

кол.

Пневмотомия выполняется при обширной секвестрации легочной ткани, когда радикальная операция (лобэктомия) не возможна. Положение больного зависит от локализации гнойника, определяемого при многопроекционном исследовании. Разрез до 10 см проводится по ребру, ближайшему к абсцессу. Поднадкостнично резецируются 1-2 ребра на протяжении 5-6 см. Отсутствие просвечивания легочной ткани через обнаженную плевру свидетельствует о ее облитерации. Если плевральная полость не облитерирована, к плевре подводят марлевый тампон и второй этап проводят через неделю.

После предварительной пункции гнойника толстой иглой его полость вскрывается, очищается от гноя, секвестров, детрита. Рана ушивается до дренажных трубок.

При множественных абсцессах вынужденно может проводиться широкая пневмотомия.

При хронизации абсцессов наиболее приемлимыми радикальными вмешательствами являются лобэктомия, реже – пневмонэктомия.

При абсцессе легкого с эмпиемой плевры и бронхо-плевральным свищом показана плевропневмонэктомия или лобэктомия с плеврэктомией и декортикацией остающейся части легкого.

2.6. Гнойные заболевания плевры

Острый гнойный плеврит (эмпиема плевры) – острое гнойное воспаление висцеральных и париетальных листков плевры со скоплением гнойного экссудата в плевральной полости. Острым считается плеврит, длящийся до 2 месяцев.

Плевриты являются преимущественно вторичными заболеваниями, за исключением вызываемых проникающими ранениями грудной клетки с образованием гемоторакса и пиопневмоторакса. Основные причины гнойных плевритов: абсцессы и гангрена легких, плевропневмонии (в том числе вирусные), нагноения кист, рак легкого в стадии распада, остеомиелит ребер, гнойный мастит, сепсис, осложненные пункции абсцесса легких.

Выделяют свободные (ограниченные, распространенные, тотальные) и осумкованные плевриты (базальные, пристеночные парамедиастинальные, междолевые, верхушечные), в том числе однокамерные и многокамерные. Может быть одностороннее и двустороннее поражение.

По патоморфологии – гнойные, гнилостные, гнойно-гнилостные.

В зависимости от наличия отграничивающих спаек выделяют свободный плеврит и осумкованный плеврит (однокамерный, многокамерный).

Клиника гнойного плеврита, как правило, наслаивается на клинические проявления первичного заболевания. При его возникновении появляются сильные колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и кашле. Как следствие раздражения париетальной плевры развивается поверхностное дыхание. Следует отметить, что при небольшом начальном гнойном выпоте в плевральной полости увеличение количества экссудата ведет к уменьшению болей за счет раздвигания жидкостью воспаленных листков. За счет вынужден-