

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ**

**«БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ
ЛЕГКИХ»**

АШУРБЕКОВ В.Т.

ТЕРМИН «БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ» ОБЪЕДИНЯЕТ РЯД ХИРУРГИЧЕСКИХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ С ОБРАЗОВАНИЕМ ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЙ СКЛОННОСТЬЮ К ПРИСОЕДИНЕНИЮ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. РЕЗКО ВЫРОСШАЯ РОЛЬ СТАФИЛОКОККА В ЭТИОЛОГИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ В 60- Е ГОДЫ НАШЕГО СТОЛЕТИЯ СДЕЛАЛА ОБОСНОВАННЫМ ВВЕДЕНИЕ ТЕРМИНА «СТАФИЛОКОККОВАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКОГО». БОЛЕЕ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОНЦЕНТРАЦИЯ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ

ЭТИОЛОГИЯ

ВОЗБУДИТЕЛЕМ БОЛЬШИНСТВА СЛУЧАЕВ БДЛ ЯВЛЯЕТСЯ ШТАММЫ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА. ОДНАКО В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ В ЭТИОЛОГИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ СТАЛА ВОЗРАСТАТЬ РОЛЬ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ФЛОРЫ (ПРОТЕЙ, КИШЕЧНАЯ ПАЛОЧКА, СИНЕГНОЙНАЯ ПАЛОЧКА) И ЕЁ АССОЦИАЦИЙ СО СТАФИЛОКОККОМ, ПОЭТОМУ БОЛЕЕ ОБОСНОВАННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ ТЕРМИНА «БДЛ». ОЧЕНЬ ЧАСТО РАЗВИТИЕ ПНЕВМОНИЙ ПРОИСХОДИТ НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ.

ИЗ МНОЖЕСТВА ПРЕДЛОЖЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ БДЛ
НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ:

ТИП ПОРАЖЕНИЯ (ПО ГЕНЕЗУ):

1. ПЕРВИЧНАЯ (АЭРОБРОНХОГЕННАЯ).
2. ВТОРИЧНАЯ (ГЕМАТОГЕННАЯ)

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ:

1.ДЕСТРУКЦИЯ С ВНУТРИЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.

А)ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛОБИТ

Б)МЕЛКООЧАГОВАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ ДЕКТРУКЦИЯ.

В)ВНУТРИЛЕГОЧНАЯ ДЕКТРУКЦИЯ (ИНФИЛЬТРАТ-АБЦЕСС)

Г)БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА ДЕКТРУКЦИИ.

2.ДЕСТРУКЦИЯ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ:

А) ПИОТОРАКС (ПЛАЩЕВИДНЫЙ, ТОТАЛЬНЫЙ (ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ)
ОГРАНИЧЕННЫЙ НАПРЯЖЕННЫЙ.

Б) ПИОПНЕВМОТОРАКС И ПНЕВМОТОРАКС (ПРОСТОЙ,
НАПРЯЖЕННЫЙ, ТОТАЛЬНЫЙ, ОГРАНИЧЕННЫЙ)

3. ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ (ИСХОДЫ ОСТРОЙ ДЕСТРУКЦИИ)

А) ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС;

Б) ХРОНИЧЕСКАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ;

В) ФИБРОТОРАКС;

Г) ВТОРИЧНЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ.

III. ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ

А) ОСТРОЕ;

Б) ЗАТЯЖНОЕ;

В) СЕПТИЧЕСКОЕ.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- СЕПСИС
- ПЕРИКАРДИТ
- МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЭНФИЗЕМА;
- КРОВОТЕЧЕНИЕ;
- «ПРОБОДАЮЩАЯ» ЭМПИЕМА

ПАТОГЕНЕЗ

МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ МОЖНО ПРЕДСТАВИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

НА ФОНЕ ОЧАГОВОЙ ИЛИ СЛИВНОЙ ПНЕВМОНИИ (ПРЕДДЕСТРУКЦИЯ) ПУТЕМ АЭРОГЕННОГО ИЛИ ГЕМАТОГЕННОГО ПРОНИКНОВЕНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ В МЕСТАХ ИХ ВНЕДРЕНИЯ (ОБЫЧНО СУБПЛЕВРАЛЬНО) ОБРАЗУЮТСЯ МЕЛКИЕ ОЧАГИ РАЗРУШЕНИЯ (ДЕСТРУКЦИИ ЛИЗИСА) ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ - МЕЛКООЧАГОВАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ ФОРМА ДЕСТРУКЦИИ. СУБПЛЕВРАЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГОВ ОБЪЯСНЯЕТ ВЫРАЖЕННУЮ СКЛОННОСТЬ К РАННЕМУ ИНФИЦИРОВАНИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ПРИСОЕДИНЕНИЮ ПИОТОРАКСА, А ПРИ ПРОРЫВЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ ПИОПНЕВМОТОРАКСА. У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2-Х ЛЕТ, У КОТОРЫХ СПРАВЛЯЕМОСТЬ ОРГАНИЗМА БОЛЕЕ ВЫСОКА, СКЛОННОСТЬ К РАЗВИТИЮ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЫРАЖЕНА МЕНЬШЕ, СУБПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОЧАГИ СЛИВАЮТСЯ, ОБРАЗУЯ ОБШИРНЫЕ ПОЛОСТИ, ЗАПОЛНЕННЫЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ МАССАМИ И ПРОСТИРАЮЩИЕСЯ ЗАЧАСТУЮ ПО ПОВЕРХНОСТИ ВСЕГО ЛЕГКОГО. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ВОЗНИКАЮТ ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ГИГАНТСКИЕ КОРТИКАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ.

ЕСЛИ ИСХОДНЫМ ПРЕДДЕСТРУКТИВНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛОБИТ С ТОТАЛЬНОЙ ГНОЙНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ ПАРЕНХИМЫ ДОЛИ ИЛИ ЛЕГКОГО, ТО ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ ОБРАЗУЕТСЯ В ЦЕНТРЕ ИНФИЛЬТРОВАННОЙ ДОЛИ И МОЛНИЕНОСНО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ К ПЕРИФЕРИИ.

СТРЕМИТЕЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СПОСОБСТВУЮТ С ОДНОЙ СТОРОНЫ, НИЗКАЯ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ И РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА, А С ДРУГОЙ - ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ

КРОВООБРАЩЕНИЯ И АЭРАЦИИ В ТОТАЛЬНО ИНФИЛЬТРОВАННОЙ ДОЛЕ ЛЕГКОГО. ЭТА ФОРМА ДЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ

ОБРАЗОВАНИЕ ТОНКОСТЕННЫХ ПОЛОСТЕЙ (БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА) МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С РАЗРЫВОМ АЛЬВЕОЛ ИЛИ ЛИЗОСОМ БРОНХИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ПОПАДАНИЕМ ВОЗДУХА В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ПРОСТРАНСТВА. КЛАПАННОЕ СООБЩЕНИЕ МЕЖДУ БРОНХОМ И ПАРАБРОНХИАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПРИСОЕДИНЕНИЯ ГРОЗНОГО ОСЛОЖНЕНИЯ - ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЭМФИЗЕМЫ.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНАЯ ФОРМА ДЛ) ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ- СВЯЗАНО С ОСНОВНЫМ ОЧАГОМ В ЛЕГКОМ. ПИОТОРАКС ОБУСЛОВЛЕН ИНФИЦИРОВАНИЕМ РЕАКТИВНОГО ПЛЕВРАЛЬНОГО ЭКССУДАТА ПРИ ПРЕДДЕСТРУКЦИЯХ (ПАРАПНЕВМОНИЧЕСКИЙ ПИОТОРАКС) ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯХ.

ПИОПНЕВМОТОРАКС И ПНЕВМОТОРАКС НЕИЗМЕННО ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ РАЗРЫВА ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ.

ГЕНЕЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕГОЧНЫХ ФОРМ ДЛ СВЯЗАН С ПРЕОБРАЗОВАНИЕМ В КИСТУ ХОРОШО ДРЕНИРУЕМОЙ БРОНХОМ СТАФИЛОКОККОВОЙ БУЛЛЫ. УПЛОТНЕНИЕ СТЕНКИ ЗА СЧЕТ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РАЗРАСТАНИЕ БРОНХИАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ, ВЫСТИЛАЮЩЕГО ПОЛОСТЬ КИСТЫ, ПРЕПЯТСТВУЮТ ЕЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОМУ ИСЧЕЗНОВЕНИЮ. МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ДЛ СВЯЗАН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С НЕДОСТАТОЧНОЙ РЕЭКСПАНСИЕЙ ЛЕГКОГО И ДЛИТЕЛЬНЫМ СУЩЕСТВОВАНИЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

КЛИНИКА

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ ДОСТАТОЧНО ПОДРОБНО ОПИСАНО В ОБШИРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ, ПОЭТОМУ МЫ В ГРУППЕ ПРЕДДЕСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ УДЕЛИМ ОСНОВНОЕ ВНИМАНИЕ ГНОЙНОМУ ЛОБИТУ. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛОБИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ ПОРАЖЕННОЙ ДОЛИ, ПРИ ОСМОТРЕ ДОЛЯ УВЕЛИЧЕНА В ОБЪЕМЕ, НАПРЯЖЕНА, ПЛОТНА НА ОЩУПЬ, НА СРЕЗЕ ПАРЕНХИМА НАПОМИНАЕТ ГУБКУ, ПРОПИТАННУЮ ГНОЕМ.

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТРОГО, ГНОЙНОГО ЛОБИТА ПРЕВАЛИРУЮТ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЯВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ХАРАКТЕРНО ЧРЕЗВЫЧАЙНО БУРНОЕ РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - СТАБИЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ, ОДЫШКА, ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК, ТАХИКАРДИЯ, ЦИАНОЗ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ НЕКОТОРОЕ ОТСТАВАНИЕ ПОРАЖЕННЫХ ОТДЕЛОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В АКТЕ ДЫХАНИЯ, ИНОГДА ЗАМЕТНО НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЫБУХАНИЕ, СООТВЕТСТВЕННО ВОСПАЛЕННОЙ ДОЛЕ. ПЕРКУССИЯ ВЫЯВЛЯЕТ ТОТАЛЬНОЕ УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НАД ПОРАЖЕННЫМИ ОТДЕЛАМИ ЛЕГКОГО И НЕКОТОРОЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ.

ДИАГНОСТИКА

РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОТЛОЖНОЕ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ОБНАРУЖИВАЮЩЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНУЮ ДЛЯ ГНОЙНОГО ЛОБИТА КАРТИНУ: НА РЕНТГЕНОГРАММАХ, ВЫПОЛНЕННЫХ В РАЗНЫХ ПРОЕКЦИЯХ, ОТЧЕТЛИВО ВИДНО ИНТЕНСИВНОЕ ГОМОГЕННОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ С ЧЕТКИМИ ВЫБУХАЮЩИМИ ГРАНИЦАМИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПОРАЖЕННОЙ ДОЛЕ. ДИАГНОЗ МОЖЕТ БЫТЬ УТОЧНЕН ПОСЛОЙНОЙ ТОМОГРАФИЕЙ; БРОНХОСКОПИЯ ОБНАРУЖИВАЕТ УМЕРЕННО СДАВЛЕННЫЙ ПРОСВЕТ БРОНХОВ С НЕБОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ СЛИЗИ; БРОНХОГРАФИЯ ПРИ ГНОЙНОМ ЛОБИТЕ МАЛОИНФОРМАТИВНАЯ.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛОБИТА НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ. ЕСЛИ ПРОЦЕСС НЕ ПРИВОДИТ К СМЕРТИ РЕБЕНКА ПРИ ЯВЛЕНИЯХ НАРАСТАЮЩЕГО ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА, ТО В ЦЕНТРЕ ПОРАЖЕННОЙ ДОЛИ ОБРАЗУЕТСЯ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ, БЫСТРО ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОЛЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНОК ПОГИБАЕТ.

ЛЕЧЕНИЕ

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛОБИТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИВЕДЕННЫМИ ВЫШЕ ОБЩИМИ ПРИНЦИПАМИ, ПРИЧЕМ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫДВИГАЮТСЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ И АНТИТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. МАССИВНЫЕ ДОЗЫ АНТИБИОТИКОВ, - НИТРОФУРАНОВ И СУЛЬФАНИЛАМИДОВ ВВОДЯТ В ПОДКЛЮЧИЧНУЮ ВЕНУ, ЧТО ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВЫСОКУЮ ИХ КОНЦЕНТРАЦИЮ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ЭТОЙ ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИЛЕГОЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ПАРЕНХИМУ ПОРАЖЕННОЙ ДОЛИ.

ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ ПОКАЗАНЫ ФОРСИРОВАННЫЙ ДИУРЕЗ, АКТИВНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ, ПРЯМЫЕ ГЕМОТРАНСФУЗИИ. МНОГОКРАТНО ПРОВЕДЕННЫЕ БРОНХОСКОПИИ УБЕДИЛИ НАС В ИХ МАЛОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ЗНАЧИМОСТИ ПРИ ГНОЙНОМ ЛОБИТЕ. БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

МЕЛКООЧАГОВАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ

ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЮ МЕЛКИЕ СУБПЛЕВРАЛЬНЫЕ ГНОЙНИКИ ДИАМЕТРОМ ОТ 0.3 ДО 1 СМ, ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЮЩИЕСЯ НА БАЗАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНИХ ДОЛЕЙ. ЭТА ФОРМА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЙ СКЛОННОСТЬЮ К ПОВТОРНЫМ ПРОРЫВАМ ГНОЙНИКОВ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ И ПРИСОЕДИНЕНИЮ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ. ПРОЦЕСС НАЧИНАЕТСЯ ОСТРО, С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ - ПРИЗНАКИ ИНТОКСИКАЦИИ, ГИПЕРТЕРМИЯ, ТАХИКАРДИЯ, УМЕРЕННАЯ ОДЫШКА, ЦИАНОЗ. ПРИ ОСМОТРЕ ОБРАЩАЮТ ВНИМАНИЕ НА БЛЕДНО - СЕРЫЙ ОТТЕНОК КОЖИ, УЧАСТИЕ В ДЫХАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕЛКООЧАГОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ СВОДЯТСЯ К УМЕРЕННОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ, НА ФОНЕ КОТОРОЙ ВИДНЫ РАЗНОКАЛИБЕРНЫЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЯЧЕИСТЫЕ ПРОСВЕТЛЕНИЯ, ОСОБЕННО ЧЕТКО ВИДИМЫЕ ПРИ ПОСЛОЙНОЙ ТОМОГРАФИИ.

ВНУТРИЛЕГОЧНАЯ СТАФИЛОКОККОВАЯ ДЕКТРУКЦИЯ

ЭТО НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ФОРМА ДЕКТРУКЦИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ С ВЫРАЖЕННЫМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ЯВЛЕНИЯМИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ОБУСЛОВЛЕНО ГНОЙНЫМ ЛОБИТОМ, НАСТУПАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ, НАРАСТАЕТ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОДЫШКА, ЦИАНОЗ. РЕБЕНОК ВЯЛ, АПАТИЧЕН, ИНОГДА СОЗНАНИЕ ЗАТЕМНЕНО, ВОЗМОЖНЫ МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, РВОТА. ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ ОТРАЖАЮТ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ПРОЦЕССА: РЕЗКО ВЫРАЖЕНА ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ (СРЕДНЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА РАВНО 90 Г/Л, ЭРИТРОЦИТОВ- 3.4-10 В/ МКЛ, ГИПЕРЛЕЙКОЦИТОЗ - 2. 9-10 В/МКЛ).

У ВСЕХ ДЕТЕЙ С ЭТОЙ ФОРМОЙ ДЕСТРУКЦИИ ОТМЕЧЕНА НА ЭКГ СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ, ПРИЧЕМ В 23.5 % ОНА СОПРОВОЖДАЛАСЬ ВЫРАЖЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МИОКАРДЕ И ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА. НА ОБЗОРНЫХ РЕНТГЕНОГРАММАХ ОТЧЕТЛИВО ВИДНА ИНТЕНСИВНАЯ ТЕНЬ С ВЫПУКЛЫМИ КОНТУРАМИ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ПОРАЖЕННОЙ ДОЛЕ. В ЦЕНТРЕ ТЕНИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ ПРОСВЕТЛЕНИЕ С НЕЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ ВИДНЫ ОТТОРГНУВШИЕСЯ ЛЕГОЧНЫЕ СЕКВЕСТЕРЫ.

БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА

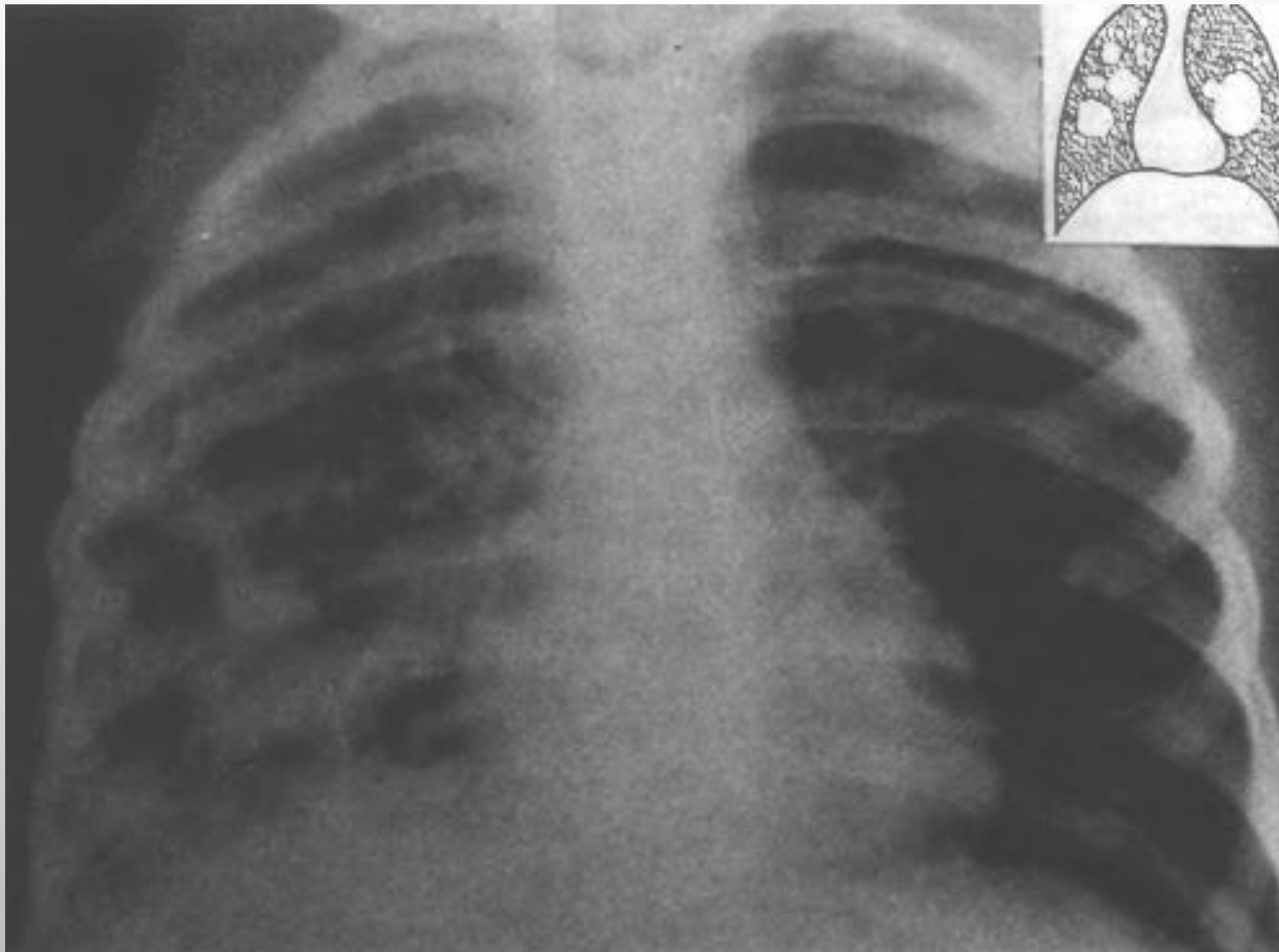
ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ТОНКОСТЕННЫЕ ВОЗДУШНЫЕ ПОЛОСТИ, БЫСТРО МЕНЯЮЩИЕ ФОРМУ И РАЗМЕРЫ. МНОГИЕ АВТОРЫ СЧИТАЮТ БУЛЛЕЗНУЮ ФОРМУ ДЛ ПРИЗНАКОМ БЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА. ДЕЙСТВИТЕЛЬНО, ВОЗНИКНОВЕНИЕ БУЛЛ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД РАЗРЕШЕНИЯ ПНЕВМОПАТИИ, НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КАКИМИ- ЛИБО КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО РЕДКО ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ ПРОРЫВА БУЛЛ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ИЛИ ОСТРОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ИХ РАЗМЕРОВ.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ БДЛ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ ТОНКОСТЕННЫХ ВОЗДУШНЫХ, ЧЕТКО ОЧЕРЧЕННЫХ ПОЛОСТЕЙ. ПРИ ПОВТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ БУЛЛЫ МЕНЯЮТ СВОЮ ФОРМУ, РАЗМЕРЫ, СКЛОННЫ К САМОПРОИЗВОЛЬНОМУ ИСЧЕЗНОВЕНИЮ.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ ФОРМ БДЛ У ДЕТЕЙ ЗАВИСЯТ ОТ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ. ВОЗРАСТА РЕБЕНКА, ФАЗЫ ТЯЖЕСТИ ПРОЦЕССА.

ОБЩИМ ДЛЯ ПЕРВЫХ ТРЕХ ФОРМ ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРЕВОДА РЕБЕНКА В ДЕТСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ЭНЕРГИЧНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ И АНТИТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРОВОДИМЫЙ ПО ОПИСАННЫМ ВЫШЕ ПРАВИЛАМ.

БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА



ПИТОРАКС (ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ)

ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СКОПЛЕНИЕ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА. ПИТОРАКС ПРИ БДЛ ВСЕГДА НОСИТ ВТОРИЧНЫЙ ХАРАКТЕР, ОСЛОЖНЯЯ ТЕЧЕНИЕ ОДНОЙ ИЗ ЛЕГОЧНОЙ ФОРМ БДЛ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПИТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ МЕЛКООЧАГОВАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ.

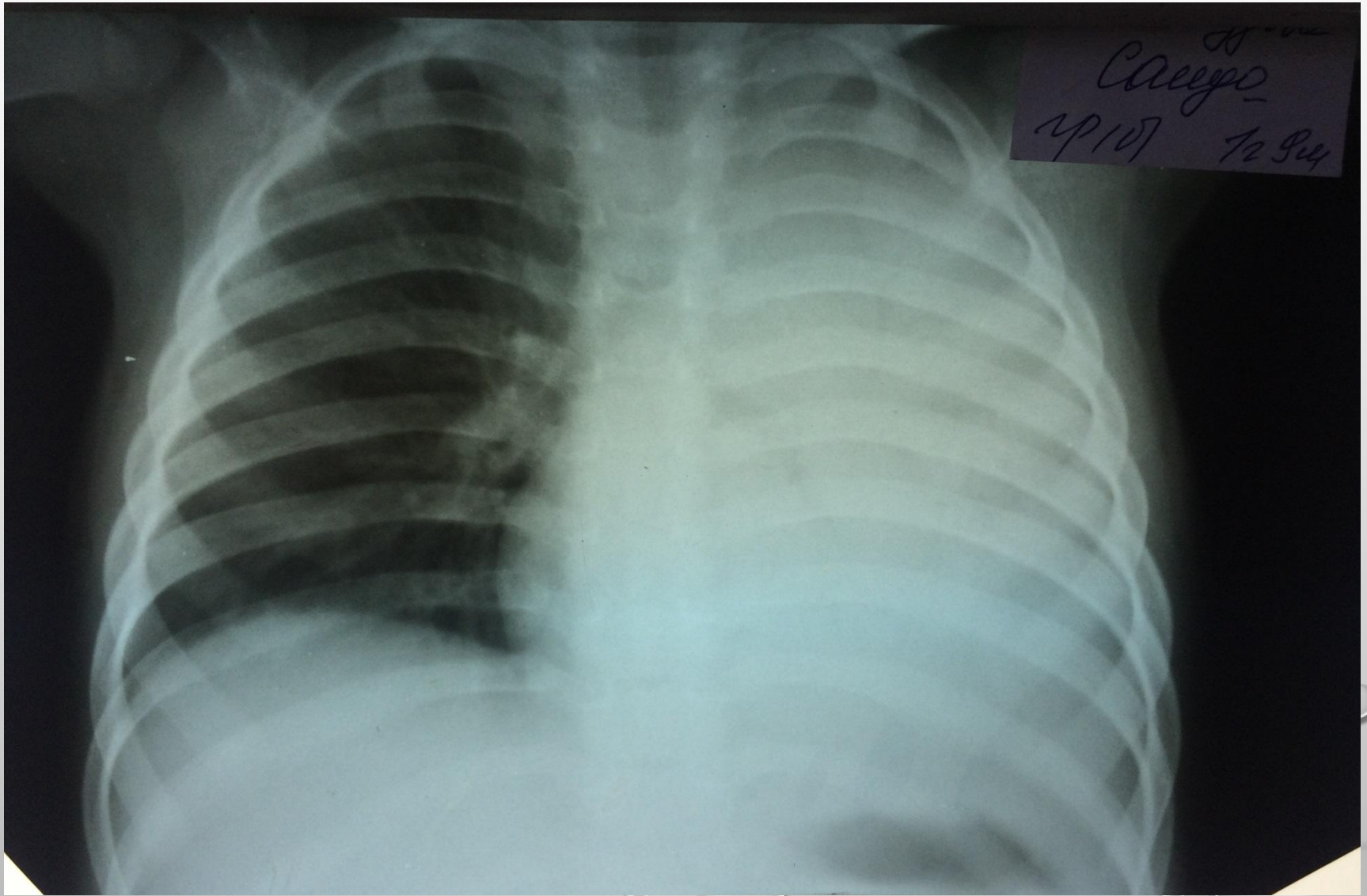
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТРАЖАЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДЛЕННОЕ РАЗВИТИЕ ПРОЦЕССА. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ ПИТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ИХУДЩЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ВЯЛОСТЬ, АПАТИЯ, ПОДЪЕМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ ПО ВЕЧЕРАМ, МЕДЛЕННО НАРАСТАЮЩАЯ ОДЫШКА. ПРИ ОСМОТРЕ ПРИВЛЕКАЕТ ВНИМАНИЕ ОТСТАВАНИЕ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ДЫХАНИИ, НЕКОТОРОЕ ВЫБУХАНИЕ ЕЕ, РАСШИРЕНИЕ МЕЖРЕБЕРИЙ. В СОСТАВЕ ФЕРМЕНТНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ИМЕЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ИЗМЕНЕНИЯ - НАРАСТАЮЩИЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ, СДВИГ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО, УМЕРЕННАЯ АНЕМИЯ.

РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ РАСПОЗНАВАНИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ФОРМ ДЛ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД, ВАЖНОСТЬ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОТОРОГО ВЕЛИКИ. ПРИ ЛЕГОЧНО- ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМЕ БДЛ У ДЕТЕЙ ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ С ОЦЕНКОЙ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПО «МОКРОМУ» СНИМКУ. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПИОТОРАКСА ВАРЬИРУЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ОБЪЕМА И ЛОКАЛИЗАЦИИ.

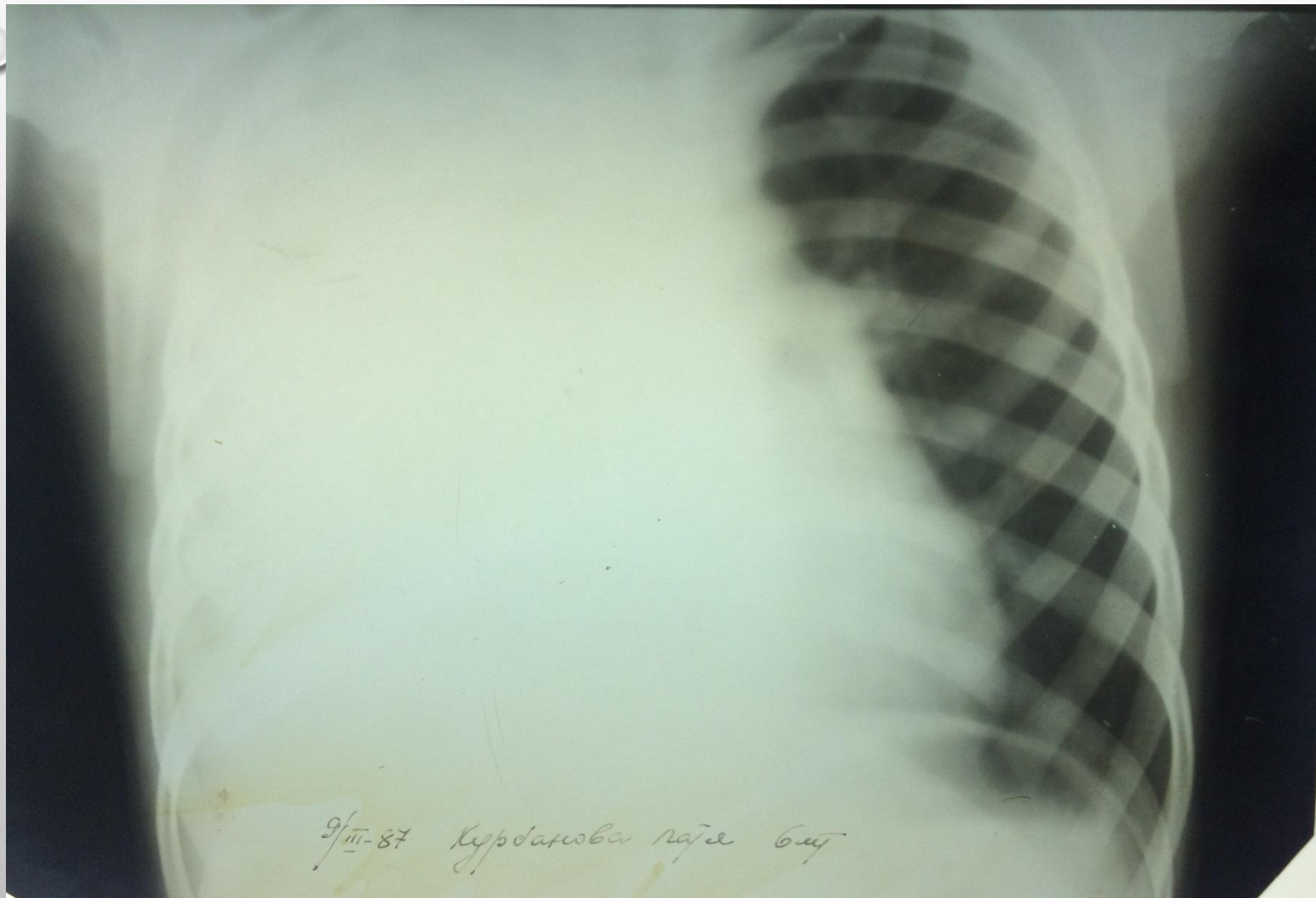
ДЛЯ ТОТАЛЬНЫХ ПИОТОРАКСОВ ХАРАКТЕРНО ИНТЕНСИВНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ ВСЕЙ ПОРАЖЕННОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ВЫРАЖЕННЫМ СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ. ЛЕГОЧНАЯ ТКАНЬ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕ ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ. СУДИТЬ О ЛОКАЛИЗАЦИИ И ВИДЕ ДЕСТРУКЦИИ НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ. ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ПИОТОРАКСАХ ТЕНЬ РАСПОЛАГАЕТСЯ ПАРАКОСТАЛЬНО, ПАРАМЕДИАСТИНАЛЬНО, СООТВЕТСТВЕННО ХОДУ МЕЖДОЛЕВОЙ ЩЕЛИ ИТ.Д.

ПЛАЩЕВИДНЫЙ ПИОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УМЕРЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ПРОЗРАЧНОСТИ ВСЕХ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЕЙ ПОРАЖЕННОГО ЛЕГКОГО, ОДНАКО, ЛЕГОЧНЫЙ РИСУНОК МОЖНО ПРОСЛЕДИТЬ

ПИОТОРАКС



ПИОТОРАКС



ПИОТОРАКС



ПИТОРАКС (ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ)

ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ПИТОРАКСАХ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЧИНАЮТ С ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ, ПРИ КОТОРОЙ ПОЛНОСТЬЮ УДАЛЯЮТ ГНОЙ, ПРОМЫВАЮТ ПОЛОСТЬ РАСТВОРОМ ФУРАЦИЛИНА (1:5000) И ВВОДЯТ АНТИБИОТИКИ. ПОВТОРНЫЕ ПУНКЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ В ТЕЧЕНИЕ 2-3 ДНЕЙ ПОД КОНТРОЛЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ДИНАМИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СОЧЕТАНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ ДОБИТЬСЯ ИЗЛЕЧЕНИЯ. ИНОГДА, ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГНОЯ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ВОЗДУХ, ЧТО ОБУСЛОВЛЕНО ПРОРЫВОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ СУБПЛЕВРАЛЬНЫХ ОЧАГОВ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ НАРАСТАНИИ РАЗРЕЖЕНИЯ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ. СЛЕДСТВИЕ ЭТОГО ПИОПНЕВМОТОРАКС. ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФИБРИНОТОРАКСА СХОДНЫ С ТАКОВЫМИ ПРИ ПИТОРАКСЕ, ОДНАКО. НЕСМОТРЯ НА ВЫРАЖЕННОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ПОЛУЧИТЬ ЭКССУДАТ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПУНКЦИЙ НЕ УДАЕТСЯ. НА ФОНЕ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОИСХОДИТ РАССАСЫВАНИЕ ФИБРИНОЗНЫХ НАСЛОЕНИЙ, ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРОЗРАЧНОСТЬ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЕЙ. РЕЖЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ, СЕПТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА. В ЭТИХ СЛУЧАЯХ ПРИМЕНЯЮТ ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДВУМЯ ДРЕНАЖАМИ (ВЕРХНИЙ И НИЖНИЙ) С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ.

ПИОПНЕВМОТОРАКС (СКОПЛЕНИЕ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗДУХА И ГНОЯ)

ПРИ БДЛ НЕИЗБЕЖНО ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ РАЗРЫВА ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ, ПРОРЫВА ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ. РАЗЛИЧАЮТ ПРОСТОЙ И НАПРЯЖЕННЫЙ ПИОПНЕВМОТОРАКС.

ПРОСТОЙ ПИОПНЕВМОТОРАКС МОЖЕТ БЫТЬ ТОТАЛЬНЫМ, ОГРАНИЧЕННЫМ, ОКУТЫВАЮЩИМ.

ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ОПРАВДАНО ВЫДЕЛЕНИЕ БУРНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ И СКРЫТОЙ ФОРМ ЭТОГО ОСЛОЖНЕНИЯ. ЕСЛИ ПРИ ПИОТОРАКСЕ ХАРАКТЕРНО ПРЕОБЛАДАНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ТО ДЛЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ТИПИЧЕН СИНДРОМ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ.

