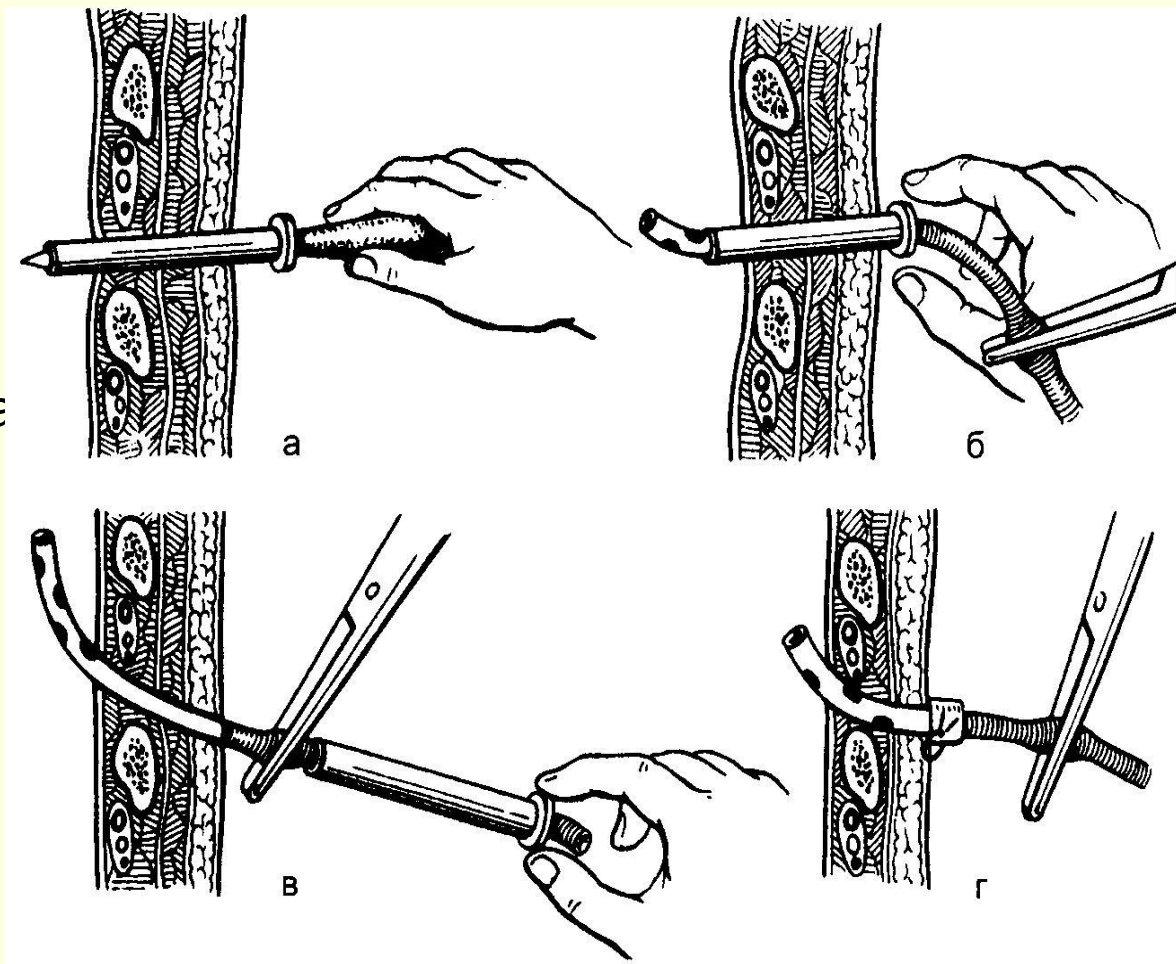
С – игла прошла через нижний отдел реберно-диафрагмального синуса в брюшную полость

Лечение:

Дренажирование
плевральной
полости:

