

Заболевания органов грудной клетки

Для установления диагноза в комплексе обследования больных с заболеваниями дыхательных путей включают следующие методы:

- R-логические (-скопия, -графия, томография);
- КТ, МРТ – органов грудной клетки;
- торакоскопию;
- трахеобронхоскопию;
- ультрасонографию;
- плеврографию;
- верхнюю каваграфию;
- оценку состояния внешнего дыхания;
- ангиопульмографию.

К заболеваниям органов грудной клетки в хирургической практике относятся:

1. Гнойно-деструктивные заболевания легких:

- острый и хронический абсцесс легкого;
- гангрена легкого;
- стафилококковая деструкция легкого;
- бронхоэктатическая болезнь легкого;
- кисты легкого;
- эмпиема плевры (острая и хроническая).

В последние годы отмечается рост гнойно-воспалительных заболеваний легких. Среди них особое место занимают острые и хронические неспецифические заболевания органов дыхания, характеризующиеся гнойно-воспалительными и деструктивными поражениями легочной ткани.

Увеличение больных с поражениями легких связывается с условиями внешней среды, внутреннего состояния организма:

- нарушением в газовом составе атмосферы;
- урбанизацией и технизацией;
- курением, злоупотреблением алкоголя;
- старением населения;
- изменениями в иммунном статусе;

- антибиотикоустойчивостью микрофлоры.

Гнойно-деструктивные заболевания легких делятся на три группы:

1. Инфекционная деструкция легких:

а) по характеру патологического процесса:

- абсцесс (гнойный или гангренозный);
- гангрена легкого.

б) по наличию осложнений:

- неосложненная;
- осложненная (пиопневмотораксом, эмпиемой плевры, кровотечением, сепсисом).

2. Стафилококковая деструкция.

3. Нагноившиеся кисты легкого.

Абсцесс легкого – гнойный или гнилостный распад участков легочной ткани с образованием одиночных или множественных полостей, заполненных гноем и окруженных перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани.

Острый абсцесс легкого – встречается в 24-40% случаев. У 75-90% диагностируется у мужчин, в возрасте 20-50 лет. В 50-60% - в правом легком, в 30-38% - левом, в 2-4% - двухстороннее поражение.

Преимущественно задние сегменты легких, что подтверждается локализацией гнойников в правом легком – короткий и широкий главный бронх, который является как бы продолжением трахеи. Это создает условие для беспрепятственного проникновения инфицированного начала в правое легкое – аспирация слюны, рвотных масс, инфицированных инородных тел в бессознательном состоянии при черепно-мозговой травме, алкогольном опьянении, ослаблении кашлевого рефлекса у тяжело больных, наркозе, при заболеваниях зубов, челюстей.

У 50-90% наблюдений – это постпневмонические абсцессы.

Вначале развития абсцесса появляется одна или множество зон лейкоцитарной инфильтрации, экссудации, некроза легочной ткани. В результате инфицирования некротических масс формируется полость, содержащая гной.

Этиология. Наиболее частым возбудителем гнойно-деструктивных процессов в легких является:

- гемолитический стафилококк;

- стрептококк (реже);
- у 40-80% ассоциации (аэробы, факульт, анаэробы, вирусы, риккетсии, хламидии).

Патогенез – возбудители проникают в легочную ткань по

- трахее и бронхам из ротоглотки (аспирационный, бронхолегочной, аспирационно-ингаляционный, обтурационный пути);
- гематогенно;
- лимфогенно;
- при закрытых и проникающих ранениях.

В их реализации, помимо активации инфекции, играет роль нарушение проходимости бронхов, снижение реактивности организма, подавление местных защитных факторов органов дыхания.

В 13-75% случаев – встречается аспирационный механизм развития.

Клиническая картина.

Выделяют 2 периода в течение острого абсцесса легкого:

1 период – клиническая картина как и при пневмонии. Острое начало, лихорадка, часто гектического характера, с проливным потом, сухим кашлем, нередко с кровохарканьем, одышкой, сильной болью в грудной клетке при дыхании.

2 период – когда происходит опорожнение гнойника в бронх, плевральную полость с развитием пневмоторакса или эмпиемы плевры.

Опорожнение гнойника происходит, как правило, на 7-17 сутки после начала заболевания. Дренаж абсцесса через бронх крупный сопровождается кашлем и выделением большого кол-ва гнойной с неприятным запахом мокроты.