ПИОПНЕВМОТОРАКС

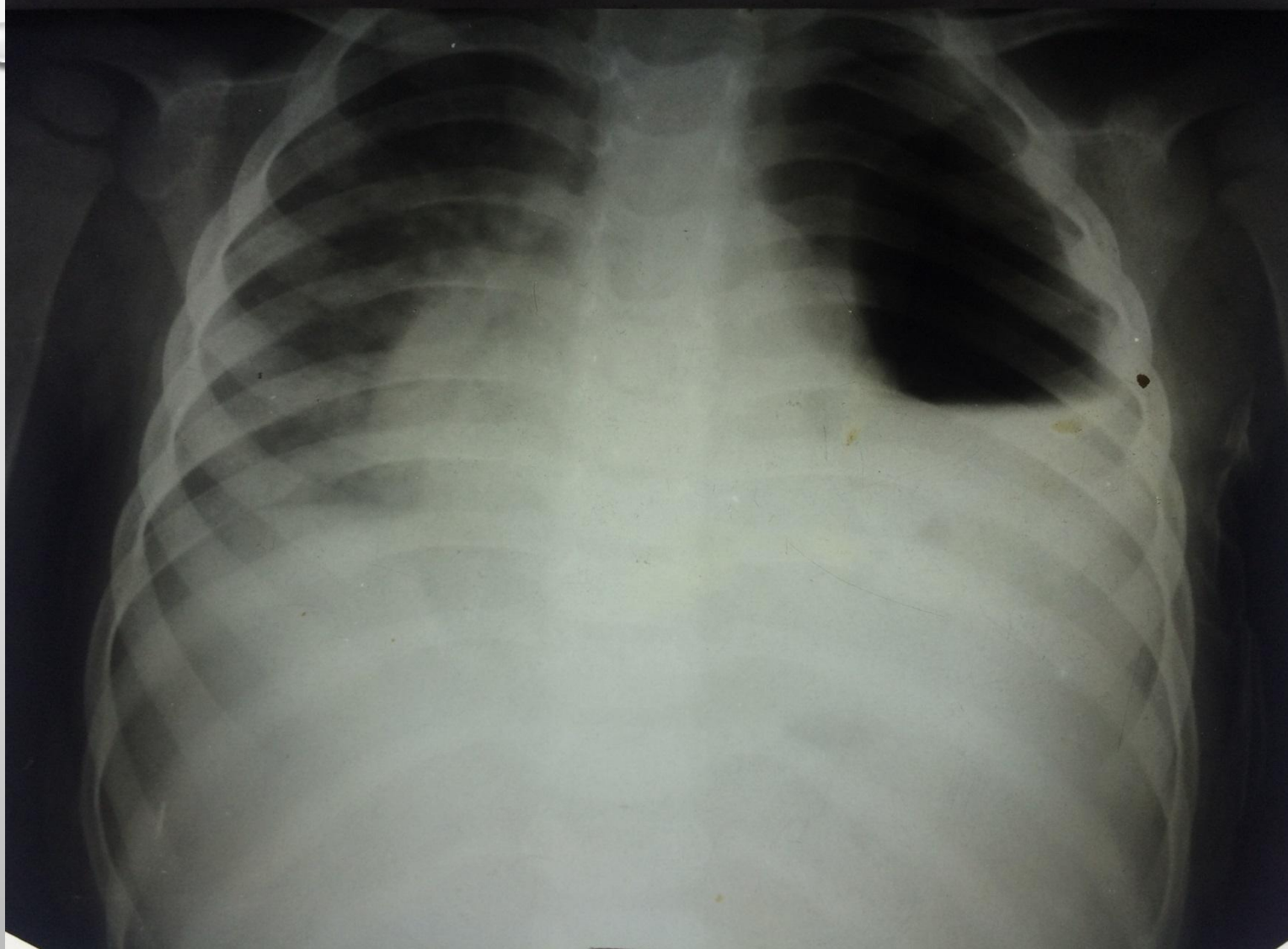
ПРИ БУРНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ ФОРМЕ ПИОПНЕВМОТОРАКСА (НАПРЯЖЕННЫЙ, ПРОСТОЙ, ПИОПНЕВМОТОРАКС) НА - ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ПНЕВМОНИЕЙ И ДЛ (ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ), ВНЕЗАПНО, ЧАЩЕ НОЧЬЮ, РАЗВИВАЕТСЯ ПРИСТУП СИЛЬНОГО КАШЛЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РЕЗКОЙ ОДЫШКОЙ, ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЦИАНОЗОМ, ТАХИКАРДИЕЙ, СНИЖЕНИЕМ АД, НАРУШЕНИЕМ ДЫХАНИЯ, ВПЛОТЬ ДО АПНОЭ. ОПИСАНЫ СЛУЧАИ СМЕРТИ ДЕТЕЙ ОТ ОСТРОГО ПЛЕВРОПУЛЬМОНАЛЬНОГО ШОКА В МОМЕНТ ПРОРЫВА ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ.

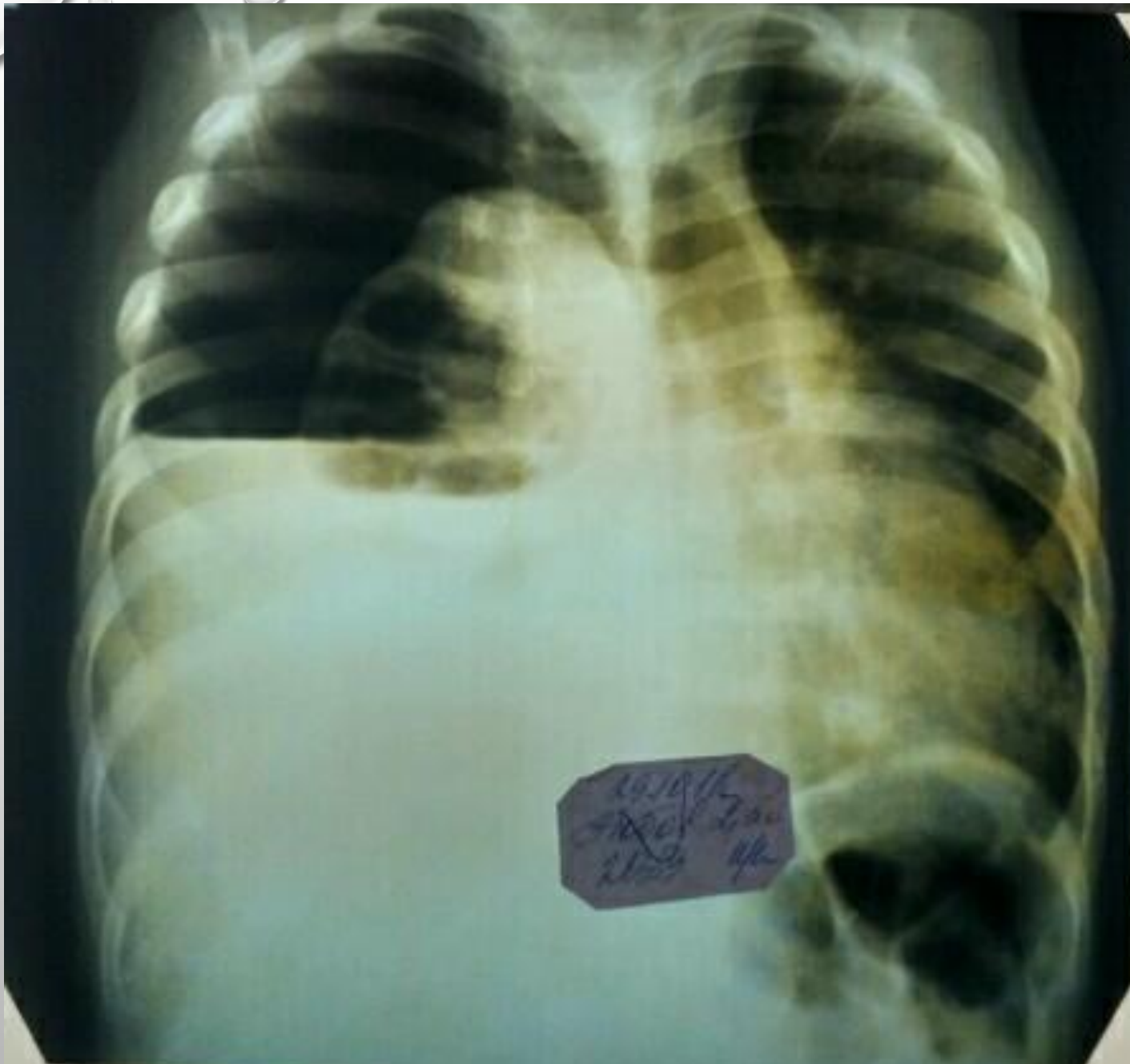
ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА В ЭТОТ МОМЕНТ ТЯЖЕЛОЕ, ОН ПРОИЗВОДИТ ВПЕЧАТЛЕНИЕ АГОНИРУЮЩЕГО. В ДЫХАНИИ УЧАСТВУЮТ ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ МУСКУЛАТУРА. РАЗДУВАЮТСЯ КРЫЛЬЯ НОСА, ОДНАКО ДЫХАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ, ЧАСТОЕ, АРИТМИЧНОЕ, НАРАСТАЕТ ЦИАНОЗ, РЕБЕНОК МЕЧЕТСЯ, БЕСПОКОЕН. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫБУХАНИЕ И ОТСТАВАНИЕ В ДЫХАНИИ ПОРАЖЕННОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ПЕРКУТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РЕЗКОЕ СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ, ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ ПОРАЖЕННОЙ. ПЕРКУССИЯ НАД ОЧАГОМ ВЫЯВЛЯЕТ ТИМПАНИТ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ (СКОПЛЕНИЕ ВОЗДУХА) И УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА В НИЖНИХ (ГНОЙ). СООТНОШЕНИЕ ГНОЯ И ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ПРЕОБЛАДАНИЮ ТИМПАНИТА ИЛИ УКРОЧЕНИЯ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. ЧЕРЕЗ 15-45 МИНУТ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ОПИСАННОГО ВЫШЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА ПИОПНЕВМОТОРАКСА НАСТУПАЕТ ПЕРИОД ОТНОСИТЕЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОЙ КОМПЕНСАЦИИ. ПРЕДЕЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ВСЕХ ЗАЩИТНЫХ И КОМПЕНСАТОРНЫХ

ОСТРЫЙ ПЕРИОД БУРНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ОДИНАКОВ КАК ПРИ ПРОСТОМ, ТАК И ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ, ОДНАКО, ЕСЛИ В ПЕРВОМ СЛУЧАЕ НАСТУПАЕТ ПЕРИОД ОТНОСИТЕЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИИ, ТО ВО ВТОРОЙ- СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА УХУДШАЕТСЯ, УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ, НАРАСТАЮТ ЦИАНОЗ И ОДЫШКА, РАЗВИВАЕТСЯ КЛАССИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАРАСТАЮЩЕГО ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ. ПРИ СКРЫТОЙ ФОРМЕ ПИОПНЕВМОТОРАКСА (ОКУТЫВАЮЩИЙ ИЛИ ОГРАНИЧЕННЫЙ ПИОПНЕВМОТОРАКС С ЧАСТИЧНЫМ КОЛЛАПСОМ ЛЕГКОГО) КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНЕЕ ОТЧЕТЛИВЫ, А У НЕКОТОРЫХ БОЛЬНЫХ МОГУТ ВОООБЩЕ ОТСУТСТВОВАТЬ, И ПИОПНЕВМОТОРАКС ЯВЛЯЕТСЯ СЛУЧАЙНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ НАХОДКОЙ. ПРИ ОСМОТРЕ ОБНАРУЖИВАЮТ УМЕРЕННОЕ СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ, ТИМПАНИТ И УКРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ.

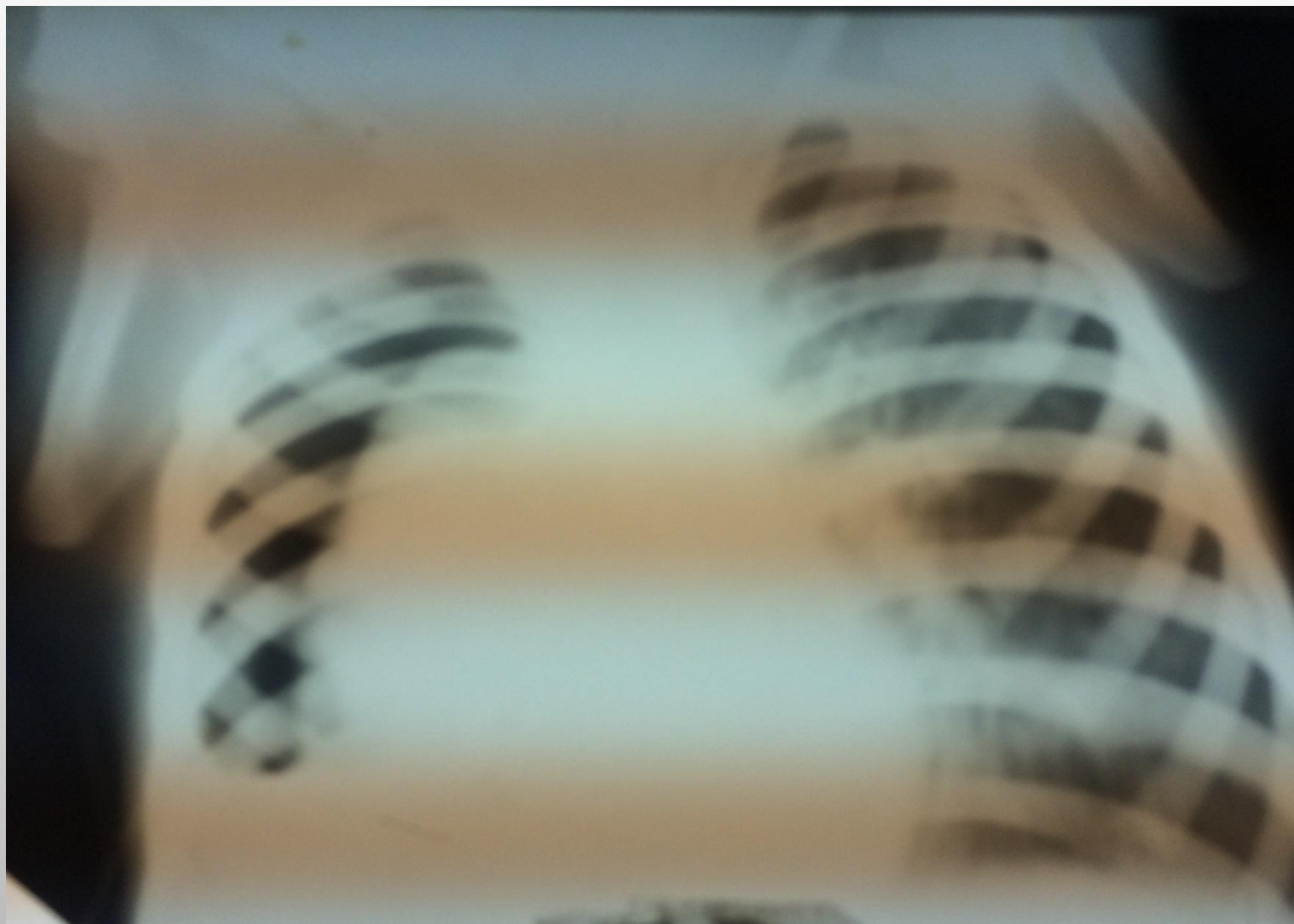
РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА СВОДЯТСЯ К СМЕЩЕНИЮ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ, ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ ОЧАГУ ПОРАЖЕНИЯ (СТЕПЕНЬ СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ РАЗЛИЧНА - ОНА ДОСТИГАЕТ МАКСИМУМА ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ), НАЛИЧИЮ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО УРОВНЯ ЖИДКОСТИ, НАД КОТОРОЙ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВОЗДУШНЫЙ ПУЗЫРЬ. ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА (ЭКСТРЕННАЯ ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ) ПРОИЗВОДЯТ НЕМЕДЛЕННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АСПИРАЦИЕЙ. МЕТОД, СОЧЕТАЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПОЗВОЛЯЕТ ВПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ РЕБЕНКА С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ УСТАНОВИТЬ ВИД, ЛОКАЛИЗАЦИЮ И ПРОТЯЖНОСТЬ ДЕСТРУКЦИИ И НАМЕТИТЬ ДАЛЬНЕЙШУЮ ЛЕЧЕБНУЮ