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

При
неэффективности
закрытых методов -
торакастомия



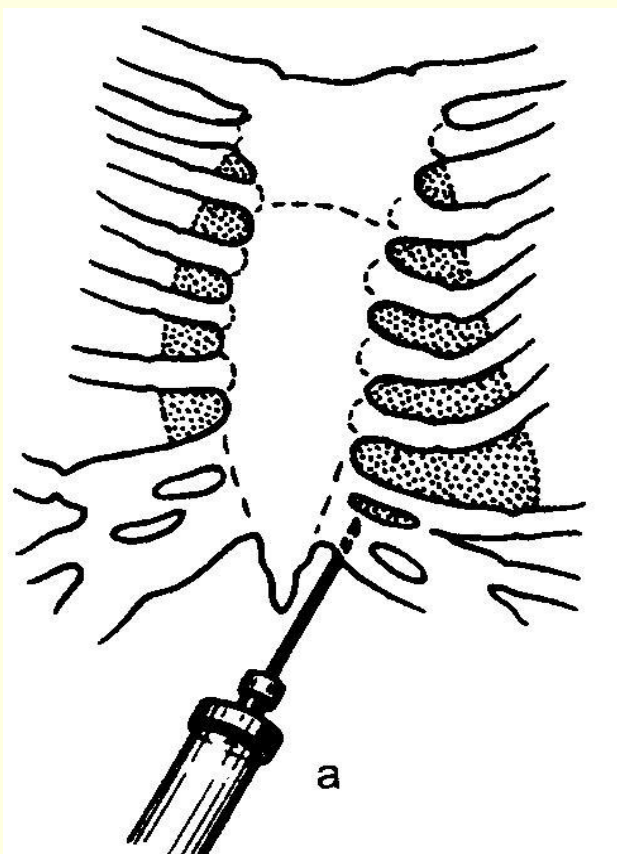
Гнойный перикардит

- 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.

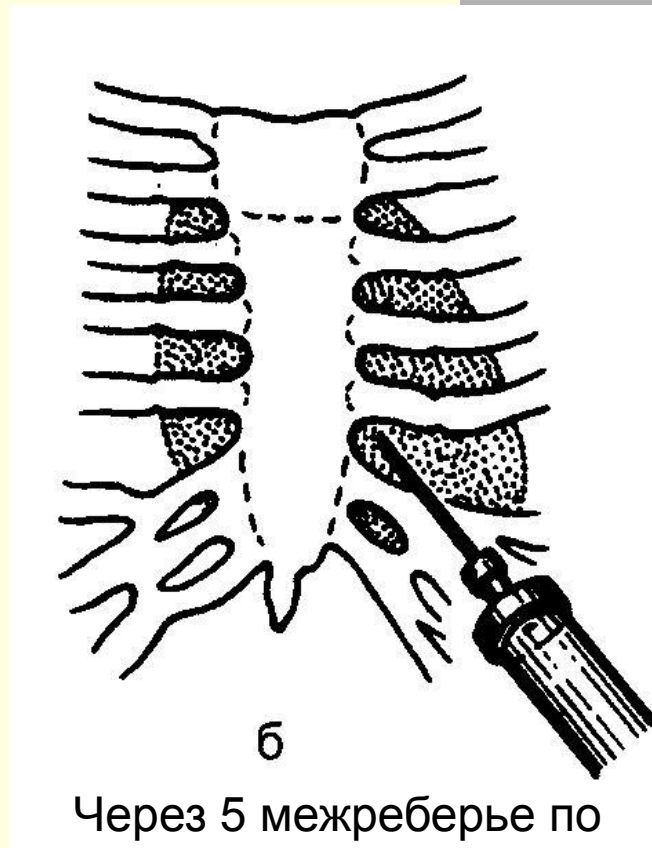
Клиника и диагностика

- **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">1. боли в животе2. болезненность при пальпации живота3. симптом Щеткина-Блюмберга4. мышечное напряжение передней брюшной стенки5. тахикардия6. падение АД7. изменение характера дыхания8. повышение температуры тела, отставание температуры от пульса9. сухой обложенный язык10. тошнота, рвота, жажда11. вздутие живота, парез кишечника12. болезненность при ректальном исследовании13. лейкоцитоз крови, сдвиг формулы влево14. анемия, ускоренная СОЭ15. изменения мочи (белок, индикан, цилиндры)16. лицо Гиппократата	<ol style="list-style-type: none">1. озноб2. экссудат в брюшной полости3. икота4. диарея5. газ в брюшной полости6. дизурические явления

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*