Самочувствие и состояние улучшаются.

Лечение – комплексное, интенсивное. Основными признаками является:

- санация в/легочных гнойников;
- рациональная антибактериальная терапия;
- повышение резистентности;
- иммунотерапия;
- дезинтоксикационная терапия;
- симптоматическая терапия.

Хронический абсцесс – это абсцесс, существующий более 6-8 недель. Встречается у 2-20% лиц, перенесших острый абсцесс легкого. является результатом затяжного течения острого абсцесса, этому способствует 2 группы факторов:

- особенности течения;
- ошибки в лечении.

Лечение – интенсивное консервативное.

Оперативное:

- отсутствие эффекта от проводимого консервативного в течении 3-6 мес.;
- повторные легочные кровотечения;
- быстро нарастающая интоксикация.

Чаще производится удаление легкого (лобэктомия), или всего легкого (пульмонэктомия), реже сегментэктомия.

Гангрена легкого.

Это распространенный прогрессирующий гнойно-гнилостный процесс в легочной ткани с образованием секвестров и полостей, не имеющий ограничивающей капсулы. Составляет 1-15% всех легочных нагноений, преимущественно у мужчин. Основные причины – снижение иммунитета, нарушение легочного кровообращения и бронхиальной проходимости в сочетании с инфицированием дыхательных путей аэробной микробной флорой.

Лечение – основным методом лечения при распространенной гангрене легкого является хирургическое вмешательство, так как процесс носит необратимый характер, прогрессирующий. Операция выбора – пульмонэктомия, реже резекция легкого.

Стафилококковая деструкция легкого.

Это воспаление легочной ткани в виде сливной или мелко очаговой пневмонии, вызванное стафилококком, сопровождающееся деструкцией легочной ткани с образованием полости, а также плевральными осложнениями – плевритом, пневмотораксом, пиопневмотораксом.

Частота стафилококковой деструкции легкого составляет 1-2% всех заболеваний легких. Наиболее часто (90% случаев) наблюдается у детей, а также лиц молодого и среднего возраста.

Инфекция проникает в ткань легкого – бронхогенным, гематогенным, лимфатическим и смешанными путями.

Лечение – активное комплексное лечение, такие же принципы как и при остром абсцессе легкого. Хирургическое лечение в случае не эффективности консервативного, - торакотомия со вскрытием гнойников, удалением секвестров и дренированием остаточных полостей, реже пульмонэктомия, возможно – резекция легкого.

Бронхоэктотическая болезнь.

Это болезнь органов дыхания, в основе которой лежит регионарное расширение ветвей бронхов, преимущественно в нижних сегментах легких (средних и мелких бронхов), сопровождающееся хроническим неспецифическим нагноением в их просвете.

Бронхоэктотическая болезнь встречается в 10-45% всех случаев заболеваний легких, в основном у детей, а также у мужчин в возрасте до 25 лет.

Бронхоэктотическая болезнь может быть врожденной и приобретенной.

Большинство случаев – приобретенная – обусловлена процессами, сопровождающимися локальным нарушением проходимости бронхов, вплоть до ателектаза сегментов или долей: пневмонией, бронхитами, особенно повторяющимися, коклюшем, корью, гриппом, tbc, бронхаденитом. Появлению бронхоэктазов способствует врожденная или приобретенная слабость структурных компонентов стенки бронхов, расстройство ее моторики, связанное с нарушением иннервации и кровотока, муковисцидоз и кистозный фиброз. 1 ст. – начальная, ограниченная расширением мелких бронхов. 2 ст. - нагноение. 3. – деструкция.

Дифференцированный диагноз:

- с одиночными или множественными абсцессами легкого;
- центральным раком легкого;
- сегментарным или долевым абсцессом;
- tbc легких.

Лечение – консервативное 1) в I ст. заболевания, 2) III Б – при невозможности хирургического вмешательства, из-за распространенности и необратимых нарушений функции внутренних органов, 3) у лиц со II-III ст. при крайне тяжелой сопутствующей патологией.

Хирургическое лечение – во II-III ст. Бронхоэктотической болезни – удаление измененной части легкого сегм - , лоб -, билоб -, пульмонэктомия.

Кисты легкого.