ΠΙΟΠΝΕΥΜΟΤΟΡΑΚΣ





ΠΙΟΠΝΕΥΜΟΤΟΡΑΚΣ



МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ТРЕБУЕТ НЕМЕДЛЕННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, КОТОРОЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНО В БЛИЖАЙШЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ. ПРИМЕНИТЕЛЬНО ДЕТЯМ ПЕРВЫХ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СУЩЕСТВУЕТ И ДРУГАЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ: ИСАКОВ Ю. Ф. И ГЕРАСЬКИН В. П., СТЕПАНОВ Э. А. И ДР. ВЫДВИНУЛИ ТЕЗИС О НЕРАЦИОНАЛЬНОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ, ПРИЧЕМ, ЧЕМ МЛАДШЕ РЕБЕНОК, ТЕМ МЕНЬШЕ ПОКАЗАНИЙ К НАЛОЖЕНИЮ ДРЕНАЖА И БОЛЬШЕ ОСНОВАНИЙ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ.

ВЫПОЛНЕНИЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ОБЛАДАЮЩИХ ОПЫТОМ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ НЕДОПУСТИМЫМ, ТАК ЖЕ КАК И ПОПЫТКИ ТРАНСПОРТИРОВКИ РЕБЕНКА С ЯВЛЕНИЯМИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ НА ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ РАССТОЯНИЯ (ИЗ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ В ЦЕНТРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ). СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПУНКЦИЙ ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ НЕТ. У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНИЯ К ПЕРВИЧНОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКАЮТ ЧАЩЕ, ЧТО СВЯЗАНО С ОТЧЕТЛИВЫМ ПРЕОБЛАДАНИЕМ В ЭТОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННО ПРОТЕКАЮЩИХ ФОРМ ДЕСТРУКЦИИ (ВНУТРИЛЕГОЧНАЯ БДЛ). В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ УСПЕХИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИВЕЛИ К НЕКОТОРОМУ СУЖЕНИЮ ПОКАЗАНИЙ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ «ЗАПУЩЕННЫХ» ФОРМАХ БЛП ОСЛОЖНЕННЫХ ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ

является редким осложнением стафилококковой деструкции легких и возникает при прорыве стафилококковой буллы в плевральную полость. Пнеумоторакс развивается обычно на фоне удовлетворительного состояния ребенка и сопровождается синдромом внутриплеврального напряжения, возникает той или иной степени выраженности.

ОСМОТР РЕБЕНКА ВЫЯВЛЯЕТ ОТСТАВАНИЕ В ДЫХАНИИ И ВЫБУХАНИЕ ПОРАЖЕННОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ В ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ, ТИМПАНИТ И ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПНЕВМОТОРАКСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ СВОБОДНОГО ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ПОЛНЫМ ИЛИ ЧАСТИЧНЫМ КОЛЛАПСОМ ЛЕГКОГО, СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ В ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ.

ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОТОРАКСА НАЧИНАЮТ С ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПУНКЦИЙ, УДАЛЕНИЯ ВОЗДУХА, ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ. РЕЗУЛЬТАТ КОНТРОЛИРУЮТ ДИНАМИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ. В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПУНКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИВОДИТ К СТАБИЛЬНОЙ РЕЭКСПАНСИИ ЛЕГКОГО. ТАМ, ГДЕ ЭТОГО ДОСТИГНУТЬ НЕ УДАЕТСЯ, ПРИБЕГАЮТ К ДРЕНИРОВАНИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ С ДОЗИРОВАННОЙ АКТИВНОЙ АСПИРАЦИЕЙ. ЕСЛИ ЭТОТ МЕТОД ОКАЗЫВАЕТСЯ НЕЭФФЕКТИВНЫМ В ТЕЧЕНИЕ 4-5 ДНЕЙ, ПРИХОДИТСЯ СТАВИТЬ ВОПРОС О РАДИКАЛЬНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ИЛИ ПРИБЕГАТЬ К ПОПЫТКАМ БРОНХОБЛОКАДЫ.

В ХИРУРГИИ СТАФИЛОКОККОВЫЕ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЕМ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ, НЕ РЕДКО ПРИХОДИТСЯ СТАЛКИВАТЬСЯ С СИТУАЦИЯМИ, КОГДА ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И АКТИВНАЯ АСПИРАЦИЯ ЕЕ СОДЕРЖИМОГО НЕ ПРИВОДЯТ К ЖЕЛАЕМОМУ ЭФФЕКТУ. ЛЕГКОЕ ОСТАЕТСЯ ПОЛНОСТЬЮ КОЛЛАБИРОВАННЫМ, ЧЕРЕЗ ДРЕНАЖ ИНТЕНСИВНО ВЫДЕЛЯЕТСЯ ВОЗДУХ, Т. Е. ИМЕЕТ МЕСТО СИНДРОМ БРОНХИАЛЬНОГО СБРОСА. ПРИЧИНЫ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ С БОЛЬШИМ ДИАМЕТРОМ ОТКРЫВАЮЩЕГО СВИЩА, НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СУММАРНО ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ СБРОС ВОЗДУХА. ПРИ РАЗВИВАЮЩЕМСЯ СИНДРОМЕ БРОНХИАЛЬНОГО СБРОСА ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА ОБУСЛОВЛЕНА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ, КОЛЛАПСОМ

ВТОРИЧНЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ

являются одним из возможных исходов стафилококковой деструкции легких. Характерно вполне удовлетворительное состояние ребенка, зачастую расценивающееся как полное выздоровление. Однако рентгенографические исследования выявляют четко очерченную округлую воздушную полость с плотными стенками. В зависимости от размеров кисты, ее клинические проявления или вообще отсутствуют, или умеренно выражены. В дальнейшем заболевание принимает течение, типичное для легочных кист другой этиологии, с характерными периодами ремиссий и обострений.

ХРОНИЧЕСКАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЮ ИСХОД ПИОПНЕВМОТОРАКСА ИЛИ ПИОТОРАКСА, КОГДА В СИЛУ КАКИХ - ТО НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ДЛИТЕЛЬНО НЕ УДАЕТСЯ ДОБИТЬСЯ ПОЛНОГО И СТАБИЛЬНОГО РАСПРАВЛЕНИЯ ЛЕГКОГО.

ХРОНИЧЕСКАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ:

А) ИСЧЕЗНОВЕНИЕ СИМПТОМОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, УЛУЧШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ПОЯВЛЕНИЕ АППЕТИТА, НОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА;

Б) СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И ДЫХАНИЯ;

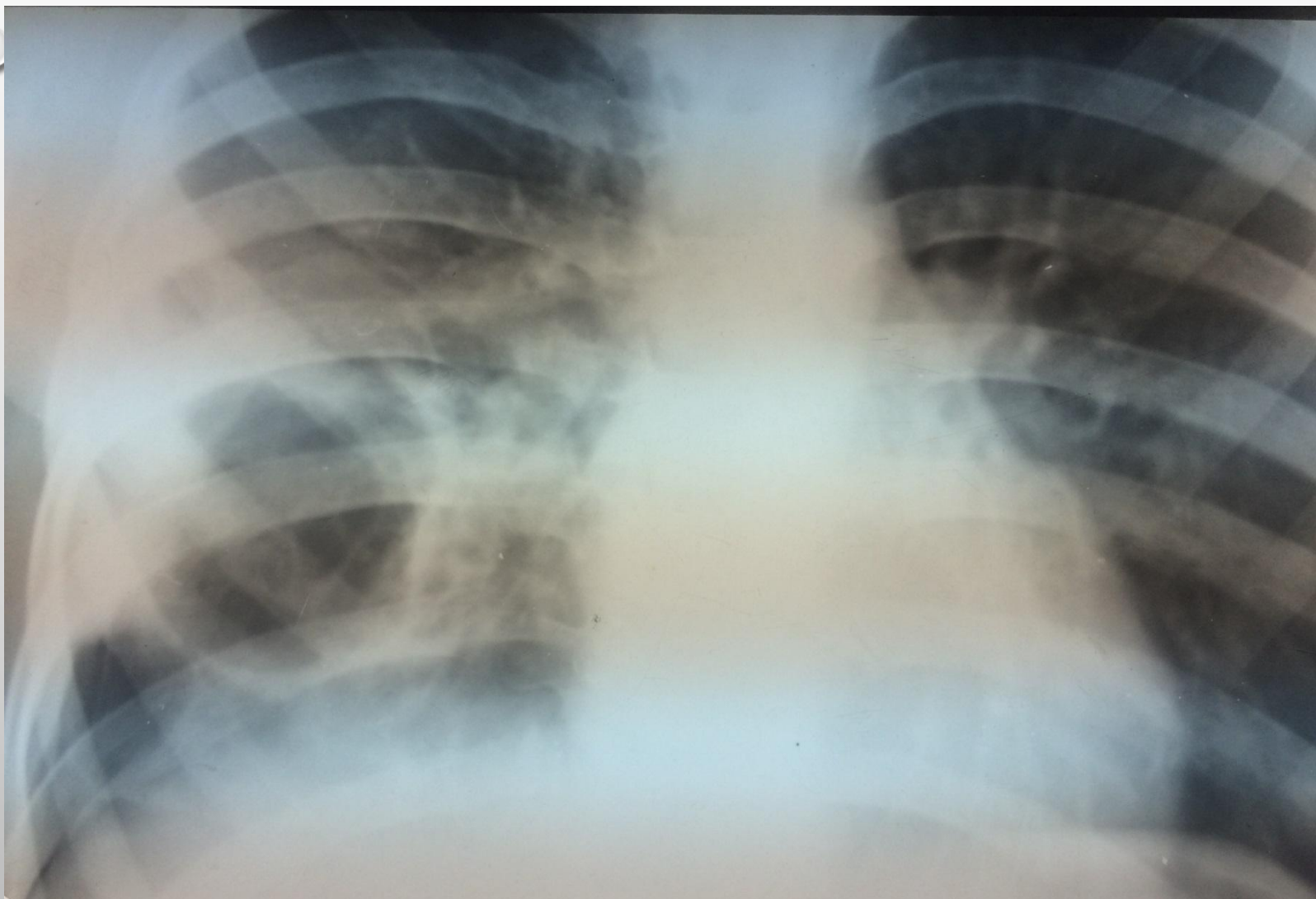
В) ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ – ЗАПАДЕНИЕ ПОРАЖЕННОЙ ПОЛОВИНЫ, СБЛИЖЕНИЕ РЕБЕР, СУЖЕНИЕ МЕЖРЕБЕРИЙ, СКОЛИОЗ, ОЩУЩЕНИЕ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА;

Г) ПОСТЕПЕННО НАРАСТАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГНОЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ;

