

ного поверхностного дыхания развиваются гипексемия и одышка. Однако заболевание может начаться внезапно клиникой прорыва гноя в плевральную полость. Такое начало будет проявляться бактериальным шоком.

Объективно при гнойном плеврите выявляются: отставание грудной клетки в дыхании, раздвигание межреберных промежутков. По мере накопления плеврального экссудата перкуторно, аускультативно и рентгенологически появляются признаки жидкости. Большое количество последней может вести к смещению средостения в здоровую сторону.

Основной метод диагностики гнойных плевритов – рентгенологический. При этом выявляются гомогенное затемнение, уровень жидкости, неподвижность диафрагмы. При пиопневмотораксе определяется газовый пузырь. В случае осумкованных плевритов их локализация может быть различной.

При подозрении на плеврит абсолютно показана плевральная пункция, выполняемая толстой иглой. Стандартная точка при свободных плевритах является 8-е межреберье по задней или средней подмышечным линиям (вкол проводится по верхнему краю ребра для исключения повреждения реберной артерии). Обязателен бактериологический посев содержимого. Причиной неудач могут быть низкая пункция и густое содержимое плевральной полости. Так как процесс в плевре может быть осумкованным, пункция должна производиться под лучевым наведением (рентгенологически, УЗИ).

При распространении гнойного процесса могут возникать такие осложнения как: медиастинит, перикардит, перитонит, флегмона грудной клетки, прорыв гноя в бронх, сепсис.

Через 2-3 месяца при нелеченном или неправильно леченном остром гнойном плеврите из-за неполного расправления легкого процесс приобретает хроническое течение. Причинами хронизации могут быть позднее и недостаточное удаление гноя (например, вследствие многокамерности процесса), наличия бронхоплеврального свища, остеомиелит ребра.

Гнойные плевриты чаще всего приходится отличать от пневмонии и абсцессов. Большое значение при этом имеют особенности анамнеза и детальное рентгенологическое исследование.

Верхушечный плеврит важно дифференцировать с верхушечным раком легкого. При последнем за счет прорастания сосудисто-нервного пучка возникает отек руки, плексит.

Базальный плеврит требует дифференцирования с поддиафрагмальным абсцессом, абсцессом нижней доли легкого и нижнедолевой пневмонией.

При остром плеврите основной лечебной задачей являются санация гнойной полости и антибактериальная терапия. Кроме того, важны ликвидация гипоксемии, дезинтоксикация, улучшение функции сердечно-легочной системы, коррекция пластических и энергетических процессов. Базовым является лечение основного заболевания.

Основным при лечении острого гнойного плеврита необходимо считать дренирование. Оно может быть пункционное закрытое или открытое, выполняемые в зависимости от давности процесса. Важно как можно раньше добиться расправления легкого, что является важным залогом выздоровления.