- Непаразитарные – тонкостенные воздушные полости легочной ткани полиэтиологической природы, чаще располагаются под висцеральной плевры (буллезные легкие) или междолевой бороздке.

Врожденные – 12-16% от всех врожденных пороков развития легких (бронхиальные, альвеолярные).

Приобретенные – связанные с воспалительными деструктивными процессами в легких, разрывом альвеол.

Паразитарные кисты – преобладают гидатидная и альвеолярная формы эхинококкоза, встречающейся у 20-30% всех случаев эхинококкоза.

Эмпиема плевры.

Острая эмпиема плевры (гнойный плеврит, пиоторакс)- ограниченное или диффузное воспаление плевры, продолжительность не более 1 месяца, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации.

Относится к распространенным заболеваниям грудной клетки. В 30-50% случаев осложняет течение острых и хронических пневмоний, в 80-90% случаев – гангрену легкого, 9-15% - абсцессов легкого, 6-8% - бронхоэктатической болезни. У 4- 34% больных острая эмпиема плевры развивается после хирургических вмешательств на легком и плевре. В 1,3-3 раза чаще болеют мужчины. Микробная флора – полиморфна, с преобладанием анаэробной и анаэробно-аэробных ассоциаций.

Возбудитель попадает: гематогенно и лимфогенно из отдаленных очагов;

- по протяженности – из гнойных очагов в легких и грудной стенке;
- из внешней среды – при проникающих ранениях и оперативных вмешательствах.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ.

1. По этиологическому фактору:

- постпневмоническая;
- посттравматическая;
- послеоперационная.

2. По микробному фактору:

- специфическая (туберкулез).

неспецифическая:

- стафилококковая;
- стрептококковая;
- диплококковая;
- пневмококковая;
- анаэробная.

специфическая

- туберкулезная;
- актиномикотическая.

3. По механизму развития:

- первичная и вторичная.

4. По характеру гнойного экссудата:

- гнойная;
- гнилостная.

5. По сообщению с внешней средой:

- не сообщающаяся – закрытая (пиоторакс, собств. эмпиема);
- сообщающаяся с внешней средой.

6. По течению – острая и подострая.

7. По распространенности процесса:

- односторонние и 2-х сторонние.
- свободные (субтотальные, тотальные, малые);
- ограниченные (осумкованные эмпиемы: пристеночные, базальные между диафрагмой и поверхностью легкого); интерлобарные (в междолевой борозде); апикальные (над верхушкой легкого); медиастинальная (прилегающие к средостению);
- одиночные и многокамерные;

8. По степени имеющихся нарушений функционального органов и систем организма.

Клиническая картина. Клинические проявления острой эмпиемы плевры зависят от природы заболевания, распространенности процесса, наличия осложнений. Типичными признаками острой эмпиемы являются: выраженная интоксикация, лихорадка, боль в

груди, кашель, чаще сухой, но не редко с выделением гнойной мокроты, дыхательная недостаточность. Иная картина наблюдается при эмпиеме плевры обусловленной опорожнением абсцесса в плевральную полость.

Лечение – острой эмпиемы плевры проводится комплексно согласно принципам лечения острого абсцесса легкого. Главным является удаление экссудата из плевральной полости, быстрое расправление легкого и закрытие бронхоплеврального свища. При распространенной эмпиеме плевры экссудат из плевральной полости удаляется торакоцентезом с дренированием полости плевры по Бюлау, Редону с ее фракционным промыванием, более активно постоянное промывание полости плевры и активной аспирации.

Хирургическое вмешательство показано при:

1. Прогрессирующей острой эмпиеме, осложнившейся флегмоной мягких тканей грудной стенки, медиастенитом, сепсисом;
2. Неэффективности дренирования эмпиемы плевры вследствие наличия секвестров легочной ткани, сгустков крови;
3. Анаэробной эмпиеме.

Операция заключается в широкой торакотомии, открытой санации, в том числе с использованием расфокусированного луча лазера, низкочастотного ультразвука, дренировании и ушивании грудной клетки.

Современным методом лечения острой эмпиемы плевры является выполнение торакоскопии, рассекаются спайки, создается единая полость, удаляются некротические ткани, полость эмпиемы облучается УФО и лазером, и адекватно дренируется.

Хроническая эмпиемы плевры - это гнойное воспаление плевральных листков, существующие более 2-х месяцев.