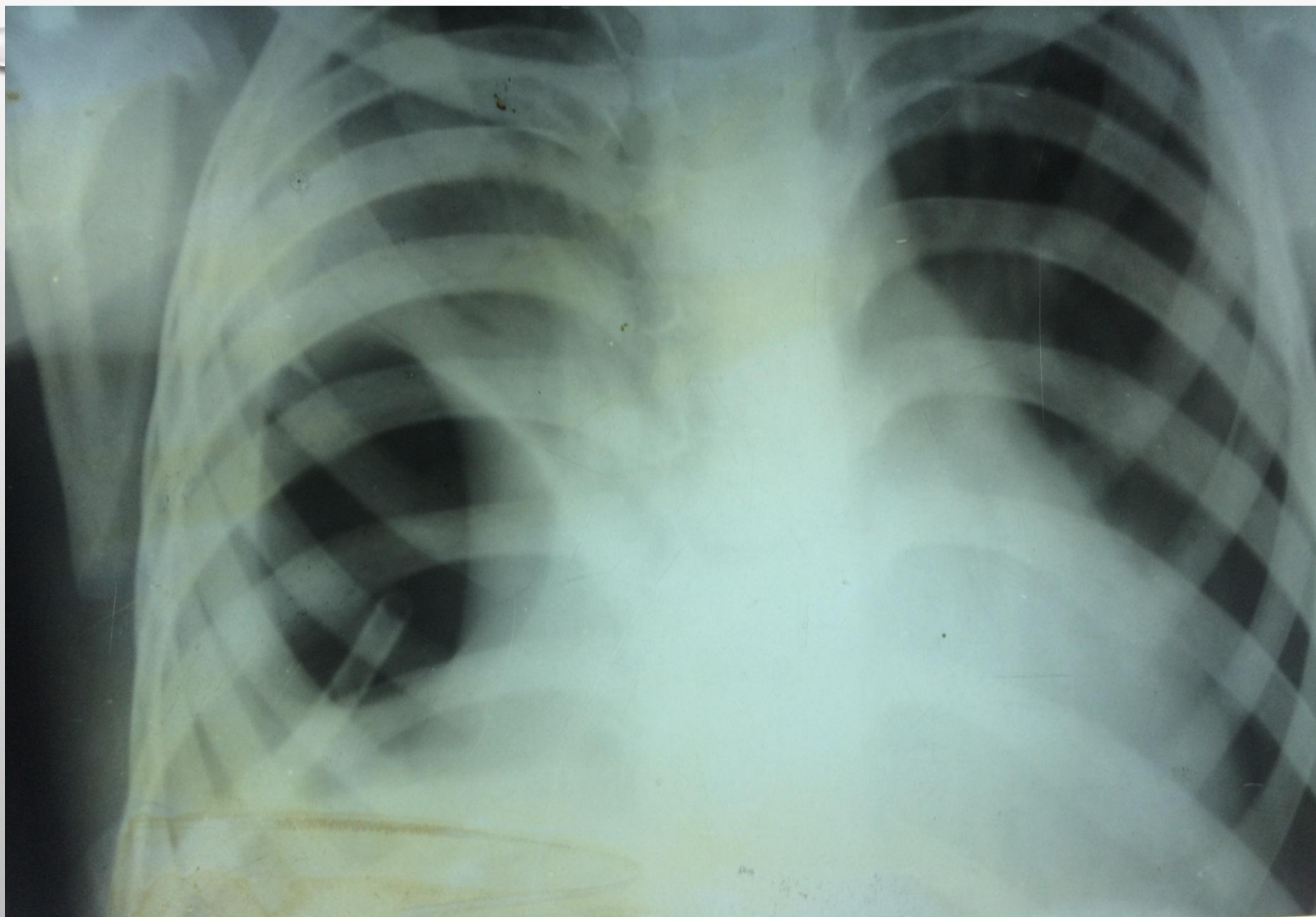
Д) НАЛИЧИЕ СТАБИЛЬНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ОГРАНИЧЕННОЙ ПЛОТНЫМИ РИГИДНЫМИ СТЕНКАМИ

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЭМПИЕМ ТРЕБУЕТ, КАК ПРАВИЛО, РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ВЫПОЛНЯЕМОЙ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ, ОДНАКО ПРИСОЕДИНЕНИЕ ГРОЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ МОГУТ ВЫНУДИТЬ К РАДИКАЛЬНОМУ НЕОТЛОЖНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ.

ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БДЛ



ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БДЛ



СЕПСИС

ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СТАФИЛОКОККОВЫХ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ДВЕ ФОРМЫ - БУРНУЮ И ВЯЛОТЕКУЩУЮ. ПЕРВАЯ ПРЕОБЛАДАЕТ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, ОСЛОЖНЯЯ ВНУТРИЛЕГОЧНУЮ И МЕЛКООЧАГОВУЮ МНОЖЕСТВЕННУЮ ФОРМУ БДЛ, ПИОПНЕВМОТОРАКС, ПИОТОРАКС. ОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СТРЕМИТЕЛЬНЫМ УХУДШЕНИЕМ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА, ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТЯЖЕЛОЙ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ПОЯВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНЫХ ПИЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ.

КОЖА РЕБЕНКА ПРИОБРЕТАЕТ ЗЕМЛИСТО- СЕРЫЙ ОТТЕНОК, ИСЧЕЗАЕТ АППЕТИТ, РАЗВИВАЕТСЯ ВЯЛОСТЬ, АПАТИЯ, НАРАСТАЕТ ОДЫШКА, ЦИАНОЗ, ТАХИКАРДИЯ, ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ ПРИНИМАЕТ ГЕКТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР. ВЯЛО ПРОТЕКАЮЩИЙ СЕПТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2- 3 ЛЕТ. В ЭТИХ СЛУЧАЯХ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА УХУДШАЕТСЯ ПОСТЕПЕННО, ИСПОДВОЛЬ НАРАСТАЮТ ВЯЛОСТЬ, АПАТИЯ, ИСЧЕЗАЕТ АППЕТИТ, ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.

ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ, ПРИВЕДЕННОЙ ВЫШЕ. РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ И АНТИТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, РАЦИОНАЛЬНОЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ВНУТРИВЕННЫХ ДЛИТЕЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ АДЕКВАТНОГО

ПЕРИКАРДИТЫ

РАСПОЗНАВАНИЕ ПЕРИКАРДИТОВ У ТАКИХ ДЕТЕЙ
КРАЙНЕ ЗАТРУДНИТЕЛЬНО. ЭТО ОБЪЯСНЯЕТСЯ ТЕМ,
ЧТО ПРОЦЕСС С ВЫРАЖЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, НАРУШЕНИЯМИ
ДЫХАНИЯ И ГЕМОДИНАМИКИ. КЛИНИЧЕСКУЮ
ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИКАРДИТА
ОСНОВЫВАЮТ НА УХУДШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ
РЕБЕНКА, ГЕКТИЧЕСКИХ РАЗМАХАХ ТЕМПЕРАТУРНОЙ
КРИВОЙ, ПОЯВЛЕНИЕМ ИЛИ НАРАСТАНИЕМ
ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ,
ГЛУХОСТИ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ, РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ
СЕРДЦА, ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГНОЙНОГО
ПЕРИКАРДИТА УТОЧНЯЮТ ПУНКЦИЕЙ ПОЛОСТИ
ПЕРИКАРДИТА. ЭТА ПРОЦЕДУРА ОДНОВРЕМЕННО

МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЭМФИЗЕМА

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ ПРОСТУЮ И ПРОГРЕССИРУЮЩУЮ МЕДИАСТИНАЛЬНУЮ ЭМФИЗЕМУ.

ПРИ ПРОСТОЙ ФОРМЕ НЕРЕДКО ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА КАШЛЯ В НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМКАХ И НА ШЕЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ СИММЕТРИЧНАЯ ВЫПУКЛОСТЬ, ПОСТЕПЕННО РАСПРОСТРАНЯЮЩАЯ НА ЛИЦО. НАРАСТАНИЕ ЭМФИЗЕМЫ САМОПРОИЗВОЛЬНО ПРЕКРАЩАЕТСЯ, ИНОГДА ОТМЕЧАЕТСЯ ЕЕ ПОВТОРНОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ ОЧЕРЕДНОГО ПРИСТУПА КАШЛЯ, НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ, ГЕМОДИНАМИКИ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ, ГОЛОС НЕ ИЗМЕНЕН, ГЛАЗА ОТКРЫТЫ.

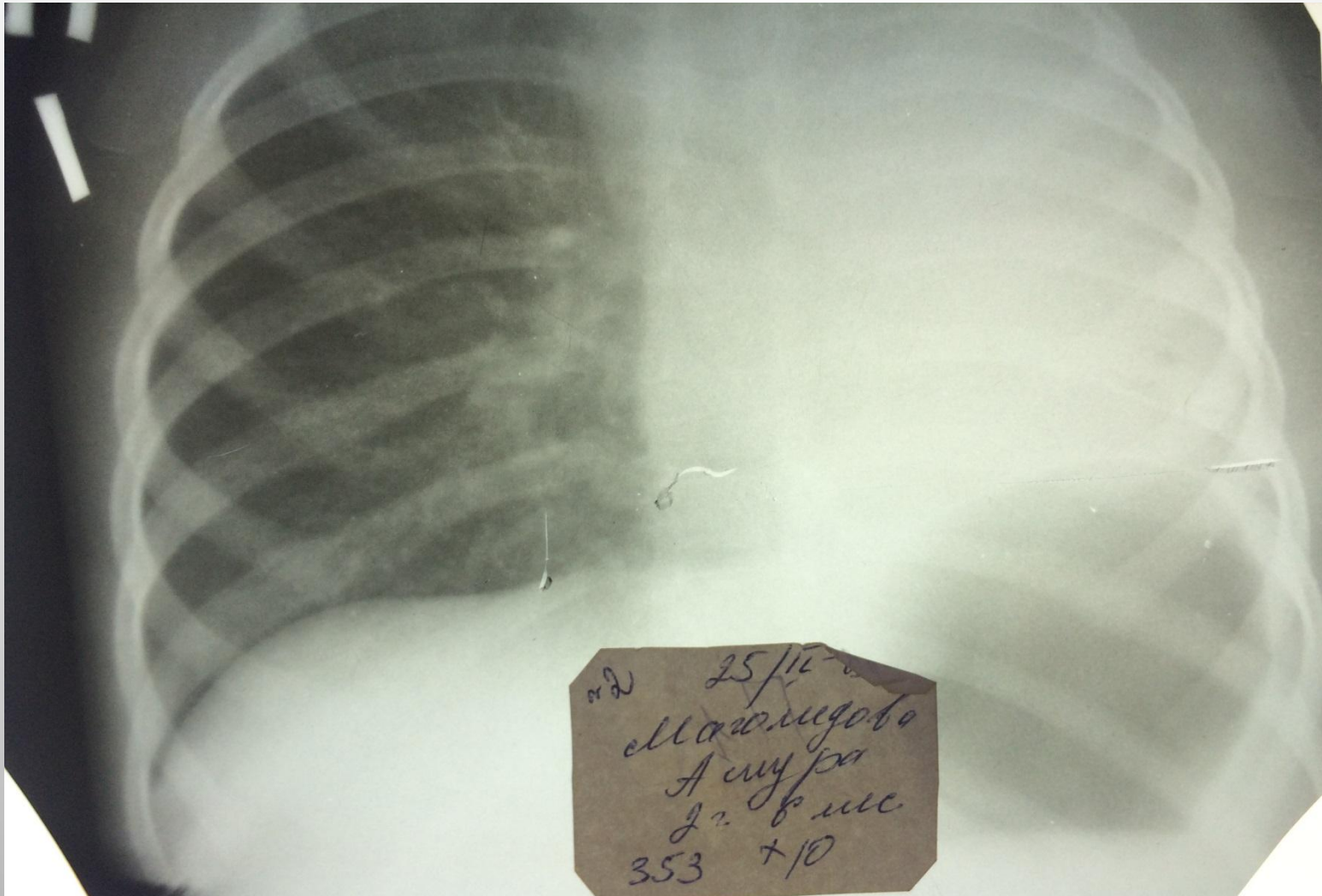
ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЭМФИЗЕМЕ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ ЭКСТРЕННАЯ МЕДИАСТИНОМИЯ. ПРИ АБСОЛЮТНЫХ ПОКАЗАНИЯХ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМОСТЬ В МЕДИАСТИНОМИИ ОТПАДАЕТ, Т. К. МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ПЛЕВРА БУДЕТ ВСКРЫТА И ДРЕНИРОВАНА ЧЕРЕЗ ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ. С ДРУГОЙ СТОРОНЫ, ПРИ ЗАВЕДОМО ИНФУЗИОННОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВО ИЗБЕЖАНИЕ МЕДИАСТЕНИТА БОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВИТЬ РАДИКАЛЬНУЮ ОПЕРАЦИЮ СУПРАЮГУЛЯРНОМЕДИОСТИНОТОМИИ.


ПРОБОДАЮЩАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

является результатом неадекватного лечения острого пиоторакса. Гной, скапливающийся в плевральной полости, расплавляет межреберные мышцы и мышцы грудной стенки. образуется подкожный гнойник, сообщающийся с плевральной полостью. при отсутствии должного лечения, гной прорывается наружу, образуется открытый пиопневмоторакс. клинические проявления прободящей эмпиемы у ребенка со стафилококковой деструкцией легких сводятся к появлению на грудной стенке флюктуирующей

ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ПРОБОДАЮЩЕЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ ПРОВОДИТСЯ ПО ОБЩИМ ПРИНЦИПАМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ. МЕСТНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ СВОДИТСЯ К НЕМЕДЛЕННОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВОБОДНОГО ОТТОКА ГНОЯ ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ УЖЕ К НАЧАЛУ ВТОРЫХ СУТОК ПРИВОДИТ К ИСЧЕЗНОВЕНИЮ ФЛЮКТУИРУЮЩЕЙ ПРИПУХЛОСТИ И ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ УМЕНЬШЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ В ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ.

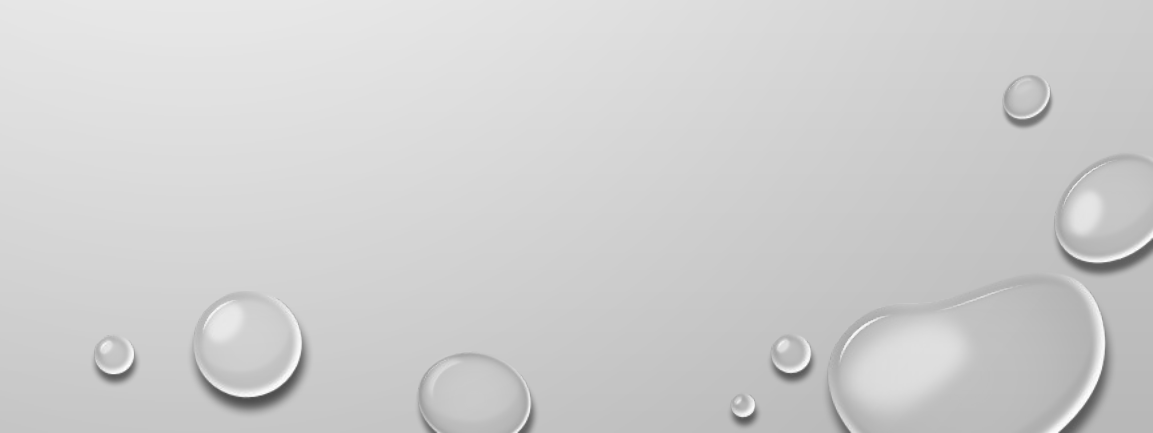
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТЕЛЕКТАЗ





РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНЫХ БДЛ ТРЕБУЕТ
ВНИМАТЕЛЬНОГО СТЕРИЛЬНОГО КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ
ЛЕГКИХ.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ВТОРИЧНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ
ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ СОЧЕТАЕТ ЭНЕРГИЧНОЕ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ И АНТИТОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ И
СВОЕВРЕМЕННУЮ САНАЦИЮ ОЧАГОВ



В ОПРЕДЕЛЕНИИ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСХОДИТЬ ИЗ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО И ТЯЖЕСТЬ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ, И ИХ РАЗЛИЧНУЮ СКЛОННОСТЬ К ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ И ОТГРАНИЧЕНИЮ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМ И ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ДЕСТРУКЦИИ ДОПУСКАЮТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ВСЕХ ИЗВЕСТНЫХ СПОСОБОВ: ЧИСТО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ, ПУНКЦИЙ И ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ. ОДНАКО ЭТИ МЕТОДЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ НЕ ПО ПРИНЦИПУ «ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ», А ИМЕЮТ СВОИ ПОКАЗАНИЯ. В САМОМ ОБЩЕМ ВИДЕ ПРИНЦИП ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СФОРМУЛИРОВАН СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: ЧЕМ МЕНЬШЕ ВОЗРАСТ БОЛЬНОГО, ТЕМ БОЛЕЕ АКТИВНЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА. И НАПРОТИВ, ЧЕМ ВОЗРАСТ СТАРШЕ, ТЕМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ФОНОМ, НА КОТОРОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ ЛЮБЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЯВЛЯЕТСЯ ИНТЕНСИВНОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ. ТЕТРАЦИКЛИНЫ, МАКРОЛИТЫ, ПРЕПАРАТЫ ЦЕФАЛОСПОРИНОВОЙ ГРУППЫ И ДР. ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ВНУТРИВЕННЫЙ ПУТЬ ИХ ВЕДЕНИЯ.

ВАЖНЕЙШЕЕ МЕСТО В ИНТЕНСИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАНИМАЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ (ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОМУ НАПРЯЖЕНИЮ, НАРУШЕНИЮ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКА). ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ НЕОБХОДИМА ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ С ВВЕДЕНИЕМ ДОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТЕЙ, ПЛАЗМЫ И ЕЕ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ОБРАЩАЮТ НА КОРРЕКЦИЮ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ГЕМОДИНАМИКИ.

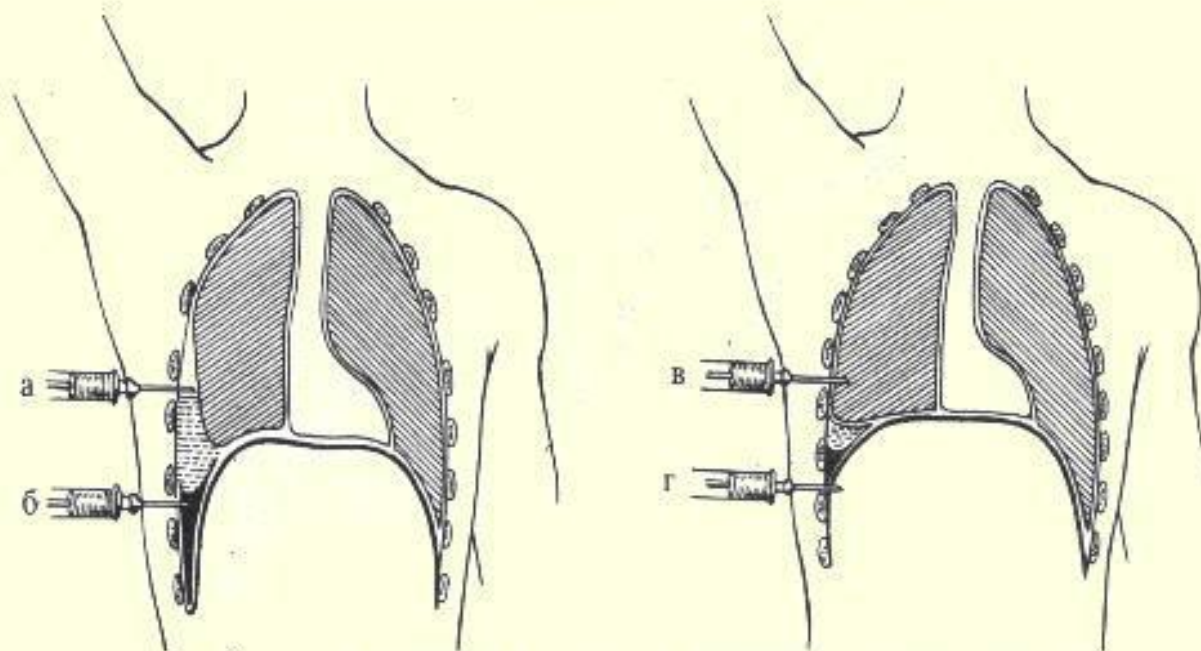
НЕОБХОДИМА КОРРЕКЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
ВОЗМОЖНО ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ ДЕСТРУКЦИИ,
ПЛАЩЕВИДНОМ ФИБРИНОЗНОМ ПИТОРАКСЕ, А ТАКЖЕ В
РЕДКИХ СЛУЧАЯХ АБСЦЕССОВ, САМОСТОЯТЕЛЬНО
ДРЕНИРУЮЩИХСЯ ЧЕРЕЗ БРОНХ.

БРОНХОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ
ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ БЕЗ
ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

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

БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДВУХ ВАРИАНТАХ:

- БРОНХОСКОПИЯ С НАПРАВЛЕННОЙ АСПИРАЦИЕЙ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ УСТЬЯ ПОРАЖЕННОГО БРОНХА;
- ЧРЕЗБРОНХИАЛЬНАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ И АСПИРАЦИЯ ПРИ БРОНХОСКОПИИ.
ВТОРОЙ ВАРИАНТ, БЕЗУСЛОВНО, БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВТОРНЫМИ ПУНКЦИЯМИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ДЕСТРУКЦИЯХ С ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫМИ ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ (ПЛАЩЕВИДНЫМ И ОТГРАНИЧЕННЫМ ПИТОРАКСОМ, ОТГРАНИЧЕННЫМ ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ).

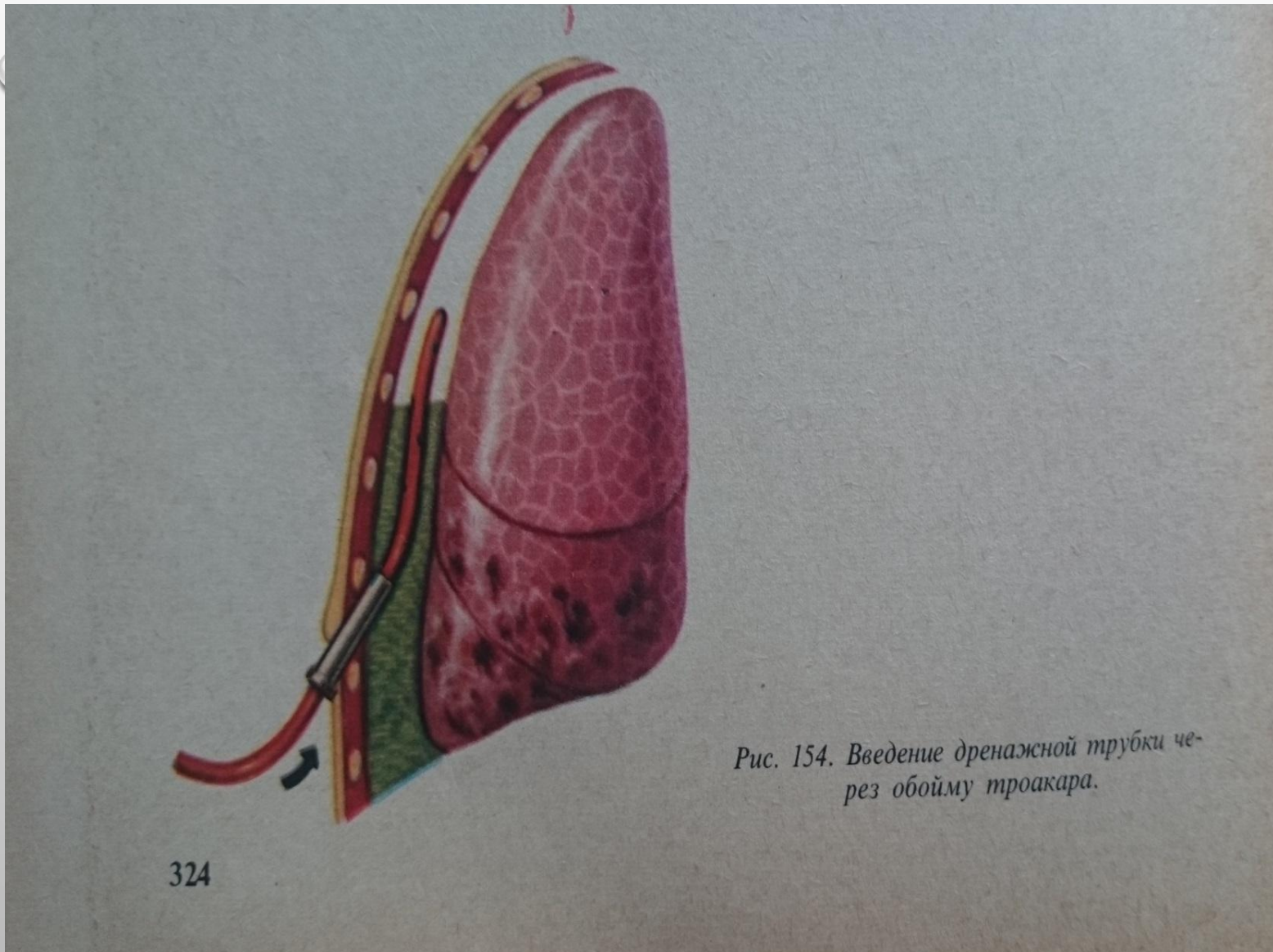
ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ. ПОКАЗАНИЯМИ К НЕМУ ЯВЛЯЮТСЯ ТЯЖЕЛЫЕ ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ, А ТАКЖЕ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ В СЛУЧАЯХ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПУНКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ. МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ ПРЕСЛЕДУЕТ ДВЕ ЦЕЛИ:

1. ЭВАКУАЦИЮ ГНОЯ И ВОЗДУХА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ;

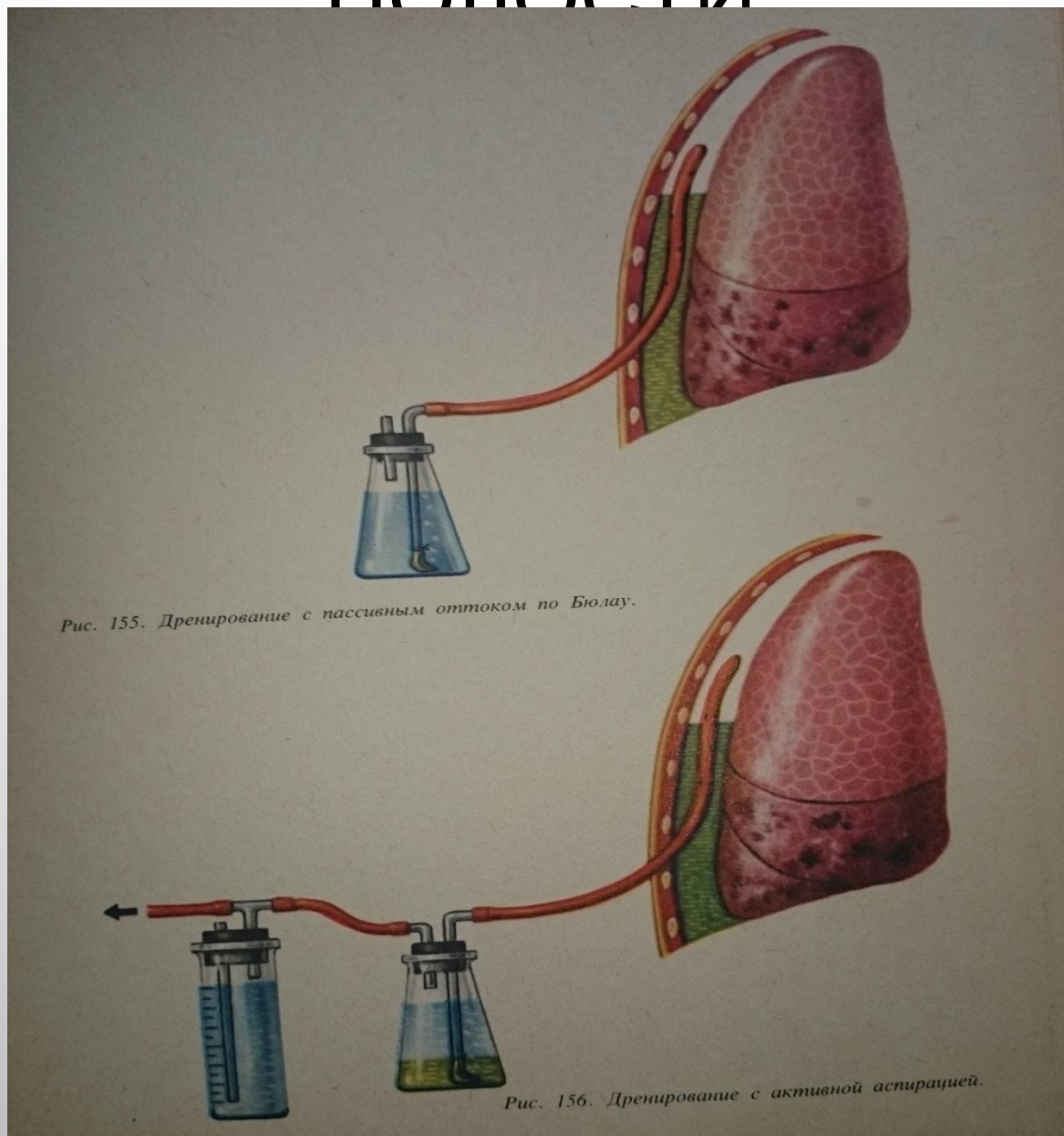
2. РАСПРАВЛЕНИЕ ЛЕГКОГО И УСТРАНЕНИЕ СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ.

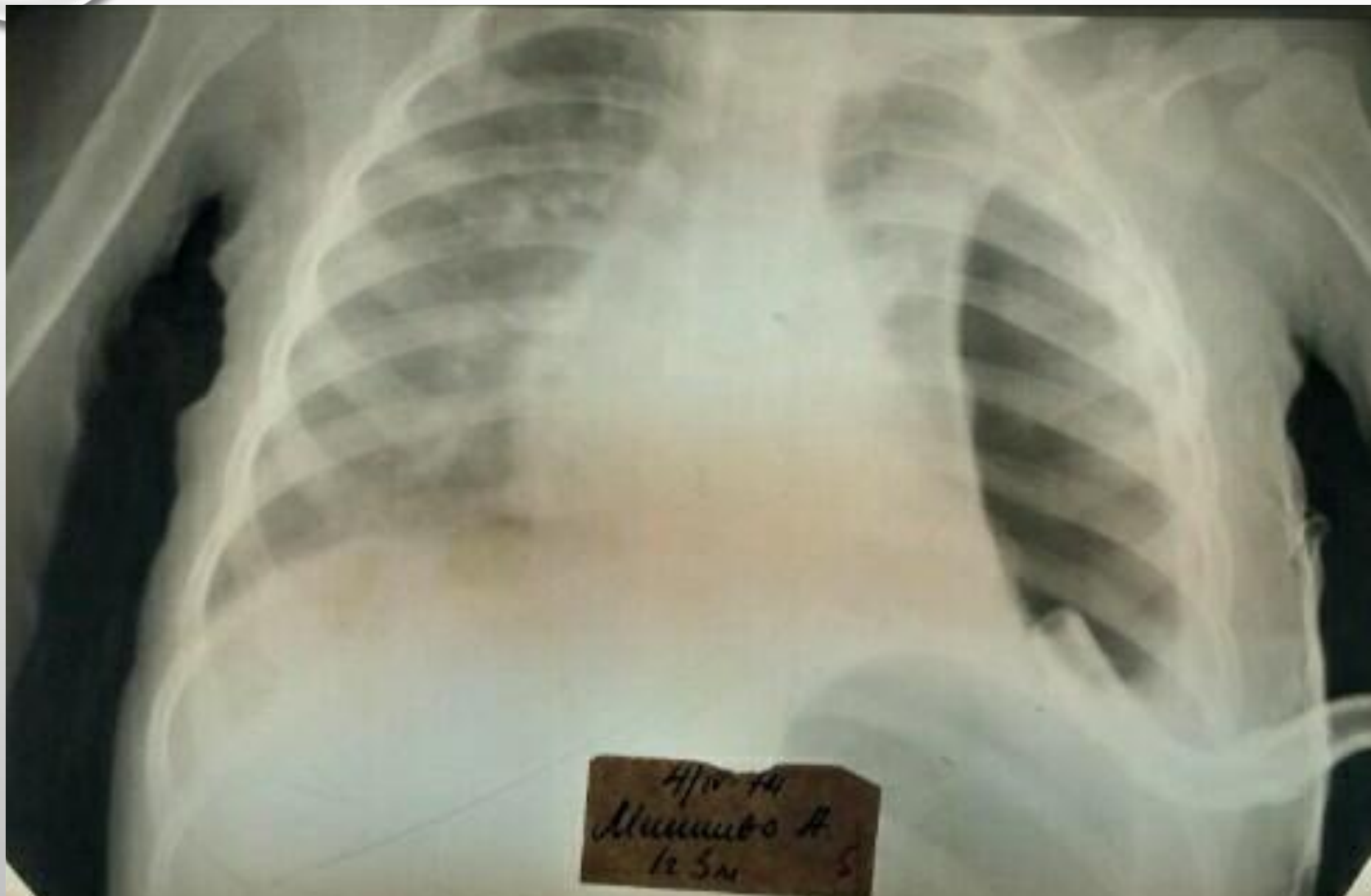
У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ЛЕЧЕНИЕ ДРЕНИРОВАНИЕМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВОДИТ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ. ОДНАКО БОЛЬШИМ НЕДОСТАТКОМ ЭТОГО МЕТОДА ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПОЧТИ У ПОВОРИЩ БОЛЬШИХ ДЕТЕЙ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ

ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ



ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ





4/10/74
Mumukshu H.
12.5m

ПРОИЗВОДЯТ ВРЕМЕННУЮ ОККЛЮЗИЮ ПОРАЖЕННОГО БРОНХА С ОСТАВЛЕНИЕМ ПОРОЛОНОВОЙ ПЛОМБЫ НА 6-8 ЕЕ УДАЛЯЮТ ПРИ ПОВТОРНОЙ БРОНХОСКОПИИ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОККЛЮЗИИ СОЗДАНА КОЛЛАГЕНОВАЯ ПЛОМБА С ЗАДАННЫМ СРОКОМ РАССАСЫВАНИЯ. ГЕРМЕТИЧНОСТЬ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ СОЗДАЕТ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАСПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЫХ УЧАСТКОВ ЛЕГКОГО ЦЕНОЙ ВРЕМЕННОГО АТЕЛЕКТАЗА ДОЛИ, СОДЕРЖАЩЕЙ СВИЩИ. ЭКССУДАТ ИЗ ПЛЕВРЫ УДАЛЯЮТ ПУТЕМ ПУНКЦИИ ИЛИ С ПОМОЩЬЮ ДРЕНАЖА. НЕОБРАТИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА 6-8 ДНЕЙ В ЗОНЕ АТЕЛЕКТАЗА НЕ ПРОИСХОДИТ. МЕЖДУ ТЕМ ОБРАЗУЮЩИЕСЯ СРАЩЕНИЯ УДЕРЖИВАЮТ ЗДОРОВЫЕ УЧАСТКИ ЛЕГКОГО В РАСПРАВЛЕННОМ СОСТОЯНИИ, А НЕПРОХОДИМОСТЬ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОККЛЮЗИИ СПОСОБСТВУЕТ ИХ ЗАКУПОРКЕ И ЗАРАЩЕНИЮ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ИМЕЮЩЕЕ ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ И ОДНОМОМЕНТНУЮ САНАЦИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ПРИМЕНЯЕТСЯ ВО МНОГИХ КЛИНИКАХ. ОДНАКО ПОКАЗАНИЯ К ДАННОМУ МЕТОДУ ОСТАЮТСЯ ДИССКУСИОННЫМИ И УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЕГО РАЗЛИЧЕН. ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ПРИ ДЕСТРУКЦИЯХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ. В БОЛЕЕ СТАРШЕМ ВОЗРАСТЕ К ОПЕРАЦИЯМ ПРИБЕГАЮТ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДРЕНИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ ВРЕМЕННУЮ ОККЛЮЗИЮ БРОНХОВ.

РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ВТОРИЧНЫХ БДЛ
ОПРАВДАНО ЛИШЬ ПОСЛЕ СТИХАНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА, КОГДА ОЧАГ В ЛЕГКОМ СТАНОВИТСЯ ВЕДУЩИМ В
ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ БДЛ У ДЕТЕЙ:

1. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ БУЛЛАХ В СЛУЧАЯХ ПНЕВМОТОРАКСА, ПИОПНЕВМОТОРАКСА И АКТИВНОЙ АСПИРАЦИЕЙ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ОБШИРНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКОМ.

2. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ АБСОЛЮТНО ПОКАЗАНА ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ.

3. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОКАЗАНА ПРИ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ МЕЛКООЧАГОВОЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ ФОРМАХ БДЛ И ГИГАНТСКОМ КОРТИКАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПРИ ИСХОДАХ В ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЛЕГОЧНЫХ И ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ НАГНОЕНИЯХ.

4. РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ МАССИВНЫХ ДВУХСТОРОННИХ СЛИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ, ДВУСТОРОННИХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ, ВТОРИЧНЫХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО СЕПСИСА.

5. ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ЯВЛЯЮТСЯ, РАЗЛИЧНЫ ФОРМЫ СТАФИЛОКОККОВЫХ ДЕСТРУКЦИИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ

УСПЕХИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БДЛ ПОСТОЯННО ПРИВОДЯТ К ДАЛЬНЕЙШЕМУ СУЖЕНИЮ ПОКАЗАНИЙ К РАДИКАЛЬНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ.

С ДРУГОЙ СТОРОНЫ, ПРОЦЕСС АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, СЧИТАВШИЕСЯ РАНЕЕ ПРОТИВОПОКАЗАННЫМИ.