Этиология – хроническая эмпиема плевры является исходом острого воспаления плевры. Переходу процесса в хронический способствуют 2 группы факторов:

1. Обусловленные особенностями протекания воспалительного процесса в плевре;
2. Связанные с ошибками в лечении больного.

Хроническая эмпиема плевры протекает волнообразно, характеризуясь чередованием фаз обострения и ремиссии. В результате листки плевры утолщаются (до 2 см), обизвествляются.

Легкое оказывается покрытым стенками хронической эмпиемы наподобие панциря. Это препятствует его нормальным дыхательным движениям, снижает обмен в легочной ткани и постепенно приводит к развитию межуточного склероза легких, формированию цирроза. Прогрессирует легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз внутренних органов.

Лечение – при сроке течения до 2-4 мес. прибегают к комплексному консервативному лечению, направленному на санацию полости, расправлению легкого, закрытию бронхоплевральных сращений. В случае отсутствия эффекта – хирургическое лечение: декорткация, плеврэктомия, торакопластика, открытое дренирование (санация) полости эмпиемы.

Медиастинит – воспалительный процесс в клетчатке средостения.

Средостение (mediastinum) – часть грудной полости, расположенная по средней линии тела, что обеспечивается внутривнутриплевральным отрицательным давлением.

Границы – спереди грудина и прикрепляющиеся к ней хрящи ребер, сзади – грудной отдел позвоночника и шейки ребер, с боков – медиастинальная плевра, снизу – диафрагма.

Вверху средостение переходит без определенных границ в клетчаточные пространства шеи. Условной проксимальной границей средостения служит – линия, проведенная по верхнему краю рукоятки грудины.

Делится средостение на верхнее и нижнее, а нижнее средостение сердечной сумкой подразделяется на переднее, среднее и заднее. В переднем средостении – жировая ткань, лимфатические узлы, дистальный отдел вилочковой железы. В среднем – сердце, крупные сосуды внутривнутрикардиальные, легочные артерии и вены, бифуркация трахеи, главные бронхи.

Острый медиастинит.

Этиология – 1. открытые ранения средостения; 2. перфорация пищевода; 3. повреждения трахеи и бронхов; 4. операции на органах средостения; 5. гематогенное, лимфогенное или контактное распространение инфекции из других очагов инфекции.

По характеру экссудата: серозный, гнойный, гнилостный, анаэробный.

По локализации: верхний, нижний, передний, средний, задний, тотальный.

В клинике в практических целях используется подразделение острого медиастинита на острый, гнойный и острый негнойный.

Клиника: складывается из общих симптомов тяжелой гнойной интоксикации и местных признаков.

Диагностика – физикальное обследование;

- анамнез;
- обзорная R – графия грудной клетки;
- эзофагоскопия (графия);
- бронхоскопия;
- УЗИ плевральной полости;
- перикарда;
- КТ, МРТ.

Лечение – консервативное лечение только при ограниченном воспалении клетчатки средостения с включением в комплексное лечение помимо борьбы с инфекцией, гипербарической оксигенации, экстракорпоральную детоксикацию, в/а и в/лимфатическое введение антибиотиков. Во всех остальных ситуациях хирургическое лечение – трансплевральная медиастинотомия.

Хронический медиастинит.

Это исход острого воспаления клетчатки средостения. Достаточно часто к его развитию приводят тbc, сифилис, актиномикоз, кровоизлияние в средостение.

Классификация:

1. Асептический;
2. Идиопатический, постгеморрагический, ревматический, микробный (неспецифический, специфический (туб., сифил., микотич.).

Клиническая картина – Хронический медиастинит обусловлен сдавлением органов средостения. Отмечается несколько симптомокомплексов, нередко сочетающихся между собой.

1. Синдром верхней полой вены: сопровождается отеком лица и шеи, конечностей, усилением рисунка подкожных вен верхней половины туловища, головная боль, шум в голове и ушах, обмороки. Сдавление может сопровождаться острым тромбозом полой вены.

2. Синдром сдавления легочных вен (кровохарканье, одышка, кашель).
3. Синдром сдавления трахеи, бронхов.
4. Синдром сдавления пищевода.

Лечение хронического медиастинита при отсутствии симптомов сдавления органов жизненно важных проводится консервативно (лучевая терапия, кортикостероиды при идиопатическом склерозирующем медиастините).